

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E
F, beide te G
Zaak : Turkije, geneeskundige zorg, rugoperatie, indicatie, doelmatig
Zaaknummer : 2013.00351
Zittingsdatum : 20 november 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, art. 13 lid 1 Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid)

1. Partijen

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

tegen

1) E, 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgop-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullende verzekering Gemeente en Gemeente aanvulling afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een rugoperatie, uitgevoerd te Izmir, Turkije (hierna: de aanspraak). Bij brief van 5 maart 2012 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 19 september 2012 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 brief van 23 juli 2013 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 stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 oktober 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 oktober 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 oktober 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 4 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 29 oktober 2013 (zaaknummer 2013122983) 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 niet is gebleken van een indicatie voor de uitgevoerde artrodese (spondylodese). Niet is komen vast te staan dat verzoekster redelijkerwijs op de zorg was aangewezen. Een afschrift van het CVZ-advies is op 30 oktober 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 november 2013 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. De commissie heeft een afschrift van de door verzoekster ter zitting overgelegde stukken op 21 november 2013 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 28 november 2013 medegedeeld dat deze stukken geen aanleiding geven het standpunt te herzien.
- 3.11. Bij brief van 29 november 2013 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. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 13 december 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend neurochirurg in Turkije heeft ten aanzien van verzoekster verklaard: “(...) *Aandoeningen van overige tussenwervelschijven (...) lumbale schijfhernia + nauw kanaal (...)*”.
- 4.2. Verzoekster is van 12 augustus 2011 tot en met 15 augustus 2011 opgenomen geweest in het ziekenhuis in Izmir. Op 15 augustus 2011 heeft de rugoperatie aldaar plaatsgevonden.
- 4.3. De huisarts heeft ten aanzien van verzoekster verklaard: “*U was bekend bij een pijn-specialist i.v.m. failed back surgery syndrome bij status na HNP.*”

- 4.4. Verzoekster stelt dat op 11 maart 2010 een MRI van de LWK is verricht. Ter hoogte van L5/S1 waren postoperatieve veranderingen waarneembaar met een discusver-smalling en een kleine paramediane HNP aan de linkerkant. Deze bevindingen verklaarden haar pijnklachten van dat moment. Op 1 april 2010 is een epiduroscopie behandeling verricht waardoor de pijnklachten met meer dan helft zijn verminderd. De behandelend arts heeft ter zake hiervan verklaard dat uit de praktijk blijkt dat dergelijke pijnklachten zeer therapieresistent kunnen zijn en zeer moeilijk te behandelen zijn. Verergering van de pijnklachten bij verzoekster was zodoende niet verrassend. Gelet op de afwijkingen op de MRI was het te verwachten dat er ook in Turkije afwijkingen zouden worden geconstateerd. Naar aanleiding van de klachten, in combinatie met de op de MRI geconstateerde afwijkingen, is in Turkije besloten om verzoekster te opereren. De behandelend anesthesioloog/pijnspecialist in Nederland heeft verklaard dat het gebruikelijk is iemand te opereren, gepaard gaande met opname, als conservatieve maatregelen onvoldoende helpen. Voorts heeft deze arts verklaard dat de klachten van patiënten met aandoeningen zoals verzoekster die heeft, zeer therapieresistent kunnen zijn, en dat gezien het feit dat de pijnklachten in het been van verzoekster zijn verdwenen, de operatie in Turkije niet overbodig is geweest.
- 4.5. Verzoekster bestrijdt de stelling en motivering van de ziektekostenverzekeraar dat geen indicatie bestond voor de rugoperatie. Zij stelt dat de ziektekostenverzekeraar geen valide argumenten aanvoert. Er wordt enkel gesteld dat er geen indicatie was, maar de medische onderbouwing ontbreekt. Verzoekster verklaart dat zij voldoende aannemelijk heeft gemaakt dat zij in Nederland was uitbehandeld, en dat een conservatief voortraject niet aan de orde was. De stelling van de ziektekostenverzekeraar is strijdig met het oordeel van de diverse behandelende artsen.
- 4.6. In dit geschil draait het om de vraag of de verleende zorg doelmatig en doeltreffend is. De ziektekostenverzekeraar heeft niet aangetoond dat de rugoperatie ondoelmatig en niet doeltreffend is. Daarentegen hebben de behandelende artsen van verzoekster juist te kennen gegeven dat de klachten van verzoekster aanzienlijk zijn verminderd en dat de rugoperatie om die reden als succesvol kan worden bestempeld. Overigens wordt de definitie van doelmatig en doeltreffend door de ziektekostenverzekeraar zelf ingekleurd.
- 4.7. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij al jaren kampte met rugproblemen. Een operatie is niet goed gegaan, zij is in een coma geraakt, en heeft twee jaar niet kunnen lopen. Een arts heeft haar gezegd dat haar toekomst in een rolstoel zou zijn. Verzoekster is onder behandeling geweest bij de pijnpoli. Geen enkel ziekenhuis wilde overgaan tot een operatie. Verzoekster verklaart dat haar zus in Turkije onderzoek heeft gedaan naar de mogelijkheden van een operatie aldaar. Drie artsen in Turkije hebben verklaard de operatie niet aan te durven. Voorts stelt verzoekster dat zij tijdens een verblijf in Turkije is gevallen. De arts die haar bezocht verklaarde dat hij haar kon opereren. Er is toen contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en bij die gelegenheid is groen licht gegeven voor de behandeling. De ziektekostenverzekeraar stelt echter het tegendeel. Er is geen discussie mogelijk over het feit dat contact is geweest. Verzoekster verklaart dat zij door de operatie weer kan lopen. De pijnklachten zijn nog steeds aanwezig, maar dat deze zijn goed onder controle te houden met injecties. De overgelegde stukken geven inzicht in het conservatieve traject. De behandelend arts heeft de noodzaak van de operatie bevestigd, alsmede het positieve resultaat. Een andere vraag is of een spoedindicatie bestond.

