

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E en F, beide te G
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, minimaal invasieve posterieure
lumbale intercorporele fusie (MI-PLIF), stand wetenschap en
praktijk
Zaaknummer : 2011.01567
Zittingsdatum : 7 maart 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 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010, art. 17 Vo 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door 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 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 was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering 50+ 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 de materialen die zijn gebruikt bij een minimaal invasieve posterieure lumbale intercorporele fusie (MI-PLIF), uitgevoerd te Hasselt (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 maart 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 27 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 e-mail van 20 september 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 15 november 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 november 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 november 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 16 november 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 22 februari 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2011120021) 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 MI-PLIF niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie. Een afschrift van het CVZ-advies is op 24 februari 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 maart 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 15 maart 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. Bij brief van 28 maart 2012 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. Zij hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. De kosten van de onderhavige ingreep zijn vergoed door verzoeksters Belgische ziektekostenverzekeraar. De materialen die hiervoor zijn gebruikt vormen in België echter geen verzekerde zorg. De ziektekostenverzekeraar is gehouden deze kosten aan verzoekster te voldoen. Gelet op de vergoeding door de Belgische ziektekostenverzekeraar, is men aldaar immers van mening dat deze ingreep conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Verzoekster begrijpt niet waarom de ziektekostenverzekeraar een andere mening is toegedaan.
 - 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de behandelend chirurg op 29 februari 2012 heeft verklaard dat het eerste deel van de operatie – waarbij een tussenwervel werd gecuretteerd – volgens de standaardprocedure is verlopen. Het tweede deel heeft minimaal invasief plaatsgevonden, hetgeen aangenamer is voor de patiënt. De ingreep was noodzakelijk. Verzoekster lag op bed en kon er niet meer uitkomen.
 - 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De bij verzoekster uitgevoerde ingreep is niet conform de stand van de wetenschap en praktijk, en vormt daarmee geen verzekerde prestatie. De hierbij gebruikte materialen komen daarom evenmin voor vergoeding in aanmerking. Dat de kosten van de ingreep door de Belgische ziektekostenverzekeraar zijn vergoed, brengt hierin geen verandering.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Naar aanleiding van een verzoek hiertoe door de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar na de zitting bevestigd dat verzoekster geen zogenoemde Verdragspolis heeft, zoals uit de stukken kon worden afgeleid, maar een reguliere zorgverzekering.
- 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 de artikelen 19 tot en met 42 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 20 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op medisch-specialistische zorg zonder opname. U hebt recht op de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen. (...)”

- 8.4. Artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' 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. (...)

- 8.5. Artikel 2.5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

“In deze voorwaarden hebben wij omschreven op welke behandelingen u recht hebt. De inhoud en omvang van deze zorg wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. (...)”

- 8.6. De artikelen 2.5, 18 en 20 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de ‘algemene voorwaarden’ 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 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. 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.

- 8.9. Artikel 17 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

“Een verzekerde en zijn gezinsleden die in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat wonen, hebben in de lidstaat van hun woonplaats recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de woonplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof zij krachtens die wetgeving verzekerd waren.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Overeenkomstig het bepaalde in artikel 17 van Vo 883/2004 heeft verzoekster recht op verstrekkingen die voor rekening van de ziektekostenverzekeraar worden verleend door het bevoegde orgaan van de woonplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof zij volgens die wetgeving verzekerd was. Volgens verzoekster is hieraan door de mutualiteit uitvoering gegeven en zijn de kosten van de behandeling vergoed. De Belgische sociale ziektekostenverzekering voorziet echter niet in de vergoeding van de gebruikte materialen. Verzoekster maakt thans op grond van de Nederlandse zorgverzekering aanspraak op een aanvullende vergoeding.

- 9.2. Hoewel verzoekster als grensarbeider op grond van Vo 883/2004 zowel recht heeft op de onder 9.1 bedoelde verstrekkingen in haar werkland als in haar woonland – conform de sociale zekerheidsstelsels van die landen, te weten Nederland en België – is slechts het orgaan van haar werkland – in casu de ziektekostenverzekeraar – het bevoegde orgaan dat in de vergoeding van de kosten hiervan voorziet. Anders gezegd: verzoekster is niet tegen ziektekosten verzekerd in het woonland, maar uitsluitend in het werkland. Op grond hiervan rijst de vraag of de onderhavige behandeling van verzoekster, bij haar indicatie, voldoet aan de internationale stand van de wetenschap en praktijk. Immers, waar het gaat om medisch-specialistische zorg is dit criterium in de eerste plaats bepalend voor de beoordeling of sprake is van een verzekerde prestatie op basis van de zorgverzekering. Gelet op de adviezen van het CVZ van 22 februari respectievelijk 28 maart 2012 is een MI-PLIF zoals bij verzoekster uitgevoerd geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee, op grond van artikel 2.5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering, geen verzekerde prestatie. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige ingreep, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.4. 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 april 2012,

Voorzitter