



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : EU/EER, Spanje, geneeskundige zorg, operatie in verband met hallux valgus met minimaal invasieve techniek, stand wetenschap en praktijk, telefonische mededeling zorgcoach

Zaaknummer : 201600251

Zittingsdatum : 31 augustus 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend drie sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Aanvullend Tand twee sterren is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een operatie in verband met hallux valgus, uitgevoerd te Alicante, Spanje (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 2 juli 2015, 9 oktober 2015 en 7 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 5 februari 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 31 mei 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 juni 2016 aan verzoekster gezonden.

-  3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 21 juni 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
-  3.7. Bij brief van 8 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 13 juli 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016075323) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen indicatie had voor een osteotomie van de proximale phalanx. Verzoekster was redelijkerwijs niet aangewezen op deze operatie. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 9 augustus 2016 aan partijen gezonden.
-  3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van een commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.9. Verzoekster is op 31 augustus 2016 in persoon gehoord, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.10. Bij brief van 2 september 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 9 september 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. De behandelend orthopedisch chirurg in Nederland heeft op 3 januari 2011 aan de huisarts verklaard: *"patiënte heeft sedert enkele tijden last van een pijnlijke bunion bij een hallux valgus links. Dit komt ook in haar familie voor. Patiënte draagt inmiddels wat comfortabeler schoenen. Patiënte geeft aan vooralsnog het liefst niet hieraan geopereerd te willen worden en zij wil weten wat de alternatieve opties zijn. (...) gezien de wens van patiënte vooralsnog geen operatie te ondergaan kreeg patiënte een verwijzing voor een steunzool. Mocht dit geen effect hebben dan lijkt een operatieve correctie in de vorm van een Chevrans osteotomie aangewezen. (...)"*.
-  4.2. De behandelend orthopedisch chirurg in Spanje heeft op 13 mei 2015 ten aanzien van verzoekster verklaard: *"Patient attended our clinic for a first time consult on 06-02-2015. Prior to our physical and aided exploration with X-rays, fluoroscope, vascular EcoDoppler and computerized foot study, we diagnosed [verzoekster] with deviation of the first phalanx as well as second, third and fourth claw toe on both feet. It is a medical necessity to correct these deformities to prevent further deformity and luxation both of which will continue to occur in the future. Furthermore, the degree of deformity of the toes will have strong negative effect on patient's gait. Hence, on the 6th of February of 2015, we performed a first stage surgery, first toe angle correction, as well as second, third and fourth claw toe correction on left foot applying the following surgical techniques: Deviation of the first phalanx Technique: - Osteotomy, shortening, angular or rotational correction; proximal phalanx, first toe. Midline incision medially on the proximal phalanx on the first digit. Correction of the claw toe: - Soft tissue surgery on the second, third and fourth toe on both feet. Distal realised of the second, third and fourth, extensor tendons along with second, third and fourth intermetatarsal joint capsulotomies. The surgery has an expected post-operative period of 40 days after which the patient will be released. (...)"*.

