

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, spondylodese, indicatie, second
opinion
Zaaknummer : 2011.01091
Zittingsdatum : 8 februari 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) E beiden te D

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 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 Uitgebreide tandarts 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 vergoeding van de kosten van een spondylodese, uitgevoerd te Brasschaat (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 februari 2011 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 21 april 2011 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 brief van 2 november 2011 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 december 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 december 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 28 december 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 januari 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 15 december 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 4 januari 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2011134658) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de aanwezige verslagen van het neurologische, orthopedische of beeldvormende onderzoek niet wijzen op de aanwezigheid van een wortelcompressie en/of instabiliteit. Daarom was in de individuele situatie van verzoekster een spondylodese niet aangewezen. 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 8 februari 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 9 februari 2012 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 14 februari 2012 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. De huisarts heeft verzoekster doorverwezen naar de arts in Brasschaat in verband met "een reeds jarenlang bestaande lage rugpijn met uitstraling naar het linker been. Ze is bekend met een ernstig discopathiebeeld L4/5".
- 4.2. Verzoekster is op eigen initiatief naar Brasschaat gegaan voor een second opinion. De arts aldaar stelde een operatie voor. Verzoekster is sinds enkele jaren bekend met ernstige rugpijn, waarvoor zij pijnmedicatie kreeg voorgeschreven. Na de ingreep zijn de klachten verminderd en is pijnmedicatie niet langer nodig. Verzoekster is daarom van mening dat de operatie geïndiceerd was.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij recht heeft op een second opinion. Deze arts zeg wél een behandelmogelijkheid. Verzoekster benadrukt dat ieder mens anders is en dat de ingreep succesvol is geweest. Zij is nu immers pijnvrij. Op grond van een Europees verdrag bestaat recht op vergoeding indien de zorg in een andere EU-lidstaat wordt genoten. De opmerking in de brief van de arts uit Vlissingen is niet correct; zij zat op dat moment onder de pijnstillers, zodat deze

arts zich geen goed beeld kon vormen.

4.4. 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 bij verzoekster sprake is van niet-specifieke lage rugpijn, waarbij geen directe medische indicatie voor een spondylodese aanwezig is. Een indicatie kan bijvoorbeeld bestaan in geval van wortelcompressie of een instabiliteit van de wervelkolom. Verder zijn nog niet alle conservatieve behandelingen geprobeerd, en zijn de pijnklachten onder controle met de voorgeschreven pijnmedicatie. Bij verzoekster lijkt geen aandacht te zijn besteed aan mogelijke psychosociale aspecten die samenhangen met de pijnklachten. Verzoekster was redelijkerwijs niet aangewezen op de ingreep.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het CVZ-advies zijn standpunt onderschrijft. Dit standpunt is gebaseerd op internationale richtlijnen. Het succes van een individuele situatie is niet bepalend voor het recht op vergoeding. De aanvraag moet immers vooraf worden beoordeeld.

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 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 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.1.1. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg met opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"B.4.1.1. Omschrijving van de zorg

Deze zorg omvat:

- a. behandeling zoals medisch specialisten die plegen te bieden;
- b. opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (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 of voedingsvoorlichting met medische noodzaak), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen. (...)"

- 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:

- 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 de volgende artikelen van dit hoofdstuk per zorgsoort lezen wat wij dan vergoeden. (...)"

- 8.5. Artikel A.3.2. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"(...) Verzekerd is die zorg die onder de dekking van uw verzekering valt en waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen."

- 8.6. De artikelen B.2. en B.4.1.1. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering en A.3.2. van 'Hoofdstuk A' 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. 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 verzoekster geen voorafgaande toestemming is gevraagd, blijft toetsing aan 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 een verzekerde prestatie

vormt onder de zorgverzekering. De vraag is of verzoekster hiervoor ten tijde van de ingreep een indicatie had.

- 9.2. Uit een Europese richtlijn voor behandeling van chronische aspecifieke lage rugpijn volgt dat chirurgisch ingrijpen niet wordt aangeraden, tenzij intensieve gecombineerde programma's van cognitieve interventie en oefeningen niet beschikbaar zijn. Uit een Amerikaanse richtlijn op dit gebied volgt dat een indicatie voor een spondylodese aanwezig is indien instabiliteit van de wervelkolom bestaat of als instabiliteit dreigt als gevolg van decompressie.
- 9.3. De behandelend neuroloog in Nederland heeft verklaard dat de klachten van verzoekster door de pijnmedicatie zijn verminderd. Bij verzoekster is geen sprake van een HNP of een wortelcompressie. Bij verzoekster is voorts niet gebleken van geobserveerde instabiliteit van de wervelkolom pre-operatief zodat een spondylodese naar het oordeel van de commissie niet was geïndiceerd. Dat de verwijdering van de discus volgens de Belgische arts tot instabiliteit heeft geleid, maakt het voorgaande niet anders. De Belgische arts heeft niet toegelicht waarom hij bij verzoekster wél een indicatie aanwezig achtte voor een spondylodese. Gelet op het – afwijkende – standpunt van de behandelend arts in Nederland had het geven van een nadere toelichting op zijn weg gelegen.
- 9.4. De zorgverzekering biedt dekking voor een second opinion. Een vereiste hiervoor is dat met het resultaat van de second opinion wordt teruggegaan naar de behandelend arts, tenzij dit niet kan worden gevergd. In het onderhavige geval is dit niet aannemelijk gemaakt. Verzoekster is direct geopereerd in Brasschaat. Zij is met de onderzoeksresultaten van de Belgische arts niet teruggegaan naar haar arts in Nederland. Ook is niet gebleken dat de behandelend arts in Nederland de behandeling heeft overgedragen aan de arts in Brasschaat. Onder de gegeven omstandigheden kan niet worden gesproken van een second opinion zodat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de onderhavige kosten van een second opinion, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een spondylodese, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan 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, 21 maart 2012,

Voorzitter