



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen ONVZ
Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.,
beide te Houten

Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, decompressie op niveau T10/
T11 met rigide dorsale spondylodesis met osteosynthese, indicatie

Zaaknummer : 201600685

Zittingsdatum : 11 januari 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
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 grond van de Vrije Keuze Basisverzekering (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 Vrije Keuze Optifit afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 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 kosten van een decompressie op niveau T10/T11 met rigide dorsale spondylodesis met osteosynthese, uitgevoerd te Bocholt, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 juli 2013 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 brief van 10 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 6 april 2016 aan verzoekster medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 29 april 2016 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 stukken gevoegd.

-  3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 september 2016 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 14 september 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 september 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 2 september 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 6 oktober 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016111971) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit het dossier niet blijkt dat er vóór de operatie instabiliteit van de wervelkolom bestond of dreigde als gevolg van decompressie. Er is daarom niet aangetoond dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de ingreep.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 7 oktober 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 31 oktober 2016 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 8 november 2016 medegedeeld alsnog telefonisch gehoord te willen worden. Verzoekster heeft hierop bij brief van 16 november 2016 medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 januari 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.10. Na de hoorzitting zijn partijen in de gelegenheid gesteld te reageren op de aantekeningen van de hoorzitting. Bij brief van 19 januari 2017 heeft verzoekster hierop gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
-  3.11. Bij brief van 2 februari 2017 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 stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 15 februari 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de 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 verzoekster
-  4.1. De behandelend orthopedisch chirurg heeft op 16 oktober 2013 ten aanzien van verzoekster verklaard: *"Operatie indicatie: Instabiele T10-T11[1] met insufficiënte neurostimulator en progressieve Rad. prikkeling T10 rechts meer dan links. Operatie verrichting: Decompressie T10-T11 met verwijderen Neurostimulator. Decompressie met lat. Recessus verwijding en Foraminotomie bds. Dorsale, interlaminaire spondylodesis incl Facetschroef fixatie bds. (...)"*.
-  4.2. De door verzoekster geraadpleegde medisch adviseur heeft op 12 november 2015 ten aanzien van de bij verzoekster uitgevoerde ingreep verklaard: *"(...) Bij cliënte is door Abbink in Bocholt een laminectomie en decompressie uitgevoerd op het niveau T10 en T11. Met name rechts was er sprake van een gestuwde zenuwwortel, die is vrij gelegd. Eén en ander heeft plaatsgevonden na conservatieve behandeling met onder andere pijn mod[u]lerende neuronstimulatoren die evenwel niet succesvol was. Uit de correspondentie, die mij ter beschikking staat, blijkt, dat cliënte vanuit haar woonplaats op Zeeuws Vlaanderen, de niet ongebruikelijke weg naar België heeft gevonden voor haar medische behandeling. In St. Niklaas is uitgebreid conservatief behandeld zonder het beoogde resultaat. Wel werd duidelijk dat de problemen uit wortel T10 rechts voortkwamen. Cliënte is vervolgens op zoek gegaan naar een chirurg die bereid was daar een behandeling voor uit te*

