

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B in deze vertegenwoordigd door E te F tegen C te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, indicatie spondylodese L5-S1
Zaaknummer : 2010.01222
Zittingsdatum : 1 december 2010

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door E te F

tegen

C te D hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster heeft de zorgverzekeraar verzocht om vergoeding van een “spondylose op niveau L5-S1 bij chronische lage rugklachten” in Brasschaat (België) (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 24 november 2009 is afgewezen.

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 ZorgVerzorgd 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. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 december 2009 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 21 juli 2010 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).
- 3.4. 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.
- 3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 oktober 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 oktober 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 oktober 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. Op 30 november 2010 heeft verzoekster de commissie bericht af te zien van een hoorzitting en alleen nog een schriftelijke verklaring van de door haar geraadpleegde medisch adviseur schadeletsel te willen inbrengen. De zorgverzekeraar heeft hierop medege-

deeld evenmin te willen worden gehoord, mits hij in de gelegenheid wordt gesteld schriftelijk op deze verklaring te reageren.

- 3.7. Bij brief van 13 oktober 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 11 november 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010125708) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster redelijkerwijs niet is aangewezen op de onderhavige ingreep. Een afschrift van het CVZ-advies is op 15 november 2010 aan partijen gezonden.
- 3.8. Nu beide partijen hebben afgezien van de mogelijkheid te worden gehoord, zijn zij in de gelegenheid gesteld schriftelijk te reageren op voornoemd advies. Verzoekster heeft op 30 november 2010 op het CVZ-advies gereageerd door middel van een verklaring van de door haar geraadpleegde medisch adviseur schadeletsel. Bij verzoekster is wel degelijk sprake van een indicatie voor de onderhavige ingreep, aangezien sprake is van instabiliteit en een sterke vernauwing van het foramen, hetgeen zal leiden tot beschadiging van de doortredende zenuwwortels. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop op 9 december 2010 gereageerd. De Belgische arts is de enige die een ernstig vernauwd foramen heeft vastgesteld hetgeen mogelijk een beklemming van de uittredende zenuw geeft. Een ernstig vernauwd foramen van de lumbale wervelkolom is naar de mening van de ziektekostenverzekeraar wel operabel. Instabiliteit van de wervelkolom wordt normaal gesproken vastgesteld aan de hand van een lateraal genomen röntgenfoto, waarbij eventueel extensie en flexie van de wervelkolom blijkt. Verzoekster heeft hierop op 11 januari 2011 gereageerd door middel van een verklaring van de door haar geraadpleegde medisch adviseur schadeletsel. De ziektekostenverzekeraar twijfelt aan de conclusies van de Belgische arts. Echter, nergens blijkt dat deze conclusies onjuist zijn. Een vernauwd foramen is inderdaad operabel, maar de vraag is of dit ook in het geval van verzoekster het geval is. Behalve met röntgenfoto's is instabiliteit ook klinisch vast te stellen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 januari 2011 medegedeeld geen nadere inhoudelijke reactie te geven.
- 3.9. Afschriften van deze reacties zijn aan de wederpartijen gezonden.
- 3.10. Bij brief van 25 januari 2011 heeft de commissie het CVZ afschriften van voornoemde reacties gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 28 januari 2011 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. Verzoekster heeft al jaren last van lage rugklachten en is hiervoor op meerdere manieren behandeld. De behandelingen hebben echter niet het gewenste resultaat gehad. Verzoekster is door haar huisarts verwezen naar de specialist in België. Dr. H.M. Laane, medisch adviseur schadeletsel, stelt dat bij verzoekster sprake is van een forse HNP L5-S1 bij inzakken van tussenwervelruimte, waardoor de uittredende zenuw klem zit. Tevens ontstaat er door het verzakken van de vijfde wervel instabiliteit.

Daarom is sprake van een operatie-indicatie voor een spondylodese.

4.2. 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 dat bij de aanvraag geen schriftelijke verwijzing was overgelegd. Daarnaast is de medische noodzaak van de voorgestelde behandeling niet aangetoond. In een later stadium is de verwijzing van de huisarts alsnog aan de ziektekostenverzekeraar overgelegd.

5.2. De aanvraag is in eerste instantie afgewezen, omdat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Naar aanleiding van het verzoek om heroverweging heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat een spondylodese bij de indicatie HNP niveau L5-S1 niet als doelmatig is te beschouwen.

5.3. Op grond van de beschikbare informatie oordeelt de medisch adviseur dat niet aanvaardbaar is gemaakt dat sprake is van een spondylolisthesis. Evenmin is sprake van een te verwachten instabiliteit na laminectomie. Voor zover de ziektekostenverzekeraar uit de beschikbare informatie kan afleiden, hebben de door verzoekster in Nederland geraadpleegde artsen geen indicatie aanwezig geacht voor uitvoering van een spondylodese-operatie.

5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. 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 of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van een spondylodese op niveau L5-S1, uitgevoerd in Brasschaat (België), 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.

Artikel B24 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:

- onderzoek en diagnostiek,

- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek,
- second opinion. (...)

Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft gesloten met [de ziektekostenverzekeraar], krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Wat er wordt vergoed, hangt af van de soort zorg:

- zorg waarvoor een wettelijk tarief is vastgesteld (het A-segment): 80% van het tarief wordt vergoed,
- zorg waarvoor geen wettelijk tarief is vastgesteld (het B-segment): er is een lijst van maximale vergoedingen, die is opgenomen in het Verzekeringsreglement (...)."

Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...).”

- 8.3. De artikelen B9 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 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. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een zorgverlener die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, lid 2 Bzv is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, 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.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De vraag die partijen verdeeld houdt, is of verzoekster een indicatie had voor de te Brasschaat uitgevoerde spondylodese op niveau L5-S1 bij de indicatie “chronische lage rugpijn”. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.2. Uit het CVZ-advies van 11 november 2010 blijkt dat een operatie met fusie geïndiceerd kan zijn, als sprake is van instabiliteit tussen de wervels, of van een beschadiging of bedreiging van zenuwstructuren. De aanwezige verslagen van het neurologische, orthopedische en het beeldvormend onderzoek wijzen volgens het CVZ daar niet op. Er bestaat volgens het CVZ geen indicatie voor de onderhavige ingreep. Ver-

zoekster heeft het tegendeel niet aannemelijk gemaakt. De commissie volgt het CVZ in zijn advies.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 februari 2011,

Voorzitter