

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, spondylodese bij scoliose
Zaaknummer : 2010.02119
Zittingsdatum : 20 april 2011

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

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

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D en

2) E te F

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 basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Uitgebreid en [naam ziektekostenverzekeraar] Tandengaaf 500 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een spondylodese op vijf niveaus, uit te voeren te Lyon (Frankrijk) (hierna: de aanspraak), hetgeen bij brief van 17 februari 2010 is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 31 maart 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 14 december 2010 medegedeeld geen mogelijkheid te zien tot bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 25 december 2010 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 ad € 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 februari 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 februari 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 22 februari 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 18 februari 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 18 maart 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011021152) 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 een (multilevel) spondylodese. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 april 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 5 mei 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 10 mei 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 verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat zij kampt met scoliose en, sinds haar vijftiende, met steeds terugkerende hernia's. In Nederland vindt men een operatie te riskant. In Frankrijk kan men haar helpen met een spondylodese op vijf niveaus, uit te voeren in twee delen. De ziektekostenverzekeraar weigert echter vergoeding. Een herniaoperatie, zoals voorgesteld door de ziektekostenverzekeraar, vormt geen mogelijkheid.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de artsen in Frankrijk de operatie aangewezen achten. Verzoekster kampt met ernstige klachten, en de artsen in Nederland kunnen niets voor haar betekenen.
- 4.3. Verzoekster 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 de door verzoekster gewenste ingreep niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, en om die reden geen verzekerde prestatie vormt.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat onduidelijk is of verzoekster op de ingreep is aangewezen, gezien de vele haken en ogen die

eraan zitten. Er bestaan veel contra-indicaties.

- 5.3. 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. 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.

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:

“Wij vergoeden een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen. Onder de vergoeding vallen de medisch-specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging. Ook vergoeden wij tijdens de periode van opname de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen. (...)”

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 vergoeding van verzekerde zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland. (...)”

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

“De inhoud en omvang van deze zorg wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. U hebt recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.”

- 8.3. 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).
- 8.4. 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.
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgverlener die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Een spondylodese vormt zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk. Gelet op het CVZ-advies van 18 maart 2011 heeft verzoekster voor deze zorg echter geen indicatie. Het CVZ verwijst in het advies onder andere naar de Europese richtlijn voor behandeling van chronische aspecifieke lage rugpijn, waarin wordt gesteld dat chirurgisch ingrijpen niet wordt aangeraden, tenzij intensieve gecombineerde programma's van cognitieve interventie en oefeningen niet beschikbaar zijn. Dat hiervan in de situatie van verzoekster sprake is, is gesteld noch gebleken. Verder wordt door het CVZ verwezen naar de Amerikaanse richtlijn, volgens welke een indicatie voor een spondylodese aanwezig is indien instabiliteit van de wervelkolom bestaat of instabiliteit dreigt als gevolg van decompressie. Ook dit is bij verzoekster niet aan de orde. In beide richtlijnen wordt er overigens van uitgegaan dat een ingreep op twee niveaus het maximum is. Het CVZ concludeert dat in de situatie van verzoekster een indicatie ontbreekt. De commissie volgt het advies van het CVZ en maakt de conclusie daarvan tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt slechts dekking voor spoedeisende zorg in het buitenland. Aangezien de operatie van verzoekster geplande zorg betreft, heeft zij geen aanspraak op vergoeding vanuit deze verzekering.

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, 25 mei 2011,

Voorzitter