

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B vertegenwoordigd door G te H tegen C te D en E te F  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, operatie in verband met een  
discopathie op niveau L5-S1 met ALIF-procedure  
Zaaknummer : 2011.01293  
Zittingsdatum : 7 december 2011

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

(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, vertegenwoordigd door G te H

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 was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Uitgebreid Vitaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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 operatie aan de rug op niveau L5-S1 volgens de ALIF-procedure, uitgevoerd te Sint-Niklaas (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 juli 2010 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 7 oktober 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 25 mei 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).
- 3.4. 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 stukken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 augustus 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 augustus 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 26 augustus respectievelijk 8 september 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 19 augustus 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 14 september 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011087465) 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 niet redelijkerwijs was aangewezen op een spondylodese.
- 3.8. Op 28 september 2011 heeft de commissie bindend advies uitgebracht in deze kwestie. Bij brief van 11 oktober 2011 heeft verzoekster de commissie medegedeeld geen afschrift van het CVZ-advies te hebben ontvangen. Het advies is daarop aan beide partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 8 november 2011 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift daarvan is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 30 november 2011 op het CVZ-advies en de reactie van verzoekster gereageerd. Een afschrift van dit schrijven is ter kennisname aan verzoekster gezonden.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat zij sinds 1994 hevige pijn in haar rug heeft ten gevolge van een ernstige degeneratie van de wervelkolom. In Nederland heeft zij hiervoor pijnmedicatie voorgeschreven gekregen, heeft zij chiropractiebehandelingen ondergaan, en zijn diverse onderzoeken uitgevoerd. Ook heeft verzoekster epidurale injecties gekregen. Omdat een en ander geen verbetering bracht, is verzoekster op aanraden van haar huisarts voor een second opinion naar de arts in België gegaan. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor toestemming verleend. In maart 2010 is een cervicale artrodesse uitgevoerd, waarbij verzoekster veel baat heeft gehad. Ook voor deze operatie is door de ziektekostenverzekeraar toestemming verleend. Na de operatie wenste de behandelend arts de onderrug nogmaals te beoordelen, waarop een MRI is uitgevoerd. De behandelend arts stelde een operatie aan de onderrug voor, teneinde ook daar de klachten weg te nemen dan wel te verminderen.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft toestemming voor de laatste ingreep geweigerd, op de grond dat verzoekster hiervoor geen indicatie heeft. De behandelend arts acht wel een indicatie aanwezig. Hij heeft verklaard dat de invaliderende rugpijn met score 8 op de VAS, de chronische lumbo-ischialgie rechts ten gevolge van een discushernia en een verminderde wandelafstand tot één kwartier ten gevolge van een spinaalkaanaalstenose op hetzelfde niveau, een neurochirurgische ingreep wettigen. De operatie is inmiddels uitgevoerd.
- 4.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou geen multidisciplinair traject zijn gevolgd. Dit vereiste is echter niet eerder door de ziektekostenverzekeraar genoemd, en blijkt ook niet uit de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 4.4. In haar brief van 8 november 2011 heeft verzoekster nog opgemerkt dat het CVZ in zijn advies ten onrechte tot de conclusie is gekomen dat geen indicatie zou bestaan voor de behandeling. Bovendien is dit oordeel niet deugdelijk gemotiveerd.
- 4.5. 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 verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de bij haar uitgevoerde ingreep, omdat zij hiervoor geen indicatie had. In april 2009 is door een arts in een ziekenhuis in Nederland vastgesteld dat geen duidelijk lumbo-radiculair syndroom aanwezig was. In juni 2009 heeft de zelfde arts geconcludeerd dat uit de MRI niet blijkt dat er een wortel- of duracompressie (neurocompressie) aanwezig is. Men zag onvoldoende redenen voor een oorzaak van de klachten van verzoekster. Daarop zijn proefblokkades, pijnmedicatie en een proefbehandeling met TENS voorgesteld. De proefblokkades zijn niet succesvol gebleken. Een nieuwe MRI van het MRI Centrum van mei 2010 leidde niet tot de conclusie dat er een compressie van de durale zak of uittredende wortels aanwezig is.
  - 5.2. De behandelend arts is met een voorstel gekomen om een lumbale artrodese bij verzoekster uit te voeren. In zijn brief van 28 juli 2010 merkt hij op dat de bevindingen op basis van de MRI duiden op een degeneratieve discopathie op niveau L5-S1 met een mediale hernia op het zelfde niveau. Dit zou tot een radiculare compressie leiden. Tevens wordt een spinaalkanaalstenose aangemerkt als reden voor de ingreep. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is tot de conclusie gekomen dat een discrepantie bestaat tussen de uitslagen van de gemaakte MRI in Nederland en de bevindingen van de behandelend arts in België. Waar in Nederland geen neurocompressie van de hernia wordt gezien en geen indicatie bestaat voor ingrijpen ziet de behandelend arts in België wel een neurocompressie en zelfs een indicatie voor een lumbale artrodese. De behandelend arts in België heeft zijn afwijkende oordeel echter niet nader onderbouwd.
  - 5.3. Pijnklachten op zich vormen geen indicatie voor de door verzoekster gewenste operatie. Dit is mogelijk anders indien de ernstige pijnklachten blijven aanhouden na een gevolgd multidisciplinair conservatief traject van langer dan een jaar. In dat geval zijn afzonderlijke fysiotherapie en pijnbestrijding in beginsel onvoldoende.
  - 5.4. 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 ziektekostenverze-

