

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D beide te E
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, Arpé-prothese rechterhand
Zaaknummer : 2012.00639
Zittingsdatum : 23 januari 2013

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg-op-maatpolis (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 Aanvullende verzekering basis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 plaatsing van een Arpé-prothese in de rechterhand (verder: de aanspraak). Bij brief van 28 december 2011 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 18 januari 2012 en 28 februari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 28 maart 2012 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij brief van 10 april 2012 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 (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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 mei 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 mei 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 25 mei 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 21 mei 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 21 december 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012066763) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de behandeling van CMC1-artrose middels een totale duimbasisprothese niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is op 27 december 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 januari 2013 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 24 januari 2013 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. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 28 januari 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend orthopeed heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: “(...) [Verzoekster] met gekende rhizartrose rechts waarvoor verdere behandeling onder de vorm van Arpéprothese kan worden gepland. (...)”.
- 4.2. Door haar jarenlange werkzaamheden als fysiotherapeut ontwikkelde verzoekster artrotische klachten aan haar duimgewrichten. Aangezien verzoekster in Baarle-Nassau woont, heeft zij een Belgische huisarts. Deze verwijst naar specialisten in onder andere Turnhout en Antwerpen. Dit heeft nooit problemen opgeleverd met de ziektekostenverzekeraar in verband met vergoedingen. Op 8 april 2008 is in Turnhout een Arpé-prothese geplaatst in haar linkerhand. Voor de rechterhand was dit toen nog niet noodzakelijk. Zij ontving voor deze ingreep een E112-formulier van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.3. Thans zijn de klachten in verzoeksters rechterduim erger geworden. Zij ervaart veel pijn en een ingreep is noodzakelijk. Verzoekster heeft hetzelfde traject als in 2008 bewandeld, en een E112-formulier aangevraagd voor dezelfde ingreep als in 2008. De ziektekostenverzekeraar weigert echter dit formulier af te geven, omdat de aangevraagde behandeling niet zou voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster is echter sinds april 2008 van de klachten in haar linkerhand af en kan er alles weer mee doen. Dit bewijst dat plaatsing van de Arpé-prothese op de lange termijn goed en veilig is. De behandelend orthopeed heeft ter onderbouwing van de aanvraag een en ander toegelicht aan de ziektekostenverzekeraar.

- 4.4. Het is onbegrijpelijk dat de plaatsing van de Arpé-prothese in haar rechterhand niet wordt vergoed. In 2008 is exact dezelfde ingreep uitgevoerd aan haar linkerhand en deze is toen volledig vergoed door de ziektekostenverzekeraar. De technieken en materialen die bij de ingreep worden toegepast zullen wat zijn veranderd, maar dit kan geen reden zijn tot afwijzing. Verzoekster heeft het gevoel nu te worden gestraft voor het feit dat ze in 2008 niet eveneens de ingreep aan haar rechterhand heeft laten uitvoeren. Hoe langer de ziektekostenverzekeraar wacht met het verlenen van toestemming, hoe erger de klachten worden. Dat kan niet de bedoeling zijn.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster haar standpunt herhaald. Voorts heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de alternatieve behandeling van haar duim in Nederland minder effectief is. Bovendien is die operatie duurder. Er dient aandacht te zijn voor de “zachte ijkpunten”. Verzoekster wenst dat de ziektekostenverzekeraar oog heeft voor het prijsverschil, en vraagt zich af waarom de kosten van de alternatieve behandeling niet aan haar kunnen worden vergoed.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Medisch-specialistische behandelingen kunnen alleen worden vergoed als een verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Daarbij wordt gekeken naar de stand van de wetenschap en praktijk. Er dient voldoende bewijs te zijn dat de behandeling op de lange termijn veilig en doelmatig is. Volgens de medisch adviseur is er onvoldoende bewijs dat het plaatsen van een Arpé-prothese in de rechterhand op de lange termijn veilig en doelmatig is. Hierbij is gekeken naar alle beschikbare wetenschappelijke informatie.
 - 5.2. Uit recente literatuur blijkt dat verwijdering van het carpale botje (trapezoideum) de enige bewezen zinvolle chirurgische ingreep is bij artrose van de duimbasis. In 2008 is abusievelijk plaatsing van de Arpé-prothese in de linkerhand van verzoekster vergoed. Deze omstandigheid doet niets af aan het huidige standpunt, en verzoekster kan hieraan geen rechten ontlenen. De ingediende aanvraag dient te worden getoetst aan de geldende verzekeringsvoorwaarden.
 - 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het fijn is dat de ingreep in 2008 goed is gegaan. Het is begrijpelijk dat het verschil tussen toen en nu voor verzoekster niet te volgen is. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het een (nog) niet-gebruikelijke behandeling betreft. Persoonlijke ervaringen, hoe goed deze ook zijn, maken dit niet anders. Verzoekster heeft in 2008 een financieel voordeel gehad. Dit wordt niet teruggedraaid. Voor niet-gebruikelijke zorg bestaat evenwel geen dekking onder de zorgverzekering. Voorts brengt de ziektekostenverzekeraar in dat een nieuwe behandeling bewezen zo goed of beter moet zijn dan de bestaande behandeling. Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar dat het uitruilen van verzekerde zorg en niet-verzekerde zorg niet is toegestaan.
 - 5.4. 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.25. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of het plaatsen van een Arpé-prothese in de hand bij artrose (van de duimbasis) voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. .

