

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, revisie spondylodese, indicatie
Zaaknummer : 2012.02971
Zittingsdatum : 12 juni 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster 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 waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus en Tandarts afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. 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 de revisie van een spondylodese, uitgevoerd te Brasschaat (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 11 oktober 2012 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 20 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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, door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) ontvangen op 25 februari 2013, heeft verzoekster 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 16 april 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 april 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 mei 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 mei 2013 per e-mail medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 23 april 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 22 mei 2013 (zaaknummer 201305522) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten omdat in de twee in het dossier aanwezige radiologische verslagen van 16 mei 2012 twee verschillende conclusies staan vermeld. Een afschrift van het CVZ-advies is op 23 mei 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 30 mei 2013 op voornoemd advies gereageerd. Het nader onderzoek, zoals door het CVZ geadviseerd, is in feite al verricht. De door de behandelend arts genoemde radiologische bevindingen voldoen niet aan de definitie van pseudoarthrose. Er is geen sprake van een risico op neurologische schade. Derhalve bestaat geen operatie-indicatie en is de ingreep ondoelmatig.
- 3.10. Een afschrift hiervan is op 31 mei 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 juni 2013 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 13 juni 2013 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 3 juli 2013 aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. De medisch adviseur van het CVZ heeft geoordeeld dat uit de nadere reactie van de ziektekostenverzekeraar is op te maken dat zorgvuldig is beoordeeld of sprake was van een indicatie voor de uitgevoerde revisie spondylodese. Op basis van het dossier is niet aannemelijk dat sprake was van een indicatie voor de uitgevoerde operatie. Met name waren er geen aanwijzingen voor een risico op beschadiging van ruggenmerg en/of uittredende zenuwen. Daarom bestaat ten laste van de zorgverzekering geen aanspraak op de onderhavige operatie. Een afschrift van dit definitieve advies is op 4 juli 2013 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren, maar hebben geen gebruik gemaakt van de geboden mogelijkheid.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend neurochirurg heeft met betrekking tot verzoekster het volgende verklaard: *“Betreffende de voorgeschiedenis werd een spondylodese lumbaal uitgevoerd waar een pseudoartrose middels revisie werd gecorrigeerd. Hierna bleek een gunstig resultaat doch na val van trap recidiveerde een belangrijke lage rugpijn waarbij op CT-scan wederom een breuklijn anterieur thv de PLIF wordt gezien. Hiervoor wordt een tweede revisie uitgevoerd. De operatie vindt plaats op 31/5/2012. Hierbij wordt via herincisie in het eerdere litteken de instrumentatie vrijgemaakt. Er volgt deconnecteren van de staafverbindingen, controle van de pedikelschroeven welke goed gefixeerd zijn. Er wordt opnieuw bot geoogst van de processus spinosi en dit wordt als autoloog transplantaat over de facetgewrichten gepositioneerd. Hierna volgt terugplaatsen van de pedikelschroeven en herstel van de staafverbindingen. Er wordt compressie gegeven welke wederom op enkele mm mogelijk is wat weer de pseudoartrose bewijst en op deze manier wordt weer een goede stabiele constructie verkregen. De ingreep is overigens ongecompliceerd.”*
- 4.2. Verzoekster is driemaal eerder aan haar rug geopereerd. Op 15 maart 2012 is zij van de trap gevallen, waarbij zij op haar rug is terecht gekomen. Zij is opgenomen in een ziekenhuis in Rotterdam, waar een foto is gemaakt. Men kon hierop echter geen afwijking zien. Verzoekster werd behandeld met pijnstillers en TENS. Zij heeft een aantal keer gevraagd of men een scan kon maken, omdat zij voelde dat het niet goed zat. Hierop werd geantwoord dat dit niet nodig was. Indien het ziekenhuis wel iets zou vinden, mocht men niets doen. Verzoekster heeft gebeld met haar huisarts, die mededeelde dat op een foto die meteen na de val is gemaakt, niets te zien zal zijn. Hij verwees verzoekster door naar België, waar zij al eerder was geopereerd.
- 4.3. In België is op 16 mei 2012 een scan gemaakt. De neurochirurg zag hierop een fractuurlijn, hetgeen de enorme pijn verklaarde. De arts deelde verzoekster mede dat zij zo snel mogelijk moest worden geholpen. Zij is op 31 mei 2012 geopereerd. De operatie is goed verlopen, en verzoekster hoeft nu geen pijnstillers of TENS te gebruiken.
- 4.4. Verzoekster merkt verder op dat de radioloog die de scan eerst heeft bekeken, de fractuurlijn niet had gezien. In samenspraak met de behandelend arts is nogmaals naar de scan gekeken. Daarom is de verklaring aangepast. De breuk was echt aanwezig. Verzoekster laat zich niet zomaar aan haar rug opereren.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de Belgische arts had gezien dat er na zes weken rust nog geen bot was aangemaakt, daarom is bij de ingreep ook botcement aangebracht. Verzoekster benadrukt dat in eerste instantie de breuklijn niet is gezien, maar dat de behandelend arts – gezien de pijn die verzoekster leed – de scan nogmaals goed heeft nagekeken en toen de breuklijn heeft geconstateerd.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Rugklachten na een val kunnen worden veroorzaakt door contusie, waarbij analgetica voorgeschreven worden. Ook kan sprake zijn van een fractuur in een wervel. Indien deze is gedislodgeerd en er geen risico is op additionele verplaatsing van fractuurdelen met mogelijk risico voor ruggenmerg en/of uittredende zenuwwortels, past conservatieve behandeling, bestaande uit rust en analgetica.

