



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Zilveren Kruis
Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Geneeskundige zorg, laserontharing bij sinus pilonidalis
Zaaknummer : 201702112
Zittingsdatum : 4 juli 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, en
 - 3) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Budget (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Tand twee sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). 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 laserontharing bij sinus pilonidalis (hierna: de aanspraak). Bij e-mailberichten van verschillende data 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 28 september 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij brief van 24 januari 2018 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 17 februari 2018 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 of op basis van coulance (hierna: het verzoek).
- 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 15 mei 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 mei 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 mei 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 mei 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 16 mei 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 21 juni 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018024768) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (hierna: CVZ), thans het Zorginstituut, op 7 juni 2007 oordeelde dat laserontharing ter voorkoming van recidieven bij de behandeling van sinus pilonidalis niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Een update van de wetenschappelijke publicaties tot mei 2014 gaf geen aanleiding dit standpunt te wijzigen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 25 juni 2018 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 4 juli 2018 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoeker in de gelegenheid gesteld de door hem ter zitting genoemde wetenschappelijke publicaties over te leggen. Bij e-mailbericht van 12 juli 2018 heeft verzoeker de gevraagde informatie overgelegd. Een afschrift van de overgelegde stukken is op 23 juli 2018 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden waarbij deze in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft de ziektekostenverzekeraar geen gebruik gemaakt.
- 3.12. Bij brief van 8 augustus 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 10 augustus 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend huidtherapeut heeft over verzoeker het volgende verklaard: *“Voorgaande aanvraag van vergoeding van deze behandeling is afgekeurd. Bij deze dien ik hier bezwaar tegen in. Gezien de geschiedenis van patiënt acht ik lasertherapie noodzakelijk. Patiënt heeft een sinus pilonidalis in de bilnaad gehad, er is drie maal chirurgisch ingegrepen. Vanwege de dikke en donkere haargroei in de bilnaad is de kans op recidieven groot. Om dit te voorkomen, heeft [naam chirurg] patiënt verwezen voor laserontharing van de bilnaad. Wanneer deze behandeling niet plaats vindt, bestaat de kans op recidieven met alle gevolgen van dien. Alle partijen zijn gebaat bij het voorkomen hiervan. Vanuit oogpunt van de patiënt voorkomt de laserbehandeling veel ongemak en vanuit het oogpunt van de zorgverzekeraar voorkomt deze behandeling de hoge kosten van een eventuele operatieve ingreep”.*
- 4.2. Verzoeker is recent voor de derde keer in korte tijd geopereerd aan een sinus pilonidalis. In vervolg op deze operaties heeft verzoeker telkens langdurig moeten herstellen. Gelet op de korte tijd tussen

de laatste twee operaties hebben de behandelend chirurgen verzoeker verwezen naar het huid- en lasercentrum binnen het ziekenhuis. Zowel de behandelend chirurgen als de huidtherapeut hebben verzoeker een laserbehandeling voorgesteld om de klachten goed te kunnen behandelen.

4.3. Aangezien de totale kosten van de behandeling tussen de € 1.200,- en € 1.500,- bedragen en de ziektekostenverzekeraar vergoeding hiervan afwijst, heeft verzoeker voorgesteld dat de ziektekostenverzekeraar op basis van coulance een bedrag van € 700,- vergoedt. Ook dit voorstel is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen, hetgeen verzoeker verwondert aangezien het vergoeden van een laserbehandeling op de langere termijn voordeliger is dan de conservatieve ingrepen. Het enige dat de ziektekostenverzekeraar heeft gedaan, is de suggestie doen dat verzoeker met terugwerkende kracht een aanvullende verzekering kan afsluiten die aanspraak geeft op laserbehandelingen. Nog daargelaten dat epilatiebehandelingen niet zijn te vergelijken met laserbehandelingen, is de verschuldigde premie voor de voorgestelde aanvullende verzekering hoger dan de kosten van de behandeling. Verzoeker heeft de suggestie dan ook niet opgevolgd.

4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij zelf de internationale databanken heeft doorzocht en daarin tussen de vijftig en honderd artikelen heeft gevonden die vanaf 2007 tot heden zijn gepubliceerd. De conclusie van deze artikelen is unaniem: laserontharing bij de aandoening sinus pilonidalis is zowel op de korte als lange termijn veilig en doeltreffend. Na afloop van de hoorzitting heeft verzoeker de commissie een afschrift van verschillende artikelen doen toekomen.

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. Het CVZ, thans het Zorginstituut, heeft in juni 2007 een rapport uitgebracht waarin is vastgesteld dat een laserbehandeling in geval van sinus pilonidalis niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Ook uit een latere update van dit onderzoek en een eigen onderzoek van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar blijkt niet dat een laserbehandeling effectief is bij de gegeven indicatie. Gelet op het voorgaande is de ziektekostenverzekeraar van mening dat de door verzoeker gewenste behandeling geen verzekerde prestatie vormt op grond van de zorgverzekering.

5.2. Gezien de precedentwerking is de ziektekostenverzekeraar niet bereid voor verzoeker een uitzondering te maken door de kosten van de aangevraagde laserbehandeling coulancehalve te vergoeden. Om verzoeker enigszins tegemoet te komen is hem aangeboden met terugwerkende kracht tot 1 januari 2017 de aanvullende verzekering 'Aanvullend drie sterren' af te sluiten. Op grond van deze aanvullende verzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van epilatiebehandelingen tot maximaal € 300,- per kalenderjaar.

5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere standpunt herhaald.

