



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. te Tilburg  
Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, laminectomie, indicatie  
Zaaknummer : 201500777  
Zittingsdatum : 19 augustus 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014, art. 20 Vo.nr. 883/2004)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. te Tilburg, hierna 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 Delta Lloyd Zorgverzekering Restitutie (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 Delta Lloyd Comfort 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 een laminectomie die is uitgevoerd in Turnhout, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 januari 2015 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 11 februari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.


3.3. Bij brief van 11 maart 2015 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).


3.4. 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.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 juni 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 juni 2015 aan verzoeker gezonden.


3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 juni 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 juli 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.


 3.7. Bij brief van 15 juni 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 2 juli 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015072142) 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 duidelijk is geworden dat verzoeker een indicatie had voor de uitgevoerde laminectomie. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.


 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 augustus 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.


 3.9. Bij brief van 20 augustus 2015 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 24 augustus 2015 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. Verzoeker heeft op 7 november 2014 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een laminectomie. Hij heeft hierbij een brief van de behandelend neurochirurg van 4 november 2014 gevoegd. De arts verklaart in deze brief dat verzoeker een uitgebreide medische voorgeschiedenis heeft met twee operatieve ingrepen en één revisie. De arts deelt het volgende mede: *"Bij inzage van de MRI blijken de laatste vier intervertebrale segmenten operatief behandeld te zijn met intervertebrale kooien en pediculaire schroeven in combinatie met een laminectomie. De lumbale wervelzuil toont verder uitgebreide degeneratieve veranderingen over alle intervertebrale segmenten lumbaal, maar ook thoracaal met aanwijzingen voor secundaire lumbale spinale stenose, nu ook op Th12-L1, L1-L2 en L2-L3. De klachten van patiënt kunnen voldoende verklaard worden door deze mechanische afwijkingen ter hoogte van de thoraco-lumbale overgang. Duidelijke compressie van de thoraco-lumbale medulla en van de conus medullaris. Een operatief ingrijpen met laminectomie op deze drie segmenten is aangewezen, indien patiënt verder pijnklachten behoudt. Patiënt is blijkbaar niet gerecupereerd met een behandeling in de pijnkliniek."*


 4.2. Op 17 december 2014 heeft de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag is vermeld, plaatsgevonden.

 4.3. De operatie is zeer succesvol geweest. Verzoeker heeft jarenlang last gehad van pijn in zijn onderbenen. Na de operatie was de pijn weg. De in het verleden bij verzoeker uitgevoerde operaties hebben nimmer het gewenste resultaat gehad

 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de artsen in Nederland niets meer voor hem konden doen. Sindsdien is verzoeker gestart met therapeutisch zwemmen en heeft hij in zijn garage een loopbrug laten maken. Verzoeker had gehoopt dat hij naar het revalidatiecentrum in Breda mocht, maar dit werd hem niet toegestaan. Het is verzoeker duidelijk dat de ziektekostenverzekeraar niet wil vergoeden. Om die reden is hij bereid de helft van de kosten voor zijn rekening te nemen.

 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. Op grond van de zorgverzekering bestaat alleen aanspraak op zorg waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Er moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dat wil

zeggen dat het de minst ingrijpende, noodzakelijke behandeling moet zijn voor de verzekerde. De verzekerde moet een medische indicatie hebben voor de behandeling en de behandeling mag niet onnodig duur zijn.

5.2. De Nederlandse neuroloog zag geen therapeutische opties behoudens het verwijzen van verzoeker naar een revalidatiearts. Deze achtte echter geen noodzaak tot een multidisciplinair revalidatietraject aanwezig en heeft verzoeker aanpassingen van het schoeisel en een loophulpmiddel geadviseerd. De revalidatiearts heeft een analyse gemaakt van de uitgevoerde beeldvormende onderzoeken van de rug. Hieruit blijkt dat bij verzoeker sprake is van uitgebreide degeneratieve afwijkingen van de rug en een status na chirurgische ingrepen in het lumbale gebied. Ter hoogte van de thoracale (Th11-Th12) wervelkolom wordt mogelijk myelopathie gezien met een vernauwing van het spinale kanaal. Verder is ter hoogte van de lumbale wervelkolom geen evidente compressie van het spinale kanaal of de uittredende wortels vastgesteld. Wel wordt ter hoogte van de cervicale wervelkolom een uitgebreide spinaalkanaalstenose gezien (C3-C7). Dit is eerder door de Nederlandse neuroloog beschreven, evenals de perifere neuropathische klachten.

