



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : EU/EER, België, medisch-specialistische zorg, resurfacing van de patella met uitgebreide
Judet release, stand wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201503282

Zittingsdatum : 6 juli 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 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) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
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 basis van de CZ Zorgkeuzepolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Top en Tandarts afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

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 resurfacing van de patella, met een uitgebreide Judet release van de linkerknie, uit te voeren te Deurne, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 oktober 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 brief van 3 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.



3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft op 16 december 2015 aan verzoekster medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.



3.4. Bij e-mailbericht van 9 maart 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).



3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 mei 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 mei 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 mei 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 4 mei 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 20 juni 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016057269) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 21 juni 2016 aan partijen gestuurd.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 juli 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar de opdracht gegeven het door het Zorginstituut geadviseerde nader onderzoek uit te voeren en de commissie binnen een termijn van vier weken te informeren over de uitkomst hiervan. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 juli 2016 de uitkomst van het nader onderzoek doen toekomen. Een afschrift hiervan is op 18 juli 2016 aan verzoekster gestuurd waarbij zij in de gelegenheid is gesteld op de bevindingen van de ziektekostenverzekeraar te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoekster geen gebruik gemaakt.
- 3.11. Bij brief van 22 augustus 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de uitkomst van het nader onderzoek gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en de uitkomst van het nader onderzoek aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 16 september 2016 aan de commissie het definitief advies uitgebracht. In dit definitieve advies adviseert het Zorginstituut de commissie het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat een resurfacing van de patella met een uitgebreide Judet release niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en derhalve geen verzekerde zorg is. Een afschrift van dit advies is op 19 september 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben van de geboden mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend chirurg heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: *"Patiënte meldt zich aan met klachten ter hoogte van de linker knie. Rolstoelgebonden. Dagelijkse pijn. De pijn situeert zich voornamelijk ter hoogte van het anterieure compartiment van de linker knie. Status na totale knieprothese. Initieel unicompartimentele prothese, dan plaatsen van totale knieprothese in 2012, met 2 mobilisatie. Echter, manifeste arthrofibrose, de range of motion bedraagt in principe 0/10°. Telkens pijn vooraan. Botscan tekent licht anterieur. Geen verdere significante afwijkingen op de botscan. CT-scan toont geen malrotatie, wel een niet-geresurfaced patella met neiging tot patella baja, welke m.i. de klachten verklaart. Als enige optie denk ik dat deze patiënt zou gebaat kunnen zijn bij een resurfacing van de patella, met een uitgebreide Judet release, teneinde de mobiliteit toch ietwat te herstellen. (...)"*
- 4.2. In aanvulling op hetgeen de behandelend chirurg heeft verklaard, stelt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 3 november 2015 veel feitelijke onjuistheden vermeldt. Zo

staat in de betreffende brief dat de botten van verzoekster zwak zijn, terwijl de Maartenskliniek het tegendeel heeft vastgesteld. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar verschillende publicaties waaruit zou blijken dat de gewenste behandeling niet bewezen effectief is. Verzoekster meent dat de ziektekostenverzekeraar selectief heeft gezocht. Indien namelijk op internet wordt gezocht naar positieve ervaringen, levert dit de nodige resultaten op. Hierover spreekt de ziektekostenverzekeraar echter met geen woord.

4.3. Het enige alternatief voor de voorgestelde behandeling is de totale knie vervangen en dit is voor verzoekster geen optie. Zodoende kunnen op dit moment uitsluitend met de voorgestelde behandeling de klachten worden verholpen. Zelf kan verzoekster de kosten hiervan onmogelijk voldoen.

4.4. Ter zitting heeft verzoekster haar eerdere standpunten herhaald.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft het dossier bestudeerd en stelt vast dat bij verzoekster in 2012 een unicompartimentele knieprothese is geplaatst die later is omgezet naar een totale knieprothese. Sindsdien heeft verzoekster aanhoudende pijnklachten in verband waarmee zij voor een second opinion in de Maartenskliniek is geweest. Uiteindelijk is verzoekster in België terecht gekomen, alwaar een aanvraag is ingediend voor een patella-resurfacing met een uitgebreide Judet release van de linkerknie.

