

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C, tegen D en E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, bilaterale Nesovic-operatie in
combinatie met een adductorenrelease
Zaaknummer : 2010.00649
Zittingsdatum : 1 december 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C,
tegen

1) D en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om verstrekking of vergoeding van een bilaterale Nesovic-operatie in combinatie met een adductorenrelease, uit te voeren in Deurne (België)(hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 17 november 2009 is afgewezen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering IdeaalPakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Uitgebreide tandarts is niet in het geding en blijft in het vervolg daarom onbesproken. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 januari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 21 juni 2010 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de

mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 augustus 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 augustus 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 augustus 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 13 augustus 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 november 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010104310) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat operatieve behandeling van sportgerelateerde liesklachten door middel van een Nesovic of soortgelijke (liesbreuk-)operatie, al dan niet in combinatie met adductorenrelease, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is op 23 november 2010 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 december 2010 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 3 december 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 8 december 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat hij al geruime tijd te maken had met liesklachten. Hiervoor werd hij behandeld door een fysiotherapeut. Daarnaast werden hem langdurige rustfases geadviseerd. Dit alles bood echter geen verlichting.
- 4.2. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "chronische pubalgie en adductorentendinitis links". In verband hiermee heeft hij op 9 oktober 2009 een bilaterale Nesovic-operatie in combinatie met een adductorenrelease uitgevoerd.
- 4.3. Volgens verzoeker voldoet de onderhavige behandeling wel aan het criterium 'conform de stand van de wetenschap en de praktijk'. De ziektekostenverzekeraar beweert het tegendeel, maar heeft zulks niet onderbouwd. Verzoeker vindt dit onzorgvuldig.
- 4.4. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar een toezegging heeft gedaan door mede te delen dat de kosten gemaakt in het buitenland voor 100 percent zouden

worden vergoed. Op basis van deze mededeling is met de behandeling gestart.

- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat in het CVZ-advies de 'zachte eindpunten' niet worden genoemd, terwijl deze wel van belang zijn. De klachten bleven namelijk niet beperkt tot het sporten, maar deden zich ook voor in het dagelijks leven. Verder heeft verzoeker herhaald dat een telefonische toezegging is gedaan door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. De medewerker vroeg of er een verwijkskaart was afgegeven. Het antwoord hierop luidde bevestigend, waarop de medewerker heeft gezegd dat de kosten zouden worden vergoed. Pas later volgde een afwijzing op de grond dat de operatie "niet erkend" zou zijn.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Onder verwijzing naar de verzekeringsvoorwaarden en de onderliggende regelgeving stelt de ziektekostenverzekeraar dat de behandeling in kwestie niet conform de stand van de wetenschap en de praktijk is. De effectiviteit ervan is (nog) onvoldoende aangetoond.
 - 5.2. De ziektekostenverzekeraar stelt voorts dat van een ongeclausuleerde en ondubbelzinnige toezegging niet is gebleken. In het contactregistratiesysteem is geen aantekening gevonden van een telefonische toezegging dan wel een toezegging bij het bezoek aan de balie. Integendeel, bij het baliebezoek op 7 oktober 2009 is de moeder van verzoeker verteld dat het ingediende opnameformulier voor de operatie nog moest worden beoordeeld. Door de uitkomst hiervan niet af te wachten heeft verzoeker het risico genomen dat kosten voor zijn rekening zouden blijven.
 - 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat zorg gebruikelijk moet zijn om te spreken van een verzekerde prestatie. Daarvan is hier geen sprake, hetgeen door het CVZ wordt bevestigd. Van de telefonische toezegging die zou zijn gedaan blijkt niets uit de administratie.
 - 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
 - 6.1. De commissie is 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 kosten van een bilaterale Nesovic-operatie in combinatie met een adductorenrelease, uitgevoerd te Deurne, te vergoeden 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 43 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering.
- Artikel 20 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen. U hebt hierbij ook recht op de medisch-specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging. Ook hebt u tijdens de periode van opname recht op de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen. (...)”