Verzoekster stelt tot slot dat de operatie onder de dekking van de zorgverzekering valt.

4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Aanspraak op zorg bestaat indien de verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Er moet sprake zijn van doelmatige zorg en de verzekerde moet een indicatie hebben voor de zorg (artikel A.3.2 van de zorgverzekering).

5.2. Verzoekster heeft in Izmir een rugoperatie ondergaan. Volgens de medisch adviseur had zij hiervoor geen medische indicatie. Er bestaat een medische indicatie bij instabiliteit van de wervelkolom en een duidelijke beknelling van de zenuwbanen in het wervelkanaal. Uit de beeldvormende onderzoeken blijkt niet dat bij verzoekster sprake was van instabiliteit of wortelcompressie. Er was dan ook geen indicatie voor de operatie, ondanks de uitstralingsklachten. Verder is een operatie pas aangewezen, nadat een conservatief voortraject is geprobeerd en dit onvoldoende resultaat heeft gehad. Op basis van de klachten van verzoekster was een conservatieve behandeling eerst aangewezen. Indien dit zonder voldoende resultaat was gebleven, was er een noodzaak tot verder onderzoek geweest. Als hierbij afwijkingen waren aangetoond, had eventueel een medische indicatie voor een operatie gesteld kunnen worden. Uit de voorhanden zijnde informatie blijkt dat verzoekster geen conservatief voortraject heeft geprobeerd. Er is niet aangetoond dat verzoekster om medische redenen was aangewezen op de operatie.

5.3. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat verzoekster geen indicatie had voor de rugoperatie, en dat deze operatie niet doelmatig was. Dit betekent dat de zorg niet onder de dekking van de zorgverzekering valt.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat indertijd contact met verzoekster heeft plaatsgevonden. Er is toen verzocht om aanlevering van aanvullende gegevens. Die zijn nooit ontvangen. Op 1 november 2011 is hier nog een brief over geschreven. De ziektekostenverzekeraar stelt dat bij een echte spoedindicatie de verzekerde het ontbreken van een verwijzing niet wordt tegengeworpen.

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.25. 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 is gehouden 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.29. van de zorgverzekering.
Artikel B.4. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“(…)

B.4.1. Ziekenhuisopname

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.

(…)

Verwijzing

a. U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, jeugdarts of bedrijfsarts.

(…)

Zorgverlener

Een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg), een medisch specialist of een kaakchirurg verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

B.4.1.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

(…)”

8.3. Artikel B.2. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“(…)

B.2.1. Wonen in Nederland en zorg in buitenland

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. (...)

B.2.5. Bevoegde zorgverlener

De zorg die u krijgt in het buitenland moet in ieder geval worden verleend door een zorgverlener of zorginstelling die in het betreffende land bevoegd is deze zorg te verlenen.

