

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E
te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, spondylodese, indicatie
Zaaknummer : 2012.00870
Zittingsdatum : 12 september 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 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 17 Vo 883/2004, art. 56 WVEU)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te D,

tegen

E te F, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgkeuzepolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een spondylodese, uitgevoerd te Gent (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 december 2011 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 februari 2012 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 15 juni 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar 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.

- 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 juli 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 juli 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 juli 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 8 augustus 2012 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 19 juli 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 7 augustus 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012088055) 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 geen indicatie had voor een spondylodese.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 8 augustus 2012 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Zij hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft sinds lange tijd last van rugklachten, waarvoor zij het conservatieve traject heeft afgelegd. Vanwege ondraaglijke pijn was een operatieve ingreep echter noodzakelijk. Volgens de behandelend arts in België worden een decompressie en stabilisatie van de rug op niveau L4-L5 als de “golden standard” gezien. De Belgische mutualiteit heeft de kosten dan ook gedeeltelijk vergoed. De zorgverzekeraar is gehouden het restant te betalen.
- 4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Bij verzoekster is sprake van chronische rugklachten op basis van degeneratieve afwijkingen, waarbij niet gebleken is van compressie. Een spondylodese is bij deze klachten niet geïndiceerd. Daarnaast is er geen uitvoerig multidisciplinair conservatief revalidatietraject gevoerd. Om die reden heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van het restant van de kosten die zij heeft gemaakt voor de in België uitgevoerde ingreep. De zorgverzekeraar heeft zijn standpunt gebaseerd op een advies van het CVZ van 25 maart 2011.
- 5.2. De zorgverzekeraar 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 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. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op medisch-specialistische zorg, waaronder ziekenhuisopname, en luidt, voor zover hier van belang:

"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 vergoeding van verzekerde zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland. (...)"

- 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 A.3.2. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering en B.2. en B.4. 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 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. 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 zorgverzekeraar 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 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 zorgverzekeraar 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 gedeeltelijk vergoed. 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 zorgverzekeraar - 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 een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en of zij daarvoor een indicatie heeft.
- 9.3. Gelet op het advies van het CVZ van 7 augustus 2012 vormt een spondylodese een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Niet gebleken is dat bij verzoekster sprake is geweest van een multidisciplinaire behandeling. Ook is niet gebleken van een wortelcompressie, neurogene claudicatie of instabiliteit. Om die reden heeft verzoekster volgens het CVZ geen indicatie voor de ingreep. De commissie neemt het advies van het CVZ over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.

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, 12 september 2012,

Voorzitter