

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, spondylodese op niveau C5-C6,
indicatie
Zaaknummer : 2011.00524
Zittingsdatum : 26 oktober 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C en

2) E beide te D

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 Zorg-op-Maatpolis (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 Collectief Plus 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een spondylodese op niveau C5-C6, uitgevoerd te Brasschaat (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 31 augustus 2010 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 7 januari 2011 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 ongedateerde brief, ontvangen op 19 juli 2011, 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 september 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 september 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 september 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 9 september 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 30 september 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011093767) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen indicatie had voor een spondylodese. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 oktober 2011 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 27 oktober 2011 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 1 november 2011 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 sinds enige tijd last had van ernstige pijn in de nek. De huisarts deelde hem mede dat hieraan niets te doen was, en dat hij paracetamol diende te nemen. Omdat dit niet hielp, is verzoeker naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis – in Brasschaat – gegaan. Daar heeft men foto's en een CT-scan gemaakt. De conclusie was dat sprake was van een hernia met krachtverlies in de linkerarm. Er werd een MRI-scan gemaakt, en verzoeker kreeg zwaardere pijnstillers voorgeschreven. Ook werd een afspraak gemaakt met de neuroloog. Op 25 augustus 2010 is een spondylodese uitgevoerd. Aangezien verzoeker ook verzekerd is voor zorg in het buitenland, dient de ziektekostenverzekeraar de kosten van de ingreep te vergoeden.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie stelde dat sprake diende te zijn van een hernia. Toen was aangetoond dat hiervan bij verzoeker sprake was, stelde men dat ook een compressie aanwezig diende te zijn. Uit de stukken blijkt dat sprake was van een compressie van de duraalzak. Verzoeker begrijpt niet waarom door de ziektekostenverzekeraar geen contact is opgenomen met de behandelend arts.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat uit de CT- en MRI-scan niet blijkt van een herniëatie met wortelcompressie, die de klachten van verzoeker zou kunnen verklaren. Er is sprake van artrose, maar niet van een instabiliteit van de wervels. Evenmin is gebleken welke conservatieve therapie is geprobeerd, afgezien van enkele behandelingen fysiotherapie en de door de huisarts voorgeschreven analgetica.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat een herniaoperatie een keerzijde heeft, zoals klachten als gevolg van littekenweefsel en wervelinstabiliteit. Om die reden dient eerst met conservatieve therapie te worden behandeld. Nu dit niet is gebeurd, heeft verzoeker geen indicatie voor de ingreep, en kunnen de kosten hiervan niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 5.3. Verzoeker heeft voorts geen voorafgaande toestemming aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd voor de ingreep, zodat hij het risico heeft genomen dat de kosten ervan voor zijn rekening zouden blijven.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat bij verzoeker geen sprake was van een wortelcompressie. Een conservatieve behandeling zou ook kunnen bestaan uit nietsdoen, omdat er geen acute situatie was. De reden dat geen contact is opgenomen met de behandelend arts, is dat dit in het verleden in andere kwesties veelvuldig is gebeurd. De ziektekostenverzekeraar is op de hoogte van de werkwijze van de betreffende arts, en heeft ervoor gekozen met hem geen contract te sluiten.
- 5.5. 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 aanspraak alsnog in te willigen, 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 42 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.

- 8.3. 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 medisch-specialistische zorg zonder opname.
U hebt recht op de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen. (...)
Het gaat om zorg die medisch-specialisten plegen te bieden. (...)”*

- 8.4. Artikel 18 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. U kunt in artikel 19. tot en met 42. per zorgvorm lezen wat wij dan vergoeden.”*

- 8.5. Artikel 2.5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

“(...)U hebt recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.”

- 8.6. De artikelen 2.5, 18 en 20 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).

- 8.7. 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 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

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

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aangezien door verzoeker geen voorafgaande toestemming is gevraagd, blijft toetsing van het Werkingsverdrag en Verordening 883/2004 achterwege, en dient het recht op vergoeding te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de

zorgverzekering. Niet in geschil is dat een spondylodese op niveau C5-C6 een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. De vraag is of verzoeker hiervoor ten tijde van de ingreep een indicatie had.

- 9.2. Gelet op het advies van het CVZ van 30 september 2011 is een indicatie voor een cervicale spondylodese bij een instabiliteit van de halswervels aanwezig, indien het risico bestaat dat het ruggemerg of de zenuwwortels zullen beschadigen dan wel dat andere ernstige klachten zullen ontstaan. Ook bestaat een indicatie indien de spondylodese een wezenlijk deel uitmaakt van een operatie aan een cervicale hernia. In dat geval zou er post-operatief een instabiliteit ontstaan wanneer niet ook een spondylodese wordt uitgevoerd.
- 9.3. Volgens de medisch adviseur van het CVZ is bij verzoeker niet gebleken van een indicatie voor een spondylodese. De commissie sluit zich bij het advies van het CVZ aan, en maakt de conclusie hiervan tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, 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 november 2011,

Voorzitter