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 18 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 dan wel op basis van coulance.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 30 van de 'verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf.
(...)*

De zorg bestaat uit:

a medisch-specialistische zorg;

b uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

*De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.
(...)"*

8.4. In artikel 1.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is, voor zover hier van belang, bepaald:

*"De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
(...)"*

8.5. De artikelen 1.2 van de algemene voorwaarden en 30 van de 'verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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, tweede lid, 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 het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.7. 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, dient voor de beantwoording van de vraag of verzoeker ten laste van de zorgverzekering aanspraak heeft op laserontharing bij sinus pilonidalis, allereerst te worden nagegaan of deze behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee is te beschouwen als verzekerde prestatie.
- 9.2. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare en internationaal aanvaarde werkwijze waarbij het oordeel omtrent de effectiviteit van medische interventies is gebaseerd op de beschikbare 'evidence' omtrent die interventie, 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 interventie bij de indicatie waarvoor de interventie 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 interventie in binnen- en buitenland. In het kader van 'evidence-based medicine' geldt als uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit – zoals een randomised controlled clinical trial (RCT) – in de afweging het zwaarst weegt. Bij het zoeken en selecteren van informatie (stap 1) wordt gebruik gemaakt van zogenoemde PICOT-vragen (Population/Patient/Problem, Intervention, Comparison, Outcome, Time) om beargumenteerd te bepalen welke aspecten relevant zijn om de effectiviteit van de te beoordelen interventie vast te stellen. Aan de hand van de PICOT vragen wordt in bibliografische databases gezocht naar relevante literatuur.
- 9.3. Bij de selectie en beoordeling van de gevonden literatuur (stap 2) wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer gekeken naar methodologische aspecten, belang van de resultaten, generaliseerbaarheid, en gebruikte onderzoeksmethodiek. Voor de beoordeling wordt - waar mogelijk – aangesloten bij recente internationale ontwikkelingen en wordt de zogenoemde GRADE-methode toegepast, waarbij GRADE staat voor 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation'. Een belangrijk kenmerk van de GRADE-methode is dat per

uitkomstmaat de zogenoemde 'body of evidence' wordt bepaald en beoordeeld. Daarbij kan de kwaliteit van de 'body of evidence' waarin een RCT is opgenomen worden afgewaardeerd ('downgraden') respectievelijk die waarin een observationele studie is opgenomen worden opgewaardeerd ('upgraden'), afhankelijk van bepaalde, omschreven beoordelingsgronden. De GRADE-methode bevordert – meer dan voorheen de EBRO-methodiek – een systematische, integrale en transparante beoordeling van de literatuur. Hierbij kan worden aangetekend dat de GRADE-methode nog in ontwikkeling is en dat de toepasbaarheid per zorgvorm kan verschillen. Als derde en laatste stap dient te worden bepaald welke conclusie kan worden getrokken met betrekking tot de effectiviteit van de interventie, op basis van de beoordeelde literatuur. Daarbij gaat het om de Comparative Effectiveness dan wel Relative Effectiveness, oftewel de 'netto toevoeging' van de nieuwe interventie in vergelijking met de al bestaande zorg.

- 9.4. Een onderzoek, op basis van de hiervoor geformuleerde uitgangspunten, met betrekking tot de aangevraagde laserbehandeling bij de aandoening sinus pilonidalis, is door het Zorginstituut uitgevoerd en de bevindingen hiervan zijn in het voorlopige advies van 21 juni 2018 verwoord. De conclusie van het advies is dat laserontharing ter voorkoming van recidieven bij de behandeling van sinus pilonidalis niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarom niet behoort tot de verzekerde geneeskundige zorg. Na afloop van de hoorzitting heeft verzoeker verschillende publicaties overgelegd waaruit zou moeten blijken dat de betreffende behandeling wel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In reactie op deze stukken heeft het Zorginstituut bij definitief advies van 10 augustus 2018 de commissie medegedeeld dat deze stukken geen aanleiding vormen het voorlopig advies te herzien. De commissie neemt de conclusie van het Zorginstituut dat laserontharing ter voorkoming van recidieven bij de behandeling van sinus pilonidalis niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarom niet behoort tot de verzekerde geneeskundige zorg over en maakt deze tot de hare. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op de gevraagde behandeling ten laste van de zorgverzekering.

Coulance, kostenbesparing en mogelijkheid afsluiten aanvullende verzekering

- 9.5. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar, gezien zijn specifieke situatie, zo nodig coulance dient te betrachten en heeft in dat kader voorgesteld dat de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 700,- vergoedt. De ziektekostenverzekeraar heeft het door verzoeker gedane voorstel, gelet op de mogelijke precedentwerking, afgewezen. De commissie oordeelt dat de bevoegdheid tot toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het door deze ter zake gevoerde beleid kan de commissie niet treden. Dit is slechts anders indien de ziektekostenverzekeraar een beleid van willekeur zou voeren waarbij gelijke gevallen verschillend worden behandeld. Gesteld noch gebleken is dat hiervan in de onderhavige situatie sprake is. Voor zover verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar door de laserbehandeling te vergoeden in de toekomst kosten zal besparen, geldt dat een verzoek om vergoeding ten laste van de zorgverzekering enkel kan worden toegewezen als de betreffende behandeling onder de dekking van die verzekering valt, hetgeen in dit geval niet zo is. Dit laatste betekent dat noch bij de beslissing op het verzoek door de ziektekostenverzekeraar noch bij de beoordeling in geschil van die beslissing enige ruimte is voor de vraag of de gewenste behandeling in de toekomst een besparing oplevert. Ten aanzien van de door de ziektekostenverzekeraar geboden mogelijkheid met terugwerkende kracht een aanvullende verzekering met dekking voor epilatie af te sluiten, constateert de commissie dat verzoeker dit aanbod om hem moverende redenen inmiddels heeft afgewezen, zodat dit punt verder geen bespreking behoeft.

Conclusie

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 augustus 2018,



J.A.M. Strens-Meulemeester