5.2. De ziektekostenverzekeraar stelt dat een behandeling alleen kan worden vergoed als die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit houdt in dat er voldoende bewijs moet zijn dat de behandeling op de lange termijn veilig en doelmatig is. De ziektekostenverzekeraar heeft verschillende onderzoeken bestudeerd en is tot de conclusie gekomen dat de meerwaarde van patella resurfacing bij een totale knieprothese onvoldoende is aangetoond in een goed opgezet wetenschappelijk onderzoek. Hetzelfde geldt voor de Judet release aangezien de ziektekostenverzekeraar in Pubmed hierover geen specifieke publicaties heeft gevonden. De gevraagde behandeling voldoet om die reden niet aan de stand van wetenschap en praktijk.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het Zorginstituut in zijn advies van 20 juni 2016 de commissie adviseert tot nader onderzoek en dat met de uitvoering hiervan is gestart. De resultaten van het nader onderzoek zullen met enkele weken beschikbaar zijn.

5.4. Bij brief van 14 juli 2016 verklaart de ziektekostenverzekeraar dat het Zorginstituut in zijn advies van 20 juni 2016 stelt dat niet is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar heeft gekeken naar de patella resurfacing. Deze stelling is onjuist. In het medisch advies is immers achtergrondinformatie te vinden over de patella resurfacing. In de geciteerde publicaties worden de belangrijkste conclusies ten aanzien van de stand van de wetenschap en praktijk weergegeven. Voor informatie over de verschillende behandelingen maakt de ziektekostenverzekeraar gebruik van UpToDate®. Dit is een bron van medische informatie, waarbij de literatuur uitgebreid wordt bestudeerd en ook uptodate wordt gehouden. Het geeft in het algemeen de actuele stand van zaken goed weer. Naast UpToDate® wordt gekeken naar de diverse richtlijnen en wordt in Pubmed gezocht. Op basis van de gevonden informatie is de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat de patella resurfacing bij een totale knieprothese (zowel primair als secundair) niet voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Het door de ziektekostenverzekeraar op papier zetten van een systematische review, zoals het Zorginstituut adviseert, zal deze conclusie niet veranderen.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.22 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.3. e.v. van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg valt hier ook onder, maar deze beschrijven wij in artikel B.19.2. en B.19.3.
(...)”*

- 8.4. Artikel B.2. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

“B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland

Zorg: waar hebt u recht op?

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- *zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of*
- *(vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.*

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar hebt u recht op?

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.

Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies aan te vragen. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben we wel meer

*informatie nodig dan standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.
(...)"*

- 8.5. Artikel A.3.2. van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten (...)"

- 8.6. De artikelen A.3.2., B.2. en B.4. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van 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 en 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 en 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 wenst de onderhavige zorg te verkrijgen in een andere EU-lidstaat, namelijk België. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening

is dat geen sprake is van een verzekerde prestatie, zodat noch op grond van de verordening noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat.

- 9.2. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt is de vraag of de aangevraagde behandeling, te weten een resurfacing van de patella met een uitgebreide Judet release van de knie, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee als verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering is te beschouwen.

- 9.3. 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.

- 9.4. 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.

- 9.5. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de in het geding zijnde behandeling is door het Zorginstituut in zijn advies van 16 september 2016 uitgevoerd, waarbij het Zorginstituut zich mede heeft gebaseerd op de bevindingen van de ziektekostenverzekeraar, zoals verwoord in zijn brief van 14 juli 2016. De conclusie hiervan is dat een resurfacing van de patella met een uitgebreide Judet release van de knie geen behandeling is conform de stand van de wetenschap en praktijk en dat derhalve geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Aangezien het hier geen verzekerde prestatie betreft, is de gevraagde toestemming op grond van Vo. nr. 883/2004 verzoekster terecht onthouden en bestaat voorts geen recht op vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

Hetgeen door verzoekster is aangevoerd, met name ten aanzien van het ontbreken van een voor haar aanvaardbaar alternatief voor de aangevraagde behandeling, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 
- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 oktober 2016,



J.A.M. Strens-Meulemeester