- 5.2. Bij verzoekster blijkt noch uit het verslag van het Rotterdamse ziekenhuis noch uit de CT-scan van 16 mei 2012 dat sprake is van een risico op letsel van het ruggenmerg en/of uittredende zenuwen. Dit temeer door het vanuit eerdere ingrepen aanwezige fixatiemateriaal, dat de wervelkolom stabiliseert.
- 5.3. De radioloog beschrijft in het oorspronkelijke verslag dat een goede positie en consolidatie zijn opgetreden en dat het beeld onveranderd is ten opzichte van eerdere opnamen. Pas na revisie op verzoek van de behandelend neurochirurg, en na afwijzing van de betaling door de ziektekostenverzekeraar, vermeldt de radioloog een fractuurlijn, evenwel zonder een dislocatie. Opvallend is dat dit geen rectificatie is. De oorspronkelijke beoordeling is in het dossier vervangen door deze verklaring.
- 5.4. De neurochirurg is van oordeel dat sprake is van pseudo-artrose. De korte periode tussen de val en het ontbreken van hierbij passende radiologische bevindingen weerleggen dit echter. Daarmee is evenmin een indicatie voor een spondylodese op basis van aanwezige pseudo-artrose aanwezig.
- 5.5. Tot slot merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het herstel na een dergelijke ingreep ten minste drie maanden beslaat, waarbij in de eerste postoperatieve fase een gelijkwaardige mate van pijn ervaren kan worden als bij conservatieve behandeling, zoals in Nederland toegepast.
- 5.6. Naar aanleiding van het CVZ-advies heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 30 mei 2013 aan de commissie medegedeeld dat het nader onderzoek in feite al is verricht. De door de behandelend arts genoemde radiologische bevindingen voldoen niet aan de definitie van pseudoarthrose. Er is geen sprake van een risico op neurologische schade. Derhalve bestaat geen operatie-indicatie en is de ingreep ondoelmatig.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat op het moment van de ingreep geen sprake was van een operatie-indicatie, omdat er geen risico was op neurologische schade.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.21. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering 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 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 zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Deze zorg omvat:

- a. medisch specialistische behandeling;*
- b. opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 365 dagen (na 365 dagen komen kosten voor rekening van de AWBZ);*
- c. verblijf, verpleging en verzorging;*
- d. paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;*
- e. laboratoriumonderzoek. (...)"*

8.4. Artikel B.2. van 'Hoofdstuk B' 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 zorgverlener buiten Nederland."

8.5. Artikel A.3. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

(...)

d. u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn. (...)"

8.6. De artikelen A.3. van 'Hoofdstuk A' en B.2. en B.4.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk 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 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. 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 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 lidstaat gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Er is derhalve sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Verzoekster heeft niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan artikel B.4.2. van ‘Hoofdstuk B’ van de zorgverzekering.
- 9.3. Niet in geschil is dat een revisie van een spondylodese een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of verzoekster hiervoor ten tijde van de ingreep een indicatie had.
- 9.4. Zoals onder andere volgt uit een eerder bindend advies van de commissie van 7 december 2011 (GcZ 7 december 2011, 2011.01293) kan een indicatie voor een spondylodese bestaan als sprake is van instabiliteit van de wervels of beschadiging of bedreiging van zenuw-structuren. Een revisie van een spondylodese heeft hetzelfde

de doel als de oorspronkelijke spondylodese – namelijk het vastzetten van de rugwervels – zodat kan worden uitgegaan van dezelfde indicatiecriteria.

- 9.5. De ziektekostenverzekeraar en de behandelend neurochirurg hebben een andere mening aangaande de indicatie van verzoekster voor een revisie van de spondylodese. Uit de stukken blijkt dat de behandelend arts in eerste instantie met de radioloog van mening verschilde over het al dan niet aanwezig zijn van een breuklijn. De verklaring van de radioloog is naderhand op dit punt aangepast. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij zijn vraagtekens geplaatst, en deelt mede dat de enkele aanwezigheid van een breuklijn geen indicatie vormt voor een revisie; conservatieve behandeling is dan aangewezen.
- 9.6. Zoals onder 9.4 is overwogen, is een indicatie voor een spondylodese – en de revisie daarvan – aanwezig als sprake is van instabiliteit van de wervels of beschadiging of bedreiging van zenuwstructuren. Hiervan is bij verzoekster niet gebleken. De commissie is daarom van oordeel dat niet aannemelijk is geworden dat verzoekster een indicatie had voor de ingreep, zodat het verzoek op die grond dient te worden afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden ingewilligd.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 juli 2013,

Voorzitter