- 4.3. De huisarts heeft op 22 juli 2015, in een brief gericht aan -orthopedie "San Roman" clinica del Pie', ten aanzien van verzoekster verklaard: *"Geachte collega, Veel last van invaliderende hallux valgus Li. Mijns inziens operatie indicatie. (...)"*.
- 4.4. Verzoekster had al jaren last van haar voeten, en de enige remedie was een operatie. Omdat zij destijds opzag tegen de (klassieke) methode van opereren, heeft verzoekster zo lang mogelijk de klachten en pijn aangezien, en gewacht met het ondergaan van een operatie. De pijn nam echter toe, en een paar jaar later vernam verzoekster dat er ook een minder ingrijpende operatie bestond, met toepassing van minimaal invasieve chirurgie. Dit sprak haar om verschillende redenen zeer aan, en verzoekster wilde hierover meer informatie. Zij heeft hierop contact opgenomen met de zorgcoach van de ziektekostenverzekeraar, toegelicht waarom de klassieke methode voor haar niet voldeed, en verklaard dat er minder ingrijpende chirurgie bestaat. Ten tijde van het gesprek was verzoekster niet bekend met de term "Spaanse methode". Het ging haar ook niet om een snede meer of minder, maar doorslaggevend was dat het hier een minder ingrijpende operatie met minder pijn betrof. De zorgcoach heeft aan verzoekster medegedeeld dat minimaal invasieve chirurgie bij hallux valgus geen verzekerde prestatie is, en dat deze techniek in Nederland niet wordt toegepast.
- 4.5. Uit verschillende bronnen is verzoekster inmiddels duidelijk geworden dat de minimaal invasieve chirurgie bij hallux valgus reeds jarenlang in Nederland wordt toegepast, en ook is opgenomen in het verzekerde pakket. Verzoekster heeft vernomen dat deze ingreep in Nederland wordt gedeclareerd met het DBC zorgproduct 131999235, met een bijbehorend tarief van € 3.220,--.
- Verzoekster is van mening dat zij schade heeft geleden door de - onjuiste - mededeling van de zorgcoach dat de minimaal invasieve chirurgie in Nederland niet wordt toegepast. Zij krijgt nu geen vergoeding voor de ingreep, en heeft bovendien extra kosten moeten maken voor het vervoer naar en het verblijf in Spanje.
- 4.6. De ziektekostenverzekeraar werpt verzoekster tegen dat zij geen voorafgaande verwijzing heeft gevraagd aan de huisarts. Verzoekster heeft echter wél contact gehad met de huisarts over de minimaal invasieve chirurgie, en is door deze doorverwezen naar de zorgcoach van de ziektekostenverzekeraar voor meer informatie. De huisarts was al bekend met de noodzaak tot opereren, en ook dat verzoekster geen voorkeur had voor de klassieke methode. De aanhoudende pijnklachten aan de voet waren de huisarts eveneens bekend, en een nieuwe doorverwijzing naar een orthopedisch chirurg was dan ook niet aan de orde. Op verzoek van de ziektekostenverzekeraar is een brief overgelegd van de orthopedisch chirurg aan de huisarts, die feitelijk niet als verwijsbrief kan worden beschouwd. De geldigheid van deze brief is voor de gevraagde vergoeding echter niet relevant, aangezien de gang van zaken duidelijk is. Als verzoekster destijds de juiste informatie had gekregen van de zorgcoach, had zij gekozen voor een ingreep in Nederland, en waren de benodigde verwijzingen en aanvraagformulieren bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Een verwijzing naar de kliniek in Spanje was echter niet nodig, omdat verzoekster er op basis van de verkregen informatie van uitging dat deze kosten niet werden vergoed, zodat aan de formele vereisten in het kader van de zorgverzekering niet hoefde te worden voldaan.
- 4.7. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zowel de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut niet ingaan op de kern van het geschil. Het gaat immers om de onjuiste advisering door de zorgcoach. Deze heeft als taak het begeleiden van verzekerden bij zorgvragen. Verzoekster wenste een operatie in verband met hallux valgus met de minimaal invasieve techniek, aangezien deze sneller en makkelijker is. Zij heeft op 28 januari 2015 aan de zorgcoach duidelijk gevraagd of deze operatie in Nederland mogelijk was. Het antwoord hierop was ontkennend. Verzoekster stelt dat sprake is van nalatigheid door de foutieve informatie. Uit de stukken die door de ziektekostenverzekeraar zijn overgelegd blijkt dat in november 2014 is gecommuniceerd over de methodes voor behandeling van hallux valgus. Dit was ruim vóór het gesprek met de zorgcoach. De ziektekostenverzekeraar wist dat de minimaal invasieve methode de aangewezen methode was. Als de interne informatie over de verschillende minimaal invasieve methodes wél met verzoekster was besproken, had zij er nooit voor gekozen om in het buitenland te worden geopereerd. Deze tekortkoming in de zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar ingevolge artikel 11 Zvw, vormt de