voeren en is in Nederland geen optie voor haar tegen gekomen. Om die reden is zij uitgeweken naar Bocholt omdat collega Abbink meende met een operatieve behandeling haar klachten te kunnen verhelpen. Na enkele pogingen tot operatieve behandeling die niet succesvol waren was uiteindelijk de foraminotomie T10, waarbij de wortel werd vrijgelegd de meest succesvolle ingreep. De klachten zijn postoperatief verminderd en de behandeling die door Abbink is gegeven moet dan ook als succesvol worden betiteld. (...) Opvallend is de toonzetting in het expertiserapport die een ondertoon van irritatie bevat. (...) Het rapport vanuit Rijnstate is incompleet omdat een behoorlijk lichamelijk onderzoek ontbreekt. Met name het neurologisch onderzoek is niet beschreven, waar deze casus juist om een neurologisch beeld draait. Het is mij derhalve niet duidelijk hoe de expertiserend arts een uitspraak kan doen over de uitgevoerde ingreep als deze zelf niet een degelijk onderzoek heeft uitgevoerd. (...) Op grond van het uitstralingspatroon dat cliënte heeft gehad en dat beschreven staat in de brieven van de pijnpoli St. Niklaas en van dr. (...), wordt duidelijk dat een prikkeling van wortel T10 rechts moet hebben bestaan. Dit wordt bevestigd door de p[re]operatieve bevinding van een gezwollen wortel nadat deze werd vrijgelegd. Ook (...) beschrijft een stenose van het foramen T10-11. Het vaststellen van een neurocompressie op thoracaal niveau is immer een uitdaging daar het uitvoeren van een EMG (electromyogram) van de aangestuurde spieren vanuit die niveaus een uitdaging is die slechts enkele neurofysiologen machtig zijn. De bij cliënte toegepaste methode van facetblokkade, gevolgd door wortelblokkade met kortdurend effect is dan ook een gebruikelijk[e] manier om wortelcompressie aan te tonen. Gezamenlijk met een MRI waarop foramen vernauwing zichtbaar is kan een operatieindicatie worden gesteld. Het is inderdaad geen gebruikelijke zaak op thoracaal niveau dergelijke ingrepen te verrichten. Dat wil evenwel niet zeggen dat er een indicatie voor kan bestaan. Als er een, zoals hier, aangetoonde neurocompressie bestaat, die onvoldoende reageert op conservatieve maatregelen, inclusief een neurostimulator, kan een foraminotomie worden gedaan. Een stabiliserende ingreep op dit niveau is evenwel vrijwel nooit geïndiceerd. (...) Conclusie: Het doen van een foraminotomie om de zenuwwortel op niveau T10 vrij te leggen is weliswaar een zeldzame ingreep maar de indicatie is juist gesteld en de ingreep is, hoezeer ook nog met vragen omgeven, succesvol geweest. Het stabiliserende deel van de ingreep (de plaatsing van facetschroeven en interlaminaire stabilisatie) is waarschijnlijk, op grond van hetgeen nu bij mij bekend is, niet geïndiceerd geweest. (...)"

