



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, 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, geneeskundige zorg, mediale meniscectomie
rechterknie, indicatie

Zaaknummer : 201801362

Zittingsdatum : 9 januari 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

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 verzoeker 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 was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Tandarts afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een mediale meniscectomie van de rechterknie, uitgevoerd te Antwerpen, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 mei 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 juli 2018 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 23 oktober 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (*Geschillencommissie leden*).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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 8 november 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 november 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 november 2018 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 december 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 9 november 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 7 december 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018057044) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is gebleken dat verzoeker voorafgaand aan de operatie een conservatieve behandeling heeft geprobeerd.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 11 december 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De huisarts heeft verzoeker op 28 december 2017 verwezen naar de arts in Antwerpen, en hierbij het volgende verklaard:
"Bij deze verwijs ik bovenstaande patiënt ivm al langer bestaande rugklachten. Patiënt heeft in 2004 spondylose L3-4 gehad, in 2007 weer verwijderd. Jaren goed gegaan, nu weer toenemende klachten met uitstraling. Met name liggen en opstaan geeft klachten. Patiënt is actief, golft nog. Wat zijn de therapeutische opties? (...)"
- 4.2. Verzoeker is op 20 april 2018 geopereerd. De Belgische arts heeft hierover in het operatieverslag vermeld:
"(...) Ruglig met re been in de beenklem onderpneumatische bloedleegte. Anterieure biportale parapatellaire benadering. Retropatellair zien we een graad V chondromalacie van zowel patella als femur. Lateraal zien we een normale status. Mediaal vinden we in de achterhoorn van de meniscus een intracorpusculaire scheur waarvoor de achterhoorn wordt verwijderd. Het kraakbeen vertoont een graad II tot III chondromalacie en wordt ter hoogte van de femurcondyl met de shaver behandeld. Spoelen en sluiten. (...)"
- 4.3. Op 17 augustus 2018 heeft de behandelend arts over verzoeker verklaard:
"Bij bovenvermelde patiënt verrichtte ik een artroscopie van de rechterknie in het kader van een vastgestelde en op MRI gedocumenteerde mediale meniscusscheur. Patiënt is langere tijd gekend met een degeneratieve problematiek ter hoogte van de onderrug die meer en meer symptomatisch werd en in rechtstreeks verband werd gebracht met het veranderd looppatroon ten gevolge van de toegenomen klachten aan de rechterknie. Hierdoor werd de indicatie gesteld voor een mediale meniscectomie die ondertussen ook gebeurde. Bij een controle op 08.08.18 gaf patiënt duidelijk aan dat de klachten ter hoogte van de onderrug significant beginnen te verbeteren. Ter hoogte van de knie is er momenteel aan het mediaal compartiment geen klacht meer terwijl het extensieapparaat (waar patiënt een belangrijke femoropatellaire artrose vertoonde) nog vrij veel klachten genereert. Patiënt kreeg de raad hiervoor quadricepsoefeningen op te starten. Het weze hierbij duidelijk dat de indicatie voor de artroscopische behandeling van de rechterknie hoofdzakelijk gebeurde in het kader van de toenemende lage rugklachten bij deze patiënt met een uitgebreide voorgeschiedenis op dit gebied. Het gaat hierbij dus niet om een geïsoleerd degeneratief lijden van het rechter kniegewricht. (...)"
- 4.4. Door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar wordt de expertise van de behandelend arts in twijfel getrokken, met de mededeling dat de ingreep niet doelmatig was en niet het meest geschikt in de situatie van verzoeker. De arts heeft verklaard dat hij niet begrijpt hoe de ziektekostenverzekeraar aan de noodzaak en doeltreffendheid van deze wereldwijd erkende manier

van behandelen kan twijfelen. Volgens deze arts was de ingreep noodzakelijk om verzoeker van de toenemende klachten af te helpen. De ziektekostenverzekeraar heeft zelfs niet de moeite genomen contact op te nemen met de behandelend arts.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Uit een MRI-scan van februari 2018 blijkt dat bij verzoeker sprake is van degeneratieve afwijkingen van de knie. In het bijzonder zijn patellofemorale artrose en een scheur in de mediale en laterale meniscus aanwezig. Volgens de laatste wetenschappelijke inzichten heeft een kijkoperatie bij personen boven de 50 jaar zonder duidelijke slotklachten in de knie geen toegevoegde waarde. Een kijkoperatie is bij deze groep patiënten slechts aangewezen in geval van slotklachten door grote losse fragmenten in de knie. Uit het dossier blijkt niet dat bij verzoeker voor de ingreep sprake was van slotklachten in de knie door losse fragmenten. In dit geval heeft conservatieve therapie de voorkeur, zo volgt ook uit de Nederlandse richtlijn 'Arthroscopie van de knie'.

