

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D
Zaak : EU/EER, Geneeskundige zorg, endoscopische cuffrepair schou-
der
Zaaknummer : 2008.02626
Zittingsdatum : 21 oktober 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster is aanvankelijk opgekomen tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 18 september 2008 de kosten verbonden aan een endoscopische cuffrepair aan de *rechterschouder*, uitgevoerd te Herentals (België) niet te vergoeden. Bij brief van 6 november 2009 heeft de zorgverzekeraar medegedeeld alsnog voornoemde kosten te vergoeden. Sedertdien komt verzoekster alleen nog op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 11 december 2009 de kosten verbonden aan een verblijf in een hotel en op een camping, en de kosten verbonden aan een second opinion ad € 500,-- niet te vergoeden (hierna gezamenlijk: de aanspraak).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
- 3.2. Bij brief van 18 september 2008 heeft de zorgverzekeraar de door verzoekster gevraagde vergoeding van de kosten verbonden aan endoscopische cuffrepair aan de *rechterschouder*, uitgevoerd te Herentals (België) afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 7 januari 2009 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 24 juni 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 13 augustus 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 augustus 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 21 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 14 augustus 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 15 september 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29088936) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat betrekking heeft op de cuffrepair van de *rechterschouder* en ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat de beslissing van de behandelend specialist om tot een operatie over te gaan, door de zorgverzekeraar dient te worden gerespecteerd. Deze beslissing brengt volgens het College mee dat het ervoor gehouden moet worden dat verzoekster in haar omstandigheden redelijkerwijs op de operatie was aangewezen. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 21 oktober 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Na afloop van de zitting heeft de zorgverzekeraar bij brief van 6 november 2009 medegedeeld dat hij in dit specifieke geval besloten heeft het advies van het CVZ te volgen en de operatie, zijnde een arthroscopische cuff repair van de *rechterschouder*, te vergoeden met inachtneming van de polisvoorwaarden. Verzoekster heeft bij brief van 16 november 2009 medegedeeld dat zij ook kosten verbonden aan de second opinion ad € 500,-- en die aan het verblijf in het hotel en op de camping vorderde. Toen deze kosten niet werden betaald, heeft verzoekster de commissie bij brief van 30 december 2009 medegedeeld dat het geschil niet is opgelost, en dat zij alsnog een bindend advies wenst.
- 3.12. Bij brief van 11 januari 2010 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. Bij brief van 18 januari 2010 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld op dit advies te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 23 januari 2010 op het advies gereageerd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "(...) chronische massieve cuffruptuur met belangrijke pijnklachten en functieverlies". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een second opinion bij de orthopedisch chirurg in Herentals, en tevens om "endoscopisch cuffherstel", ten laste van de zorgverzekering.

- 4.2. Op 16 juli 2008 heeft de operatie, waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.3. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij sinds enige jaren kampt met pijn en functieverlies van beide schouders. In Nederland vond men een operatie niet zinvol. Verzoekster heeft hierop om een second opinion gevraagd bij een orthopedisch chirurg in Herentals. Voorafgaand aan deze afspraak heeft verzoekster meerdere malen telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar, waarbij door de zorgverzekeraar werd medegedeeld dat de operatie aan de *rechterschouder* vergoed zou worden. De huisarts van verzoekster heeft telefonisch contact gehad met de orthopedisch chirurg in België over de methode van de operatie, de herstelprognose en de te verwachten kosten. Via een brief heeft de huisarts de zorgverzekeraar hiervan op de hoogte gesteld. Verzoekster ging ervan uit dat één en ander voldoende was, en dat de kosten gedekt zouden zijn.
- 4.4. Tijdens de herstelperiode van de *rechterschouder* is verzoekster gevallen, waarbij zij haar *linkerschouder* heeft geblesseerd. Zij is naar de EHBO gegaan, waar men haar mededeelde dat met rust herstel zou optreden. De behandelend fysiotherapeut zag geen afname van de klachten, en adviseerde verzoekster met spoed een MRI te laten maken om erger te voorkomen. In Nederland was echter de eerste drie weken geen mogelijkheid, en in België kon verzoekster binnen een week terecht. De zorgverzekeraar heeft in eerste instantie de kosten voor het herstel van de *linkerschouder*, die volgens dezelfde methode is geopereerd, vergoed. Het verschil met de operatie aan de *rechterschouder* zou daarin gelegen zijn, dat bij de *linkerschouder* sprake was van een acuut trauma, en bij de *rechterschouder* van chronische klachten. Verzoekster begrijpt niet waarom dit onderscheid relevant is.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat vergoeding van de second opinion is toegezegd. Na afloop van de zitting heeft zij medegedeeld dat de kosten hiervan – ten bedrage van € 500,-- – niet zijn vergoed, en dat ook de kosten verbonden aan haar verblijf in een hotel en op een camping in verband met een complicatie na de operatie door de zorgverzekeraar niet zijn betaald.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de endoscopische operatie in verband met een cuffherstel aan de *rechterschouder* is afgewezen omdat dit bij verzoekster geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk. Uit een telefonisch onderhoud met de orthopedisch chirurg van verzoekster in Nederland is naar voren gekomen dat bij de *linkerschouder* van verzoekster sprake is van een acuut trauma. Bij een dergelijke indicatie is de kans op een goed resultaat volgens de orthopedisch chirurg bij een operatieve behandeling groot. Dit wordt echter niet bevestigd in de medische literatuur. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 6 november 2008 medegedeeld de operatie aan de *linkerschouder* te vergoeden. Daarbij werd abusievelijk toegezegd over te zullen gaan tot het vergoeden van 100 percent van het marktconforme tarief. Ingevolge de polisvoorwaarden heeft verzoekster recht op uitbetaling van 80 percent van dit bedrag. Van deze toezegging zal niet ten nadele van verzoekster worden afgeweken. De vergoeding vindt echter op basis van coulance plaats, zodat er geen rechten aan kunnen verleend.