- 4.3. In juni 2012 heeft verzoekster bij dr. Abbink in Bocholt een rugoperatie ondergaan, waarna een vervolgooperatie noodzakelijk bleek. In oktober 2013 is verzoekster nogmaals geopereerd aan haar wervelkolom. Het betrof een foraminotomie op niveau T10, waarbij de wortel werd vrij gelegd. De kosten van de ingreep bedroegen € 13.710,70. Verzoekster heeft deze kosten gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar, die hierop voorstelde een second opinion te laten uitvoeren bij een medisch specialist in Nederland. De betreffende medisch specialist was volgens de ziektekostenverzekeraar op de hoogte van problemen op thoracaal niveau, maar dit bleek achteraf niet het geval te zijn. De medisch specialist oordeelde dat dr. Abbink zonder voorafgaande MRI-scan heeft geopereerd, en dat er geen indicatie bestond voor de ingreep, omdat geen sprake was van een worteldecompressie.
- In 2012 zijn echter drie MRI-scans en een CT-scan gemaakt, aan de hand waarvan dr. Abbink is overgegaan tot opereren. Verzoekster heeft een onafhankelijk medisch adviseur geraadpleegd, die tot de conclusie is gekomen dat het uitvoeren van een foraminotomie om de zenuwwortel op niveau T10 vrij te leggen weliswaar een zeldzame ingreep is, maar dat de indicatie juist is gesteld en de ingreep succesvol is geweest.
- Naar aanleiding van het door verzoekster ingewonnen medisch advies heeft zij de ziektekostenverzekeraar opnieuw verzocht de ingreep te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar deelde haar mede dat vooraf geen toestemming is verleend voor de operatie, zodat verzoekster de behandelingen op eigen initiatief heeft laten uitvoeren. Daarom handhaaft de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere beslissing. Verder deelt de ziektekostenverzekeraar mede dat dr. Abbink zich aanvankelijk had vergist in het operatieniveau, maar dit was niet het geval. Het ging om een vergissing in de verslaglegging. Dit doet echter niet af aan het feit dat een operatie-indicatie bestond. De door verzoekster geraadpleegde medisch adviseur heeft geconcludeerd dat een prikkeling van de wortel op niveau T10 moet hebben bestaan. Na de laatste ingreep bestaat weliswaar nog radriculaire pijn, maar deze staat niet in verhouding tot de pijn die voorafgaand aan de ingreep bestond.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft geen enkele bereidheid getoond om tot vergoeding over te gaan. Eerst werd getwijfeld aan de doelmatigheid van de ingreep, daarna moest een verklaring van de huisarts worden overgelegd, en tot slot werd een second opinion voorgesteld. Hierop volgde een gesprek op het kantoor van de ziektekostenverzekeraar, en werd getwijfeld aan de aanwezigheid van MRI-scans. Deze bleken er te zijn, waarop de ziektekostenverzekeraar verwees naar een brief, waarin volgens de ziektekostenverzekeraar stond dat verzoekster niet meer door dr. Abbink mocht worden geopereerd.
De operatie van 16 oktober 2013 heeft verzoekster niet aangevraagd, omdat toen al bleek dat een vervolgooperatie nodig was. De operatie die plaatsvond in 2012, is volledig door de ziektekostenverzekeraar vergoed tot het Nederlandse marktconforme tarief.
De totale kosten van de in het geding zijnde behandeling bedragen € 15.680,44 en deze bestaan uit een bedrag van € 398,90 voor de polikliniek, € 13.710,70 voor de operatie en € 1.570,84 voor het ingewonnen medisch advies. Verzoekster wenst volledige vergoeding van de door haar gemaakte kosten.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster aangevoerd dat er wel MRI's zijn gemaakt, die zijn doorgestuurd naar het medisch expertisebureau. Aanvankelijk werd de door de ziektekostenverzekeraar gevraagd om een verklaring van de huisarts, daarna moest zij op kantoor komen bij de ziektekostenverzekeraar, en dat is gebeurd. Daarna is gevraagd of er een second opinion kon worden uitgevoerd, en dat is gedaan in het expertisecentrum in Arnhem. Daar zijn ook röntgenfoto's gevraagd, maar er waren MRI-scans gemaakt, die zijn opgestuurd, en toen bleek dat er geen medische noodzaak was om geopereerd te worden. Dat moet ook uit het dossier blijken. Het gaat om scans uit 2011 en 2012. Bij het expertisecentrum is het onderzoek uitgevoerd, en de MRI-scans zijn opgestuurd. Daarna is dit antwoord gekomen. Later is zij nogmaals bij een orthopeed geweest voor een tweede second opinion. Daaruit bleek dat er een foraminotomie nodig was. Verder merkt zij op dat een medisch adviseur geen specialist is. Er was volgens dr. Abbink wel degelijk sprake van instabiliteit, en er moest worden geopereerd. Dr. Abbink heeft hierover ook een verklaring gegeven.
Verzoekster heeft ook nog in een gipskorset gezeten in 2008 en daarna had zij duidelijk minder pijn. Ook hieruit blijkt dat er een zekere instabiliteit was, alleen wist men toen niet hoe dit moest worden opgelost, want dit blijkt een moeilijke zaak te zijn. Dr. Abbink heeft ook op andere manieren gezocht naar de instabiliteit, waaronder met injecties. Zij is een groot aantal keren naar deze arts gegaan, en pas daarna is hij overgegaan tot opereren. Hij is niet zomaar tot deze operatie overgegaan.
- 4.6. Dr. Abbink heeft bij brief van 16 januari 2017 verklaard dat zijns inziens sprake was van een instabiliteit van de wervelkolom, die moest worden behandeld.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De aanspraak op vergoeding van kosten op grond van de zorgverzekering wordt naar inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze maatstaf er niet is, wordt dit bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Er bestaat alleen recht op vergoeding als verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de betreffende zorg. Dit wordt mede bepaald door de eisen van doelmatigheid en kwaliteit. De zorg mag niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.
- 5.2. In 2012 heeft bij verzoekster een decompressie op niveau T11/T12 met dorsale spondylodese plaatsgevonden. Het verzoek tot vergoeding van de kosten van de ingreep in 2013 op hetzelfde niveau is daarom afgewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft tot de afwijzing besloten op basis van het operatieverslag van dr. Abbink van 12 juni 2012.
Naar aanleiding van de klacht van verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar haar aangeraden een second opinion te laten uitvoeren bij een door de ziektekostenverzekeraar aangewezen medisch specialist. Op 7 juli 2015 ontving de ziektekostenverzekeraar de uitslag van dit expertiseonderzoek. De reden voor het onderzoek was vast te stellen of voor de ingreep op 16