5.3. De ziektekostenverzekeraar concludeert op grond van het schrijven van de Nederlandse neuroloog en de analyse van de beeldvormende onderzoeken dat bij verzoeker sprake is van perifere neuropathische klachten en een uitgebreide degeneratieve afwijking van de wervelkolom. Het betreft met name mogelijke druk op het spinale kanaal ter hoogte van C3-C7 en Th11-Th12. Er is echter een laminectomie uitgevoerd ter hoogte van Th12-L3. Op dit niveau was geen sprake van een evidente compressie van het ruggenmerg.

5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere standpunten 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.22 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 verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de in België uitgevoerde laminectomie, 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 de artikelen B.1 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. (...)”*

8.4. In artikel B.2 van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op zorg die buiten Nederland wordt verleend. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*"B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland*

**Zorg: waar hebt u recht op?**

*Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:*

- *zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of*
- *(vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.*

**Let op!**

*Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.*

*B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont*

**Zorg: waar hebt u recht op?**

*Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.*

*Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies aan te vragen. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgaanbieder. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben we wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.*

*(...)"*

8.5. Artikel A.3 van de zorgverzekering bepaalt de inhoud en omvang van de zorgverzekering, en luidt, voor zover hier van belang:

*"(...)*

*De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.*

*In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:*

*(...)*

- *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, B.2 en B.4 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4 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 de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft 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 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

*"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 is naar België, een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 Vo. nr. 883/2004.

9.2. De commissie is gebleken dat verzoeker op 7 november 2014, voorafgaand aan de operatie, een aanvraag heeft ingediend voor een laminectomie op drie niveaus. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens op 19 november, 11 december en 22 december 2014 aanvullende medische informatie opgevraagd bij verzoeker. Bij beslissing van 8 januari 2015 is de aanvraag afgewezen op de grond dat verzoeker geen indicatie heeft voor de aangevraagde behandeling. Deze behandeling had toen - te weten op: 17 december 2014 - al plaatsgevonden. Aangezien de door verzoeker ingediende aanvraag niet compleet was, waardoor de ziektekostenverzekeraar bij herhaling moest vragen om toezending van informatie, is de commissie van oordeel dat de in het kader van de verordening noodzakelijke toestemming niet kan worden geacht te zijn verleend (artikel 26, lid 2 van Vo. nr. 987/2009). Dit betekent dat verzoeker zich heeft laten behandelen zonder de vereiste voorafgaande toestemming en dat derhalve dient te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.3. Op grond van artikel B.4 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch specialistische zorg en is sprake van een verzekerde prestatie. In artikel A.3 van de zorgverzekering is bepaald dat de verzekerde gelet op zijn indicatie redelijkerwijs naar inhoud en omvang moet zijn aangewezen op de betreffende zorg.

9.4. Het Zorginstituut heeft in de onderhavige kwestie advies uitgebracht aan de commissie. De behandelend neuroloog heeft in het najaar van 2014 niet besloten voor operatief ingrijpen, maar gekozen voor verwijzing naar een revalidatiearts. De revalidatiearts heeft verzoeker vervolgens, na analyse van de problematiek en de beeldvormende onderzoeken, schoenaanpassingen en een loophulpmiddel geadviseerd. Het Zorginstituut merkt in zijn advies op dat in de stukken van deze artsen expliciet is vermeld dat op de lumbale niveaus geen sprake is van een kanaalstenose en dat op deze niveaus geen aanwijzingen zijn voor compressie van cauda of wortels. Voorts schrijft het Zorginstituut: *"De behandelend specialist in België geeft in een brief aan de huisarts van 4 november 2011 aan dat er aanwijzingen zijn voor secundaire lumbale spinale stenose op Th12-*

*L1, L1-L2 en L2-L3. In een verklaring van 28 februari 2015 geeft de behandelend specialist in België aan dat sprake was van een 'vrij spectaculaire spinale kanaalstenose hogerop tot laag thoracaal toe'. Hieruit is niet duidelijk dat er een indicatie is voor een laminectomie op de niveaus waarop deze in december 2014 is uitgevoerd." Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 2 juli 2015 geconcludeerd dat op basis van het dossier niet duidelijk is geworden dat verzoeker een indicatie had voor de op niveaus Th12-L3 uitgevoerde ingreep. De commissie neemt de conclusie over en maakt deze tot de hare.*

- 9.5. Aangezien een (verzekerings)indicatie voor de aangevraagde en op 17 december 2014 uitgevoerde operatie ontbreekt, heeft verzoeker op grond van de zorgverzekering geen aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan. Dat verzoeker baat heeft gehad bij de operatie maakt het voorgaande niet anders.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

#### **Conclusie**

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 september 2015,

A.I.M. van Mierlo