(...)"

- 8.4. Artikel A.21. van de zorgverzekering betreft de tarieven voor de vergoeding van zorg. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"Voor de vergoeding van zorg bestaan verschillende tarieven. Afhankelijk van verschillende situaties is een ander tarief van toepassing:

a. Afgesproken tarief

Gaat u naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij onder andere tarieven hebben afgesproken voor die behandeling? Wij vergoeden de behandeling volgens het afgesproken tarief.

b. Zorgverzekering Natura verlaagd tarief (75%)

Gaat u naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken? En had u in uw situatie wel tijdig passende zorg kunnen krijgen van een zorgverlener met wie wij wel een overeenkomst hebben gesloten? Bij de Zorgverzekering Natura verlagen wij de vergoeding met 25%. Wij vergoeden dus 75% van het wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punt-tarief dan vergoeden wij 75% van het marktconforme tarief.

c. Volledig tarief (100%)

Gaat u naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken dan vergoeden wij het volledige wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief dan vergoeden wij het volledige marktconforme tarief. Voor de Zorgverzekering Natura geldt dit in afwijking van het bepaalde onder b en alleen als:

1) u de zorg die u nodig hebt niet of niet tijdig kunt krijgen bij een zorgverlener of zorginstelling met wie wij een overeenkomst hebben gesloten. (...)

d. Gedeclareerde tarief

Gaat u naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken? En hebben wij voor de soort zorg die u gaat krijgen (of hebt gekregen) ook geen afspraken gemaakt met andere zorgverleners? En er bestaat ook geen wettelijk tarief en het marktconform tarief is niet of nauwelijks vast te stellen? Wij vergoeden dan het gedeclareerde tarief. Dat zijn ten hoogste de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt; meer vergoeden wij nooit."

- 8.5. In artikel A.22. van de zorgverzekering is bepaald dat zorgadvies en een akkoordverklaring kunnen worden aangevraagd bij de afdeling Medische Beoordelingen en Zorgservice.
- 8.6. Artikel A.3.2. van de zorgverzekering bepaalt dat de inhoud en omvang van de zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Verzekerd is die zorg die onder de dekking van de verzekering valt en waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.7. De artikelen A.3.2., A.21., A.22., B.2. en B.4. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. 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.

Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat slechts aanspraak bestaat op een vorm van zorg of een dienst voor zover een verzekerde daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd.

- 8.9. 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.

- 8.10. Artikel 13 lid 1 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid (Trb. 1966, 155) bepaalt:

“Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aangezien verzoekster ter zitting heeft verklaard dat zij in samenspraak met haar zus in Turkije bezig was de behandelmogelijkheden aldaar te onderzoeken, kan niet worden gesproken van een onmiddellijke geneeskundige behandeling, als bedoeld in artikel 13 lid 1 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid. Derhalve dient de vraag of aanspraak bestaat op vergoeding van de rugoperatie te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. Mede gelet op de door partijen ingenomen standpunten dient allereerst te worden nagegaan of verzoekster een indicatie had voor de rugoperatie. Door verzoekster is gesteld dat bij haar sprake was van discusversmalling en een kleine HNP. Er was zodoende volgens haar een indicatie voor de rugoperatie, zeker gelet op het feit dat zij in Nederland was uitbehandeld en een conservatief voortraject derhalve niet aan de orde was. De ziektekostenverzekeraar heeft de stelling van verzoekster bestreden door te stellen dat zij geen indicatie had voor de rugoperatie, en dat eerst conservatieve behandeling was aangewezen.
- 9.3. Het CVZ heeft in zijn advies van 29 oktober 2013 geconcludeerd dat niet is gebleken van een indicatie voor de uitgevoerde artrodese (spondylodese), zodat niet is komen vast te staan dat verzoekster redelijkerwijs op de zorg was aangewezen. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.

- 9.4. De commissie merkt daarnaast op dat van een geldige verwijzing door een huisarts of medisch specialist niet is gebleken. De verklaringen van de huisarts dateren van ná de operatie. Aan deze voorwaarde, gesteld in artikel B.4. van de zorgverzekering, is derhalve niet voldaan.
- 9.5. Nu zowel met betrekking tot de indicatie als de verwijzing niet is voldaan aan de voorwaarden uit de zorgverzekering, heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van de rugoperatie ten laste van de zorgverzekering.

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, 18 december 2013,

Voorzitter