oktober 2013 een operatie-indicatie bestond en of deze doelmatig is geweest. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het expertiseonderzoek bestudeerd en geconcludeerd dat voor de op 16 oktober 2013 uitgevoerde ingreep geen indicatie aanwezig was.

- 5.3. De door de ziektekostenverzekeraar aangewezen medisch specialist heeft op 20 april 2015 ten aanzien van verzoekster verklaard: *"Betrokkene is ruim 20 jaar bekend met invaliderende pijnklachten midthoracaal met uitstraling naar de rechterflank. Herhaaldelijk is zij teleurgesteld in behandel mogelijkheden. Zij heeft beoordeling gevraagd bij diverse specialisten in binnen- en later ook buitenland waarbij een aantal trajecten parallel gelopen hebben. Tussen begin jaren '90 en tot op heden zijn minstens 7 decompressieve ingrepen verricht tussen het traject T10 en L5 waarvan een 3-tal met stabiliserende instrumentatie. Daarnaast zijn een 2-tal neurostimulatoren ingebracht. De laatste ingreep dateert van 2013 door dr. Abbink, orthopedisch chirurg in Duitsland. De meerderheid van de operatieve interventies zijn ook door hem verricht. Na een decompressie en stabilisatie T11-T12 in 2012 is door hem in 2013 een aanvullende decompressie met stabilisatie T10-T11 verricht. Bij beoordeling van het röntgendossier ontstaat het vermoeden dat er geopereerd is over het traject T9-T11 en niet over de niveaus conform de verslaglegging. Na bestudering van ook het nagezonden röntgen dossier (met o.a. MRI scans 2011) kan geconcludeerd worden dat er geen duidelijk classificerende diagnose gesteld kan worden op basis waarvan de verrichtte decompressieve en stabiliserende ingrepen kunnen worden onderbouwd. Betrokkene ervaart met name de laatste ingreep als relatief succesvol en heeft minder lokale rugpijn en uitstraling in de flank. (...) De klachten van betrokkene met pijn midthoracaal en pseudoradiculaire uitstraling in de flank vormen in zijn algemeenheid vrijwel nooit een indicatie voor chirurgische interventie. Veelal volstaat een expectatief beleid eventueel in combinatie met een behandeltraject op een pijnpoli. In uitzonderlijke gevallen kan er sprake zijn van een thoracale hernia waarvoor chirurgische interventie op zijn plaats kan zijn. De operatieve behandeling van echte thoracale hernia's is complex, risicovol en vindt doorgaans alleen plaats in daartoe gespecialiseerde centra. Van een dergelijk beeld is in het voorliggende geval absoluut geen sprake. Er is sprake van een kleine discus protrusie op het niveau Th6-Th7 welke naar alle waarschijnlijkheid asymptomatisch is. Een decompressie met stabilisatie laag thoracaal zal in ieder geval nooit verlichting kunnen geven van een symptomatische hernia hogerop. Het specifieke klachten patroon bij betrokkene staat niet in verhouding tot het grote aantal decompressieve en stabiliserende ingrepen welke hebben plaats gevonden. (...)".*
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het met name gaat om de voorwaarden van 2013, in het bijzonder art. 2 lid 3, waarin is bepaald dat een behandeling moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ook wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde zorg is van belang. Omdat er geen operatie-indicatie bestaat voor de ingreep in 2013, is aan dit criterium niet voldaan.
- In zijn algemeenheid moet een operatie-indicatie worden bevestigd door beeldvorming. Er moet eerst worden onderzocht wat er geopereerd gaat worden. Er is in de situatie van verzoekster geen pre-operatieve MRI beschikbaar waaruit een indicatie blijkt. Verder is er materiaal gebruikt dat niet voor dit deel van de rug bestemd is, maar voor een lager deel. Instabiliteit in de rug kan op twee plaatsen plaatsvinden, maar op de plek waar verzoekster dit heeft, is dit zeer zeldzaam. Dit deel van de rug is weinig beweeglijk. De ziektekostenverzekeraar twijfelt niet aan de klachten die verzoekster heeft, en als een patiënt maar lang genoeg zoekt, is iemand altijd wel bereid te opereren. Als iemand met deze klachten loopt, is het verstandig niet te opereren omdat het niet meer beter wordt, hierover is de beroepsgroep het eens. Als dit al gebeurt, moet dit in een multidisciplinaire setting in een groot centrum dat is gespecialiseerd in het "failed back surgery syndrome". De ziektekostenverzekeraar sluit zich aan bij het advies van het Zorginstituut.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van 'Deel A' van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie 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 ziektekostenverzekerder 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 26 van 'Deel B' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 5 van 'Deel B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Een medisch-specialist verleent de zorg. Voor vergoeding is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, bedrijfsarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts, jeugdgezondheidszorgarts of consultatiebureau-arts, behalve bij onvoorziene behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan een verloskundige ook verwijzen. (...)"