Het gaat om zorg die medisch-specialisten normaal gesproken verlenen. (...)”

Als u zorg ontvangt van een ziekenhuis waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal een bepaald percentage. Zie artikel 17.5. Het is mogelijk dat u een deel zelf moet betalen. (...)”

Artikel 11 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Als u in Nederland woont, hebt u recht op:

- a. verzekerde zorg in het buitenland door een zorgaanbieder of zorginstelling met wie wij een overeenkomst hebben gesloten;*
- b. vergoeding van kosten van verzekerde zorg door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten.*

U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener of zorginstelling zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. (...)”

Artikel 17.5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering regelt de hoogte van de vergoeding indien een verzekerde kiest voor een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling en luidt, voor zover hier van belang:

“Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten terwijl u de passende zorg van goede kwaliteit tijdig kunt krijgen bij een zorgverlener met wie wij wel een overeenkomst hebben gesloten? In dat geval verlagen wij de vergoeding met 25 (vijfentwintig) percent. Wij vergoeden dus 75 (vijfenzeventig) percent van de zorg gerekend over het laagste van het volgende tarief/bedrag:

- a. het (maximum-)tarief dat op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld; of*
- b. het in Nederland geldende marktconform bedrag als er op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld geen of een hoger (maximum-)tarief bestaat. Het “marktconform bedrag” is bij ons het tarief dat wij voor vergelijkbare zorg met zorgverleners in Nederland of ons kernwerkgebied (Zuid-Nederland) hebben afgesproken, dan hanteren wij het gemiddelde van die tarieven. Welk tarief we hanteren en hoe hoog dat is, kunt u bij ons opvragen of via onze internetsite opzoeken.”*

Artikel 17.11 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt dat mededelingen en toezeggingen die de ziektekostenverzekeraar doet, hem alleen binden als deze door hem schriftelijk zijn bevestigd.

Artikel 2.5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoord en adequate zorg en diensten.

- 8.3. De artikelen 2.5, 11, 20 en 17 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een zorgverlener die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De vraag is of de onderhavige behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. 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.

- 9.3. 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 beroepsgeenoten.

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.

- 9.4. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling is door het CVZ in zijn advies van 23 november 2010 uitgevoerd en de conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering uitsluitend dekking biedt voor zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland. Nu verzoeker naar het buitenland is gegaan met het doel aldaar de onderhavige behandeling te ondergaan, kan bespreking van de aanvullende ziektekostenverzekering verder achterwege blijft.

Werking privaatrecht

- 9.6. Verzoeker heeft in de procedure gesteld dat hem tijdens de ziektekostenverzekeraar is gezegd dat “de kosten gemaakt in het buitenland 100% vergoed zouden worden”. Verzoeker heeft daarbij niet duidelijk gemaakt of hem dit telefonisch is medegedeeld, dan wel dat dit zijn moeder is gezegd tijdens het baliebezoek op 7 oktober 2009. Gesteld noch gebleken is dat een eventueel telefonisch onderhoud heeft plaatsgevonden. Van het baliebezoek is door de ziektekostenverzekeraar een aantekening gemaakt, doch daar kan geen toezegging uit worden afgeleid. Integendeel, tijdens het gesprek is kennelijk aan de orde geweest dat de aanvraag nog in behandeling was en is de moeder van verzoeker geadviseerd gebruik te maken van de mogelijkheid van wachtlijstbemiddeling. Ook is haar een lijst van gecontracteerde instellingen meegegeven.
- Verzoeker heeft de uitkomst van een en ander blijkbaar niet willen afwachten en heeft zich naar het ziekenhuis in Deurne begeven, alwaar hij op 8 oktober 2009 is opgenomen. Daarmee heeft hij het risico geaccepteerd dat de kosten van de behandeling voor zijn rekening zouden blijven.

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, 15 december 2010,

Voorzitter