



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Singapore, geneeskundige zorg, rugoperatie, indicatie
Zaaknummer : 201302371
Zittingsdatum : 4 juni 2014

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 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, 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 verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgkeuzepolis (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 Jongeren 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een HNP-operatie op niveau L4/L5, uitgevoerd te Singapore (hierna: de aanspraak). Bij brief van 28 mei 2013 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 5 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 15 oktober 2013 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij klachtenformulier van 13 januari 2014 en e-mailbericht van 14 januari 2014 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 van € 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 stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 maart 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 maart 2014 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 maart 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 mei 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 13 maart 2014 heeft de commissie Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 10 april 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014031920) 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 van een indicatie voor een spoedingreep in verband met een lumbale HNP. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 juni 2014 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 5 juni 2014 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 12 juni 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen 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 verzoeker
 - 4.1. De behandelend arts heeft ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: *“The above mentioned was admitted to Mount Elizabeth Hospital on 12th November 2012. He has severe pain in his back and was unable to stand. There was pain radiating down to the right leg. The pain started a few days ago and was progressively getting worse. He was admitted through the A&E Department. On examination, there was marked spasm in his back. Straight leg raising was 70 degree on the right and 10 degree on the left. There was no significant weakness or numbness in the lower limb. There was no disturbance of bladder and bowel function. He did not have any preceding injury. MRI scan of the lumbar spine was done which showed a large left L4/5 disc prolapse causing severe stenosis. There was also associated degenerative disc in L3/4 and L5/S1. He underwent L4/5 microdiscectomy on 13th November 2012. On review in our clinic on 17th and 21st November 2012, he was relatively pain free and the wound had healed well. He did not return for any subsequent review”.*
 - 4.2. Verzoeker is eind oktober 2012 voor zijn werk naar Singapore gegaan. Aldaar kreeg hij last van zijn rug. Verzoeker heeft hiermee vaker te maken gehad, en heeft het verloop een paar dagen afgewacht. Op zaterdag 10 november 2012 stapte hij 's morgens uit bed en ging er een pijscheut door zijn rug. Hij kon daarna niet meer op zijn linkerbeen staan. Dezelfde dag heeft een arts verzoeker bezocht, en hem een pijnstillende injectie en pijnstillers gegeven. De volgende dag heeft de arts deze behandeling herhaald. Indien de pijn niet minder zou worden, moest verzoeker naar het ziekenhuis worden overgebracht. Zulks geschiedde. In het ziekenhuis werd een MRI-scan gemaakt, waarop was te zien dat een wervel was verschoven. Deze wervel drukte tegen een zenuw aan, hetgeen de pijn veroorzaakte. Dit probleem kon alleen operatief verholpen worden. Op dinsdag 13 november 2012 is verzoeker geopereerd. Al kort na de ingreep waren de pijnklachten behoorlijk minder. Momenteel heeft verzoeker geen klachten meer.
 - 4.3. Verzoeker heeft de rechtswinkel bezocht, alwaar hem is aangeraden het geschil voor te leggen aan de commissie. Volgens een medewerker van de rechtswinkel zou de ziektekostenverzekeraar een vergoeding dienen te verlenen en stelt deze zich ten onrechte op het standpunt dat de Nederlandse richtlijn de internationale stand van de wetenschap en praktijk weergeeft.
 - 4.4. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald.
 - 4.5. 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 mag zorg alleen vergoeden als iemand daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Er moet een indicatie aanwezig zijn, er moet sprake zijn van doelmatige zorg en het mag niet gaan om onnodig dure zorg.
- 5.2. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het dossier van verzoeker beoordeeld. Verzoeker is na enkele dagen acute pijnklachten in rug en been geopereerd aan een HNP. Uit de richtlijn 'Lumbosacraal Syndroom CBO 2008; Nederlandse vereniging voor neurologie' blijkt dat er alleen een acute operatie-indicatie bestaat bij incontinentie of ernstige parese. Daarnaast bestaat een relatieve operatie-indicatie bij ernstige langdurige onhoudbare pijn. Volgens de richtlijn dient gedurende minimaal acht tot twaalf weken een afwachtend beleid met adequate pijnstilling te worden gevoerd indien bovenstaande symptomen ontbreken.
- 5.3. Bij verzoeker was geen sprake van ernstige parese of mictieproblematiek. Daarnaast was er op de MRI geen wortelcompressie te zien die is aangetoond in het radiologisch verslag. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat niet is gebleken van een medische noodzaak voor de operatie. Deze kan daarom niet worden aangemerkt als doelmatig.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.
- 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 A.21. van 'Hoofdstuk 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 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 '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 met opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"B.4.2.1. Omschrijving van de zorg

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:

"B.2.1. Wonen in Nederland en zorg in buitenland

Als u in Nederland woont, hebt u recht op (vergoeding van) verzekerde zorg door een zorgverlener buiten Nederland. (...)"

- 8.5. Artikel A.3.2. 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.3.2. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering 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 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 Bzv lid 3 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Nederland heeft met Singapore geen verdrag op het gebied van de sociale zekerheid gesloten, zodat dient te worden getoetst aan de zorgverzekering.
- 9.2. Vast staat dat de door verzoeker ondergane ingreep een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of hij hiervoor ten tijde van de ingreep een indicatie had.
- 9.3. Het Zorginstituut heeft op 11 april 2014 geadviseerd tot afwijzing van het verzoek, omdat op basis van de gegevens in het dossier niet is gebleken dat een indicatie bestond voor een spoedingreep voor de lumbale HNP. Volgens het Zorginstituut heeft de ziektekostenverzekeraar de beoordeling op de juiste gronden uitgevoerd. De commissie neemt de conclusie van het Zorginstituut over en volgt het advies.

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, 18 juni 2014,

Voorzitter