- 8.4. Artikel 25 van 'Deel B' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de hiervoor genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.

Niet alle zorg in het buitenland voldoet aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1) van de Basisverzekering. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of kunt u de toelichting De grens van zorg in het buitenland raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

lid 2 Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of een verdragsland heeft u naar keuze:

- 1. aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag, of*
- 2. aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.*

Dit geldt ook als u in een ander EU/EER-land of een verdragsland woont en tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of een verdragsland. (...)"

8.5. Artikel 2 lid 3 van 'Deel A' van de zorgverzekering luidt:

"De aanspraak op vergoeding van kosten op de Basisverzekering wordt naar inhoud en omvang ook bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze maatstaf er niet is, wordt dit bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Er bestaat alleen recht op vergoeding als u redelijkerwijs bent aangewezen op de betreffende zorg. Dit wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit. De zorg mag niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn."

8.6. De artikelen 5 en 25 van 'Deel B' van de zorgverzekering en artikel 2 lid 3 van 'Deel A' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van 'Deel A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van 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.

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 17 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*"lid 2 Voorziene behandelingen
ONVZ vergoedt de kosten:*

- van medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 5 van deel B van de Basisverzekering, als de zorg is verleend in een door ONVZ erkend ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit. Het overzicht van door ONVZ erkende ziekenhuizen kan tussentijds wijzigen. Het meest actuele overzicht kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden; (...)*
- die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag. (...)"*

8.10. 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. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 
- 9.2. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening is dat een (verzekerings)indicatie ontbreekt, zodat noch op grond van de verordening, noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat. Met betrekking tot de (verzekerings)indicatie geldt het volgende.
- 
- 9.3. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 6 oktober 2016 bestaat een indicatie voor een spondylodese bij een instabiliteit van de wervelkolom, of indien instabiliteit dreigt als gevolg van decompressie. Uit het dossier blijkt volgens het Zorginstituut niet dat vóór de operatie instabiliteit van de wervelkolom bestond dan wel dreigde als gevolg van decompressie. Daarom is niet komen vast te staan dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de operatie. Dit advies heeft het Zorginstituut bij brief van 15 februari 2017 gehandhaafd. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.
- 
- 9.4. Hieruit volgt dat de toestemming op grond van Vo. nr. 883/2004 terecht is geweigerd en tevens dat op basis van de zorgverzekering geen aanspraak op vergoeding kan worden gemaakt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.5. De ingreep die verzoekster heeft ondergaan, is niet uitgevoerd in een door de ziektekostenverzekeraar aangewezen ziekenhuis als bedoeld in artikel 17 van de aanvullende ziektekostenverzekering. In andere gevallen biedt de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking voor de kosten van medisch-specialistische zorg. Het verzoek kan dan ook niet op basis van die verzekering worden toegewezen.

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, 22 februari 2017,

J.A.M. Strens-Meulemeester