5.2. Volgens de behandelend arts was de ingreep primair bedoeld voor de toenemende rugklachten van verzoeker, die zouden samenhangen met een veranderd looppatroon. De veronderstelling hierbij is dat een artroscopie een effectieve interventie is voor de knieklachten en dat dit effect zijn weerslag heeft op het looppatroon. Een correctie van het looppatroon vormt volgens de behandelend arts een effectieve behandeling voor rugpijn ten gevolge van degeneratieve afwijkingen in de onderrug. De ziektekostenverzekeraar is echter van mening dat een wetenschappelijke onderbouwing voor de effectiviteit van een artroscopie bij een medische indicatie als de onderhavige ontbreekt. De conclusie moet daarom zijn dat een artroscopie evenmin toegevoegde waarde heeft voor behandeling van lage rugpijn.

5.3. De argumentatie van de behandelend arts vormt voor de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding contact met hem op te nemen, aangezien dit geen meerwaarde zal hebben voor de beoordeling. De ziektekostenverzekeraar hoeft niet blind te varen op het oordeel van de medisch specialist, maar moet een eventuele afwijking hiervan voldoende onderbouwen. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat hij hierin voldoende is geslaagd.

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.22. van de zorgverzekering 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.27. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.3. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg zonder opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Zorg: waar hebt u recht op?"

De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg omvat onder andere:

- behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg;*
- aanleggen van gips;*
- ECG-onderzoek;*
- inzet van een Automatische Externe Defibrillator (AED) en direct daaraan verbonden kosten.*

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- de verpleging;*
- de geneesmiddelen;*
- de hulpmiddelen;*
- de verbandmiddelen;*
- laboratoriumonderzoek.*

Zorg of middelen die na de behandeling nodig is/zijn of die in het verlengde van de behandeling ligt/liggen, vallen hier niet onder. (...)"

8.4. Artikel B.2. van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"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. (...)"*

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

"De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

(...)

- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn. (...)"

8.6. De artikelen A.3.2., B.2. en B.4.2. 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, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is

te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

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

Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 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. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, gegaan met het doel daar een mediale meniscectomie van de rechterknie te ondergaan. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoeker heeft niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. 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.
- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat de ingreep die verzoeker heeft ondergaan een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag of hij hiervoor een indicatie had. Uit het advies van het Zorginstituut van 7 december 2018 blijkt dat geen onderbouwde uitspraak is te doen over de veronderstelling dat de aandoening aan de knie heeft geleid tot een toename van de rugklachten. De commissie constateert dat verzoeker heeft aangevoerd dat een dergelijk verband bestaat, hetgeen door de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd is bestreden. Hierop heeft verzoeker geen nadere onderbouwing van zijn stelling geleverd. De commissie oordeelt dat weliswaar een positief effect is bereikt, maar dat daarmee niet aannemelijk is gemaakt dat de klachten van de onderrug een behandelindicatie vormden voor de ingreep aan de knie.

- 
- 9.3. Ten aanzien van de geconstateerde mediale meniscuslaesie verklaart het Zorginstituut dat deze samenhangt met degeneratieve veranderingen in de knie en dat geen traumatische etiologie is vastgesteld. Uit de richtlijn "Arthroscopie van de knie" (2010) en de recente review van Brignardello-Petersen (2017), blijkt dat terughoudend moet worden omgegaan met het artroscopisch behandelen van een degeneratieve meniscuslaesie. Eerst moet een conservatieve behandeling zijn geprobeerd, bijvoorbeeld oefentherapie. Uit het dossier komt volgens het Zorginstituut niet naar voren dat voorafgaand aan de operatie een gerichte conservatieve behandeling heeft plaatsgevonden. Daarom adviseert het Zorginstituut tot afwijzing van het verzoek. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.





Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


- 
- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een mediale meniscectomie van de rechterknie, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.



Conclusie


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

- 
10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 9 januari 2019,



G.R.J. de Groot

