

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen E
en F ,beide te G
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, microneurolyse L5/S1, indicatie
Zaaknummer : 2013.00427
Zittingsdatum : 29 januari 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 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te D,

tegen

1) E te G, en

2) F te G,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag 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 Top 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 microneurolyse op niveau L5/S1, uitgevoerd te Keulen, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 november 2011 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 8 maart 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 6 augustus 2013 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 23 oktober 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 oktober 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 november 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 24 oktober 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 5 november 2013 (zaaknummer 2013130993) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen indicatie had voor chirurgisch ingrijpen, en daarmee geen indicatie voor een microneurolyse. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. De commissie heeft op 29 januari 2014 driemaal geprobeerd verzoeker telefonisch te bereiken, doch kreeg geen gehoor. Besloten is daarom alleen de ziektekostenverzekeraar telefonisch te horen.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar is na de zitting in de gelegenheid gesteld te reageren op de vlak vóór de hoorzitting door verzoeker ingediende stukken. Bij brief van 30 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn reactie gegeven. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan verzoeker gezonden.
- 3.11. Bij brief van 6 februari 2014 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag en de stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 11 februari 2014 de commissie medegedeeld dat het verslag en de stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De radioloog in Nederland heeft bij verzoeker het volgende vastgesteld: *“Op het niveau L5/S1 eveneens breed basische discus protrusie. Lichte stenosering van het kanaal. Op dit niveau met name stenose van het neurale foramen uittredende wortel L5 links en rechts door discusmateriaal en facetartrose”*.
- 4.2. De huisarts heeft verzoeker verwezen naar de neurochirurg in Keulen, met de volgende opmerking: *“Gaarne uw beoordeling + evt medebehandeling van bovengenoemde patiënt ivm uitgebreide artrotische afwijkingen LSWK/bekken. Zie MRI”*.
- 4.3. De behandelend neurochirurg heeft bij verzoeker de diagnose *“Lumboischialgie links Spinalkanalstenose”* gesteld, en de volgende operatie voorgesteld: *“3-D-Mikroneurolyse L5/1 links”*.

- 4.4. Uit de verklaring van de huisarts blijkt dat sprake was van wortelcompressie. Tevens volgt hieruit dat de ingreep medisch noodzakelijk was.
- 4.5. De conclusie van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is slechts gebaseerd op een MRI-scan. De huisarts merkt in dat kader op dat het wel vaker voorkomt dat een röntgenoloog tot een andere conclusie komt dan een neurochirurg. Men dient meer waarde te hechten aan de bevindingen van de neurochirurg, aangezien deze verzoeker heeft onderzocht, dan aan een verklaring van een medisch adviseur die haar conclusie op een MRI-scan baseert. Behalve rugklachten heeft de huisarts klachten in de benen vermeld.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar deelt mede dat op een MRI-scan afwijkingen, zoals bijvoorbeeld een uitpuilende discus of een vernauwd neuroforamen, worden gevonden. Er is pas een medische indicatie voor een discectomie (microneurolyse), indien ook compressie van een uittredende zenuwwortel door een uitpuilende discus bestaat. Van belang daarbij is dat het klinisch beeld hier ook bij past.
 - 5.2. Verzoeker had op het moment van de operatie al 26 jaar last van rugklachten. Andere klachten beschrijft hij niet. Hij merkt op dat in twee ziekenhuizen in Nederland niets kon worden gedaan. Onduidelijk is wanneer dit precies was. Hij is eerder behandeld op de pijnpolikliniek. Indien sprake is van compressie door een uittredende zenuwwortel, bestaan andere klachten dan rugklachten. Een discectomie is geen behandeling voor chronische rugklachten.
 - 5.3. Geen van beide radiologen beschrijft dat een compressie bestaat van een uittredende zenuw ter hoogte van de discusbulging of de stenose van het neuroforamen. Een spinale lipomatose is een vetophoping in het wervelkanaal. Geen van beide radiologen beschrijft dit. Een stenose van het neurale foramen is niet hetzelfde als een spinale lipomatose.
 - 5.4. 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.25. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering en 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 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 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.1. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op opname in een ziekenhuis 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:

"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 zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland. (...)"

8.5. Artikel A.3.2. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering bepaalt, 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 A.3.2. van 'Hoofdstuk A' en B.2. en B.4.1. 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, waaronder opname in een ziekenhuis, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.1 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.

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. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoeker medegedeeld dat hij van mening is dat een (verzekerings)indicatie ontbreekt, zodat noch op grond van de verordening, noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat.
- 9.2. Met betrekking tot de (verzekerings)indicatie geldt het volgende. Uit het CVZ-advies van 24 oktober 2013 blijkt dat verzoeker geen indicatie had voor microneurolyse, aangezien op de MRI-scan geen afwijkingen te zien zijn die aanleiding geven tot deze ingreep. De commissie neemt deze conclusie van het CVZ over en maakt deze tot de hare.
- 9.3. Aangezien een (verzekerings)indicatie ontbreekt, werd verzoeker de toestemming op grond van artikel 20 van Vo nr. 883/2004 terecht onthouden, en bestaat op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak op de onderhavige zorg.

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, 5 maart 2014,

Voorzitter