kering.

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 zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

**“20.2.1. Kosten van zorg die wij vergoeden**

*Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname.*

*Wij vergoeden de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.(...)”*

**20.2.2. Voorwaarden**

**Algemeen**

*Het gaat om zorg die medisch-specialisten plegen te bieden. (...)”*

- 8.4. Artikel 18 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

**“18.1. Wonen in Nederland en zorg in buitenland**

*Als u in Nederland woont, hebt u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland. (...)”*

- 8.5. Artikel 2.5 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

**“2.5. Inhoud en omvang van zorg**

*In deze voorwaarden hebben wij omschreven voor welke behandelingen u recht hebt op vergoeding. (...) U hebt recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.”*

- 8.6. De artikelen 2.5, 18 en 20 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 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. 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. Niet in geschil is dat de bij verzoekster uitgevoerde operatie een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of verzoekster hiervoor ten tijde van de ingreep een indicatie had.
- 9.2. In zijn advies van 14 september 2011 overweegt het CVZ het volgende:

*“(…) Uit het dossier is af te leiden dat verzoekster enkele jaren leed aan lage rugpijn met uitstraling naar de benen. Injectietherapieën en proefblokkades hadden niet geholpen. Neurologische afwijkingen waren niet geconstateerd. Evenmin waren er klinisch of bij aanvullend beeldvormend onderzoek tekenen van spondylolisthese (wervelafschuiving) of instabiliteit. Er is geen overeenstemming tussen de verschillende betrokken specialisten in hoeverre de MRI van de onderrug klinisch relevante afwijkingen vertoonde. Verzoekster had geen revalidatietherapie in een multidisciplinaire setting gehad.*

*Een operatie met fusie (spondylodese) kan geïndiceerd zijn als er sprake is van instabiliteit tussen de wervels, of als er sprake is van beschadiging of bedreiging van zenuwstructuren. Echter, in het dossier is noch het één noch het ander gedocumenteerd. De aanwezige verslagen van neurologische, orthopedische of beeldvormend onderzoek wijzen daar niet op. (...)”*

- 9.3. Het CVZ komt – gelet op het voorgaande – tot de conclusie dat verzoekster redelijkerwijs niet was aangewezen op een spondylodese. De commissie kan zich vinden in de overwegingen van het CVZ. Hetgeen dienaangaande door verzoekster is aangevoerd – waaronder in haar brief van 7 november 2011, waarin zij reageert op het CVZ-advies – leidt niet tot een andere uitkomst. De commissie neemt het advies van het CVZ dan ook over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.

**Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de bij verzoekster uitgevoerde operatie, 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, 7 december 2011,

Voorzitter