grondslag van de aansprakelijkheidsstelling. Verzoekster vordert vergoeding van de in Spanje gemaakte kosten en/of een symbolisch bedrag omdat zij haar vakantie heeft moeten wijden aan de operatie. Tot slot heeft verzoekster gesteld dat zij heeft gevraagd om vergoeding van de kosten van de ingreep zoals die in Amstelveen zou zijn uitgevoerd. De operatie die verzoekster wenste was mogelijk, maar de ziektekostenverzekeraar heeft haar het bos in gestuurd.

4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De van toepassing zijnde regelgeving is vermeld in artikel 10 sub a en g Zvw, artikel 2.1, 2.4, 2.5 en 2.10 Bzv, en artikel 2.1 Rzv.

De omvang van de medisch specialistische zorg wordt bepaald door twee elementen. Het moet gaan om zorg die medisch specialisten plegen te bieden en het moet gaan om zorg zoals bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Men heeft aanspraak op de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 Bzv en de polisvoorwaarden.

5.2. De vraag dient beantwoord te worden of bovengenoemde behandeling bij de aangegeven indicatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij de beoordeling of zulks het geval is moeten alle relevante gegevens in aanmerking worden genomen, waaronder met name literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten.

Verzoekster heeft zich om haar moverende redenen gewend tot de San Roman Kliniek in Spanje. Uitgaande hiervan is sprake van planbare zorg.

De bij verzoekster in Alicante toegepaste operatietechniek in verband met hallux valgus betreft geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk, en vormt daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Een en ander is gebaseerd op een standpunt van het Zorginstituut (destijds: College voor zorgverzekeringen, CVZ) van 22 augustus 2011. Om die reden is vooraf geen toestemming verleend voor de gevraagde behandeling en is vergoeding van de kosten van de operatie afgewezen.

5.3. Volgens de medisch adviseur zijn er diverse methoden om een hallux valgus via een minimaal invasieve methode te corrigeren. Niet elke methode is verzekerde zorg. Slechts in twee gevallen wordt minimaal invasieve chirurgie bij hallux valgus vergoed ten laste van de zorgverzekering, namelijk wanneer het middenvoetsbeentje doormidden wordt gesneden (de zogenoemde Akin/Chevron methode) dan wel wanneer een Z-vormige snede wordt gemaakt door het middenvoetsbeentje (de zogenoemde Akin/Scarf methode). Indien sprake is van verzekerde zorg is declaratie mogelijk via het zorgproduct 131999235 (declaratiecode 15C758).

Het operatieverslag is door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar beoordeeld, en deze is tot de conclusie gekomen dat het middenvoetsbeentje bij verzoekster niet is behandeld. Hiermee staat vast dat de ingreep niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zodat deze niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt.

5.4. Verzoekster heeft op 27 januari 2015 de huisarts bezocht, die heeft verklaard: "S 27-01-2015 mw laat in Spanje haar knokkels opereren, heeft preoperatief lab onderzoek nodig P lab". De ziektekostenverzekeraar maakt uit deze informatie op dat verzoekster op dat moment reeds contact had met de Spaanse kliniek.

Op 28 januari 2015 nam verzoekster telefonisch contact op met de zorgcoach van de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid zij vroeg of de ziektekostenverzekeraar de minimaal invasieve chirurgie bij hallux valgus vergoedt. De zorgcoach heeft verzoekster medegedeeld dat de behandeling geen verzekerde zorg betreft, en daarom niet voor vergoeding in aanmerking komt, ook niet in Nederland. Door verzoekster is niet gevraagd om bemiddeling naar een medisch specialist in Nederland. Dit kon ook niet, omdat op dat moment geen verwijzing door de huisarts had plaatsgevonden. Deze verwijzing is een voorwaarde voor bemiddeling naar een specialist. De