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 B.1. tot en met B.29. van de zorgverzekering. 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:

“(…)

B.4.1. Ziekenhuisopname

B.4.1.1. Omschrijving van de zorg

Deze zorg omvat:

- a. behandeling zoals medisch specialisten die plegen te bieden;*
- b. opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen (na 365 dagen komen kosten voor rekening van de AWBZ);*
- c. verblijf, verpleging en verzorging;*
- d. paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of voedingsvoorlichting met medische noodzaak), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.*

(…)

Verwijzing

a. U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, jeugdarts of bedrijfsarts.

(…)”

In artikel A.3.2. van de zorgverzekering is bepaald dat de inhoud en omvang van de 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. Verzekerd is die zorg die onder de dekking van de verzekering valt en waarop een verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Artikel B.2.1. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland indien een verzekerde in Nederland woont. Dit artikel 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. (...)"

8.3. De artikelen B.2.1., B.4. en A.3.2. en van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2. 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 ziektekostenverzekeraar 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 2.1 lid 2 Bzv luidt:

"De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.6. Artikel 20 van Vo 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. Aangezien verzoekster de ziektekostenverzekeraar om toestemming voor de ingreep heeft gevraagd, dient toetsing aan artikel 20 van Vo 883/2004 plaats te vinden. Ook in dit kader dient te worden bezien of de aangevraagde behandeling een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering.

9.2. Bij de beantwoording van de vraag of de in geschil zijnde behandeling een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering 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 ziektekostenverzekeraars 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 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.

- 9.4. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot het plaatsen van een Arpé-prothese in de hand bij artrose (van de duimbasis) is door het CVZ in zijn advies van 21 december 2012 uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat de behandeling van CMC1-artrose met een totale duimbasisprothese niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Werking privaatrecht

- 9.6. Verzoekster heeft gesteld dat zij dezelfde behandeling in 2008 heeft ondergaan, en dat deze toen volledig is vergoed door de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft dit erkend en heeft verklaard dat dit abusievelijk is geschied. Volgens verzoekster volgt uit dit gegeven dat de thans aangevraagde vrijwel identieke behandeling eveneens vergoed dient te worden. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 9.7. Zoals is toegelicht door de ziektekostenverzekeraar, heeft de vergoeding van de plaatsing van een Arpé-prothese in de linkerhand (in 2008) ten onrechte plaatsgevonden. Voor zover verzoekster stelt dat zij hieraan het vertrouwen heeft ontleend dat opnieuw vergoeding zou plaatsvinden, oordeelt de commissie dat – gelet op het tijdsverloop en de toepasselijke procedure – verzoekster niet gerechtvaardigd erop mocht vertrouwen dat haar aanvraag zonder meer zou worden gehonoreerd. Immers, in ruim drie jaar tijd kunnen verzekeringsvoorwaarden en medische inzichten veranderen. De eis dat voorafgaande toestemming moet worden gevraagd impliceert dat ook afwijzend kan worden beslist.

Conclusie

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

Zeist, 6 februari 2013,

Voorzitter