- 5.2. De zorgverzekeraar heeft medegedeeld dat de kosten van de operatie aan de *linkerschouder* ten bedrage van € 2.671,28 volledig zijn vergoed op 12 mei 2009. De kosten van de second opinion van de rechter- en linkerschouder ten bedrage van € 18,10 en € 18,88 zijn vergoed op respectievelijk 28 oktober 2008 en 12 mei 2009.
- 5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in de brief van 27 maart 2009 geen toezegging is gedaan. Dat er zoveel tijd zit tussen de verzending en de ontvangst van poststukken bevreemdt de zorgverzekeraar, maar hij kan daarvoor geen verklaring geven.
Dat de behandeling van de aanvraag enige tijd kostte is te verklaren door het feit dat informatie moest worden opgevraagd bij de behandelaar.
In 2008 is onderzoek gedaan naar de stand van de wetenschap en praktijk. De behandeling voldeed daar destijds niet aan. Het standpunt van het CVZ verbaast de zorgverzekeraar overigens, aangezien dit is gebaseerd op één zaak van een 63-jarige verzekerde. De zorgverzekeraar heeft toegelicht dat de behandeling van de *linkerschouder* is vergoed omdat het ging om een acuut trauma. De operatie aan de *rechterschouder* vond pas na twee jaar plaats.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is in de eerste plaats of de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van een endoscopisch cuffherstel van de beide schouders volledig, dan wel voor 80 percent aan verzoekster te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering. Verder is in geschil of de zorgverzekeraar gehouden is de kosten verbonden aan een second opinion ad € 500,-- en het verblijf van verzoekster in een hotel en op een camping te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving

- 8.1 De zorgverzekering betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 6 tot en met 22 van de zorgverzekering. Artikel 7 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Voor in de artikelen 7 tot en met 17 genoemde vormen van zorg (met uitzondering van acute zorg) is een verwijzing noodzakelijk door uw huisarts, gecontracteerd bedrijfsarts, medisch specialist of, in het geval dat het verloskundige zorg betreft, door een verloskundige. De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden en hetgeen gebruikelijk is. Voor wat betreft mondzorg te verlenen door een kaakchirurg bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 19.

(...)

Bij hulp in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief of WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief of toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan, blijven eveneens voor uw rekening. In geval van spoedeisende zorg vindt een kostenvergoeding plaats van 100% van het marktconforme of WMG-tarief. (...)”

Artikel 23 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“De verzekerde heeft recht op:

- *hulp volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;*
- *hulp door een zorginstelling of hulpverlener die door [de zorgverzekeraar] in het betrokken land is gecontracteerd;*
- *vergoeding van kosten van zorg als bedoeld in de artikelen huisartsenzorg (artikel 6), medisch specialistische zorg (artikel 7), kraamzorg (artikel 8), overige medisch specialistische zorg (artikelen 9 tot en met 17), paramedische zorg (artikel 18), farmaceutische zorg (artikel 20), hulpmiddelen (artikel 21), ziekenvervoer (artikel 22), eerstelijns-psychologische zorg (artikel 25.1) en psychiatrische ziekenhuisopname (artikel 26.3) door een niet door [de zorgverzekeraar] gecontracteerde hulpverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat in de genoemde artikelen is aangegeven indien hulp binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend. Voor de vaststelling van de vergoeding geldt het Nederlandse marktconforme tarief of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme tarief of het WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw eigen rekening;*
- *vergoeding van kosten van zorg als bedoeld in de artikelen prenatale screening (artikel 8.1), verloskundige zorg (artikel 8.2), tandheelkundige zorg (artikel 19) en niet klinische geestelijke gezondheidszorg (artikel 26.4) tot 100% van het Nederlandse marktconforme tarief of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme tarief of het WMG-tarief te boven gaan, blijven voor uw eigen rekening;*
- *vergoeding van de kosten tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief, indien [de zorgverzekeraar] vooraf toestemming verleent voor inroepen van zorg in een ander land dan het woonland;*
- *vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke zorg (die redelijkerwijs niet kan wordenuitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme tarief of het WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw eigen rekening.”*

Artikel 2 lid 5 van de zorgverzekering bepaalt dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg zoals in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.2 De artikelen 7, 23 en 2 lid 6 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.3 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 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 en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorden en adequate zorg en diensten.

- 8.4 Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1 Gelet op de onder punt 8 genoemde verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving, overweegt de commissie ten aanzien van het in punt 7.1 genoemde geschil als volgt.

- 9.2 Aangezien de zorgverzekeraar coulancehalve is overgegaan tot vergoeding van de operatie aan de *linkerschouder*, tot 100 percent van het maximaal in Nederland geldende tarief, is deze operatie niet langer in geschil. Met betrekking tot de operatie aan de *rechterschouder* resteert de vraag of deze kan worden gerekend tot zorg die conform de stand van de wetenschap en praktijk is, als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 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 onderzoekopzet, 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 endoscopisch cuffherstel van de schouder bij chronische pijnklachten is door het CVZ in zijn advies van 15 september 2009 uitgevoerd. In het advies is het College tot de conclusie gekomen dat de behandeling zoals uitgevoerd bij verzoekster, conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Tevens is geconcludeerd dat verzoekster op deze behandeling is aangewezen. Deze conclusies, waarmee de commissie zich verenigt, neemt de commissie over en maakt zij daarmee tot de hare. Deze conclusies leiden ertoe dat de kosten verbonden aan de door verzoekster ondergane behandeling door de zorgverzekeraar dienen te worden vergoed. Aangezien verzoekster gebruik heeft gemaakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener, heeft zij op grond van de polisvoorwaarden recht op vergoeding van 80 percent van het Nederlandse tarief. De zorgverzekeraar is na de zitting overgegaan tot vergoeding van de operatie aan de *rechterschouder*, zodat dit niet langer onderdeel van het geschil vormt.
- 9.6 Voor zover verzoekster aanspraak maakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een verblijf in een hotel en op een camping, overweegt de commissie dat een dergelijk verblijf geen verzekerde prestatie vormt, en daarom niet voor vergoeding in aanmerking komt. Waar het gaat om vergoeding van de kosten van een second opinion, die volgens verzoekster € 500,-- bedragen, is naar het oordeel van de commissie door verzoekster niet aannemelijk gemaakt – door overlegging van een nota of op andere wijze – dat deze kosten daadwerkelijk tot dat bedrag zijn gemaakt.

Werking privaatrecht

- 9.7 Voor zover verzoekster stelt dat sprake is van een bindende toezegging, nu haar in een telefoongesprek zou zijn medegedeeld dat de kosten van de second opinion ad € 500,-- volledig worden vergoed, overweegt de commissie dat zij deze stelling niet nader heeft onderbouwd. Zo heeft zij niet verklaard met wie zij heeft gesproken en op welk tijdstip. Anderzijds is niet gebleken van een telefoonnotitie waarin een dergelijke toezegging naar voren komt of zou zijn af te leiden. De commissie concludeert daarom dat verzoekster onvoldoende aannemelijk heeft gemaakt dat haar (volledige) vergoeding is toegezegd.

Conclusie

- 9.8 Waar het gaat om de operatie van de *rechterschouder*, is hiervoor vastgesteld dat verzoekster recht heeft op vergoeding van de kosten tot maximaal 80 percent van het daarvoor in Nederland vastgestelde tarief. Aangezien de zorgverzekeraar dit bedrag reeds heeft vergoed, vormt deze operatie niet langer onderdeel van het geschil. Met betrekking tot de vergoeding van de kosten van het verblijf in een hotel en op een camping, en de vergoeding van de kosten van een second opinion ad € 500,-- leidt het voorgaande ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1 De commissie wijst het verzoek met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.8, af.

Zeist, 10 februari 2010,

Voorzitter