ziektekostenverzekeraar vraagt aandacht voor het door de commissie op 20 mei 2015 uitgebrachte bindend advies met zaaknummer 201402090. Verder blijkt niet dat toezeggingen zijn gedaan. De huisarts heeft op 22 juli 2015 een verwijfsbrief opgesteld, gericht aan de kliniek in Spanje. Verzoekster was echter op dat moment reeds geopereerd. Volgens informatie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is een verwijzing die achteraf plaatsvindt, ongeldig. Met betrekking tot de stelling van verzoekster dat de behandeling ook in Nederland wordt toegepast, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat minimaal invasieve chirurgie bij hallux valgus sinds 1 juni 2015 wordt toegepast in het Zaans Medisch Centrum (ZMC). De behandelend arts aldaar opereert echter volgens de verzekerde methode, en niet volgens de "Spaanse methode". Bovendien vond het gesprek met de zorgcoach vóór 1 juni 2015 plaats, zodat de bij die gelegenheid aan verzoekster verstrekte informatie juist was.

5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft contact opgenomen met de kliniek in Spanje. Hieruit is gebleken dat de kliniek op 23 januari 2015 foto's ontving van de voet van verzoekster. De werkwijze van de kliniek is aldus dat als de patiënt contact opneemt, door de kliniek wordt medegedeeld dat in het land van herkomst foto's dienen te worden gemaakt en een preoperatief laboratoriumonderzoek dient plaats te vinden. Verzoekster heeft aan deze vereisten voldaan. Verder is de ziektekostenverzekeraar uit het contact met de kliniek gebleken dat op 6 februari 2015 - anders dan verzoekster stelt - geen informatief bezoek plaatsvond. Het ging om een eerste consult, dat direct werd gevolgd door de operatie.

5.6. De ziektekostenverzekeraar vraagt zich af waarom verzoekster niet bij haar huisarts heeft geïnformeerd naar de mogelijkheid om in Nederland te worden geopereerd, aangezien deze hierin een actieve rol heeft. Volgens verzoekster verwees de huisarts haar naar de zorgcoach van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft hierover contact opgenomen met de huisarts, maar deze weigert de vraag te beantwoorden waarom verzoekster is doorverwezen. De zorgcoach van de ziektekostenverzekeraar weet niet of een experimentele behandeling in Nederland wordt uitgevoerd. Als dit laatste het geval is, worden de kosten van de experimentele behandeling niet vergoed ten laste van de zorgverzekering. De zorgcoach bemiddelt in geen geval als het gaat om zorg die niet onder de dekking van de zorgverzekering valt.

5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden Basis Zeker' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 29 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Heeft u medisch specialistische zorg en/of om die reden verblijf nodig? Dan heeft u aanspraak op deze zorg. Deze zorg kan plaatsvinden in:

1 een ziekenhuis,

2 een zelfstandig behandelcentrum of

3 de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist) verbonden aan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) toegelaten instelling.

De zorg bestaat uit:

a medisch-specialistische zorg;

b tijdens uw behandeling en eventuele verblijf: verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen;

c uw verblijf in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, op basis van de laagste klasse.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden. (...)

Voorwaarden voor aanspraak

1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, verloskundige als het om verloskundige zorg gaat, de optometrist als het om oogzorg gaat of een andere medisch specialist (...)"

- 8.4. Artikel 15 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

a zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;

b zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;

c Vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens de 'Aanspraken en vergoedingen Basis Zeker' tot maximaal:

- de lagere vergoeding als deze bij een aanspraak in Basis Zeker wordt genoemd;*

- het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);*

- het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.*

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent. (...)"

- 8.5. Artikel 1.2 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering luidt:

"Uw aanspraak op zorg en/of recht op vergoeding van kosten van zorg als in de basisverzekering omschreven, wordt daarnaast naar inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

- 8.6. De artikelen 1.2 en 15 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en artikel 29 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1.1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.1 lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg of diensten.

- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.9. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Spanje, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

- 9.2. Verzoekster heeft niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Weliswaar is er op 28 januari 2015 telefonisch contact geweest met de zorgcoach van de ziektekostenverzekeraar, maar hierop is geen aanvraag gevolgd, terwijl uit het feit dat de Spaanse kliniek reeds op 23 januari 2015 de gevraagde foto's van verzoekster ontving, kan worden opgemaakt dat met de behandeling al voordien was gestart, onderscheidenlijk dat de operatie reeds was gepland. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 9.3. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ter zake ingenomen standpunt, is de vraag of de in Alicante toegepaste minimaal invasieve techniek bij hallux valgus voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.4. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval wordt gebruikt.
- Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse zorgverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe behandeling in binnen- en buitenland.
- Bij de selectie en beoordeling van de gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek methodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.
- 9.5. Indien uit ten minste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken, - dat zijn wetenschappelijke onderzoeken waarvan de objectiviteit, door willekeurige toepassing van het onderzoeksobject op de doelgroep, is gewaarborgd - van goede kwaliteit en van voldoende omvang blijkt dat de behandeling in kwestie (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling, dan moet worden geconcludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgenoten.
- Indien geen gerandomiseerde studies worden aangetroffen en daarvoor plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig zijn, kunnen bewijsvoeringen van een lagere orde – waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende meningen van medisch specialisten en (behandel)richtlijnen van nationale en internationale medische beroepsgroepen – bij de beoordeling worden betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze bewijsvoering van voldoende gewicht is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.
- 9.6. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de bij verzoekster toegepaste techniek bij hallux valgus is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 13 juli 2016 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.
- Aangezien geen sprake is van een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering behoeft de vraag naar de indicatie en de doelmatigheid geen beantwoording.
- Verzoekster heeft geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de bij haar in Alicante uitgevoerde ingreep, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Telefoongesprek zorgcoach

- 9.8. Vast staat dat verzoekster op 28 januari 2015 telefonisch contact heeft opgenomen met de zorgcoach van de ziektekostenverzekeraar. Volgens verzoekster heeft zij bij die gelegenheid in algemene zin gevraagd of de minimaal invasieve techniek in Nederland wordt toegepast, en is haar door de zorgcoach medegedeeld dat dit niet het geval is, en dat het niet gaat om verzekerde zorg. Haar echtgenoot heeft een en ander bevestigd in een door hem ondertekende verklaring. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat de zorgcoach aan verzoekster de juiste informatie heeft verstrekt, aangezien de minimaal invasieve techniek ten tijde van het telefoongesprek nog niet in Nederland werd toegepast. Bovendien betreft de minimaal invasieve techniek die hier te lande vanaf 1 juni 2015 wordt gebruikt, een andere dan de techniek die in Alicante bij verzoekster is toegepast. Volgens de ziektekostenverzekeraar had verzoekster deze informatie dienen op te vragen bij de huisarts, aangezien de zorgcoach geen arts is. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.9. De commissie begrijpt de stelling van verzoekster aldus dat zij door de zorgcoach niet althans onvolledig is ingelicht over de behandelmogelijkheden in Nederland. Zoals onder 9.2 is overwogen, zijn de feiten hiermee in tegenspraak. Ten tijde van het telefoongesprek had verzoekster alles al in gang gezet om kort daarop in Alicante te worden geopereerd. Bovendien is hetgeen door de ziektekostenverzekeraar is gesteld met betrekking tot het eerst vanaf 1 juni 2015 in Nederland toepassen van de minimaal invasieve techniek en de daarbij gehanteerde methode door verzoekster niet gemotiveerd bestreden, zodat de commissie dit als vaststaand aanneemt.

Conclusie

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 september 2016,

P.J.J. Vonk