

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D., beide te E  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, spondylodese, indicatie,  
telefonische toezegging  
Zaaknummer : 2012.01018  
Zittingsdatum : 31 oktober 2012

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 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010, art. 20 Vo 883/2004)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te E en

2) D te E,

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 waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basis en Tandarts afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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 een spondylodese, uitgevoerd in het Sint Elisabeth Gasthuis te Herentals (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 januari 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. Onder andere bij brief van 15 april 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 6 juni 2012 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij brief van 11 juni 2012 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 augustus 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 september 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 10 september 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 3 september 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 11 september 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012101809) 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 een spondylodese, dan wel dat de indicatie discutabel was. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 oktober 2012 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 2 november 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. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 12 november 2012 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. Verzoekster heeft al vele jaren last van rugklachten. Vanwege de toename van de klachten heeft verzoekster op advies van haar huisarts in 2007 de neuroloog in het Catharina Ziekenhuis bezocht. Zij heeft hierna vele verschillende behandelingen gehad, waaronder analgetica, fysiotherapie, manuele therapie, pilates en stabiliteitstrainingen. Al deze behandelingen en trainingen hebben gedurende de jaren niet het gewenste resultaat gehad. De rugklachten zijn in 2010 en 2011 aanzienlijk verergerd waardoor verzoekster ook in een Arbo-traject terecht is gekomen.
- 4.2. Vanwege op de ernst van de klachten heeft verzoekster op 1 juni 2010 van haar huisarts een verwijzing gekregen voor een consult bij een orthopedisch chirurg in het AZ Sint Elisabeth Gasthuis in Herentals (België). Uit de onderzoeken en de scans, die overigens geheel door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed, bleek dat sprake was van instabiliteit van de wervels op niveau L5/S1. Op 16 juli 2010 heeft verzoekster de resultaten van de onderzoeken voorgelegd aan de neuroloog in het Catharina Ziekenhuis. Deze deelde tijdens het consult mede dat een operatie een reële optie is, maar dat de wachttijd voor een dergelijke operatie in Nederland aanzienlijk is.
- 4.3. In verband met de ernst van de klachten en de wachttijd in Nederland heeft verzoekster ervoor gekozen zich in België verder te laten behandelen. Op 6 september 2010

is in overleg met de orthopedisch chirurg besloten op 1 november 2010 een spondylodese uit te voeren. Bij terugkomst in Nederland heeft verzoekster direct telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. De betreffende medewerkster heeft verzoekster in bedoeld telefoongesprek medegedeeld dat het ziekenhuis in België geen gecontracteerd ziekenhuis is en dat de kosten slechts tot 75 percent van het Nederlandse tarief zouden worden vergoed. Tijdens het betreffende telefoongesprek is verzoekster verzocht een volledig kostenoverzicht van de geplande operatie in te sturen. Dit overzicht heeft verzoekster ontvangen op 13 oktober 2010 en terstond doorgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar. Hierna heeft verzoekster nog enkele malen telefonisch contact gehad met dezelfde medewerkster van de ziektekostenverzekeraar. In één van deze gesprekken heeft de betreffende medewerkster aan verzoekster medegedeeld dat als zij zou kunnen aantonen dat voor dezelfde ingreep in Nederland wachttijden bestaan, de kosten zelfs volledig zouden worden vergoed.

- 4.4. De huisarts van verzoekster heeft verklaard dat wachttijden aanwezig waren. Niet lang na dit telefonisch contact, namelijk op 27 oktober 2010, ontving verzoekster een brief van de ziektekostenverzekeraar waarin deze vroeg aanvullende informatie aan te leveren. Deze brief heeft verzoekster aan de neuroloog van het Catharina Ziekenhuis laten lezen, maar deze kon er niets mee. Op de dag van de opname is verzoekster gebeld door de ziektekostenverzekeraar met de mededeling dat de kosten van de geplande operatie mogelijk niet zouden worden vergoed.
- 4.5. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: *“Patiënte is 32 jaar en beoefen[t] zittend werk. Ze heeft lage rugpijn met een intermitterende geschiedenis van hevige rugpijn, waarbij telkens een behandeling werd ingesteld met manuele therapie. (...) Het klinisch onderzoek toont een pijn bij anteflexie en bij retroflexie van de lumbale wervelkolom met een drukpijn zeer uitgesproken S1 en in mindere mate L5. Het facetgewicht L5-S1 rechts ook pijnlijk. L5-S1 links is minder pijnlijk. (...) Patiënte heeft duidelijke degeneratie L5-S1 met Modic-veranderingen, wijzend op een instabiliteit L5-S1. In eerste instantie raad ik hier een stabiliteitstraining aan, met het dragen van een lumbostaat. Bij onvoldoende beterschap en blijvende last van deze instabiliteit, kan een arthrodesse L5-S1 via anterieure weg hier overwogen worden.”*
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster haar standpunten herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat in het advies van het CVZ op geen enkele wijze gerefereerd wordt aan de mening van de twee rugspecialisten in België.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
  - 5.1. Verzoekster heeft meermalen telefonisch contact gehad met een van de medewerkers van de ziektekostenverzekeraar over de vergoeding van een rugoperatie. Uit de notities die van de betreffende gesprekken zijn gemaakt, blijkt niet dat aan verzoekster onjuiste informatie is verstrekt. Daarbij komt dat een deel van de gesprekken heeft plaatsgevonden voordat de ziektekostenverzekeraar daadwerkelijk een aanvraag had ontvangen. Bij de aanvraag die verzoekster nadien heeft ingediend ontbrak een duidelijke indicatiestelling. Daarna is deze informatie nog bij verzoekster opgevraagd. Uit de onderbouwing die de behandelend orthopedisch chirurg vervolgens

heeft overgelegd blijkt niet dat bij verzoekster sprake is van een neurologische compressie. De door hem genoemde instabiliteit is niet nader onderbouwd.

- 5.2. Gelet op de stelling van verzoekster dat ook de neuroloog in Nederland een operatie-indicatie heeft vastgesteld, heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen met de behandelend neuroloog in het Catharina Ziekenhuis. De betreffende neuroloog kon echter niet onderbouwen waarom verzoekster is aangewezen op een lumbale spondylodese. Gelet op deze onduidelijkheid heeft de ziektekostenverzekeraar het dossier voorgelegd aan een onafhankelijke orthopedisch chirurg, die het standpunt van de ziektekostenverzekeraar onderschrijft dat verzoekster geen indicatie had voor het uitvoeren van een lumbale spondylodese.
- 5.3. Verder voert de ziektekostenverzekeraar aan dat een lumbale spondylodese bij chronische lage rugpijn op basis van degeneratieve afwijkingen zonder duidelijke instabiliteit of neurologische compressieverschijnselen geen doelmatige ingreep is. Ook een fusieoperatie, zoals een arthrodesse bij chronische klachten die ontstaan door degeneratieve afwijkingen, is in beginsel geen doelmatige ingreep. De discussie over degeneratie vormt op zich geen indicatie voor een operatie.
- 5.4. Daarnaast is geen voorafgaande multidisciplinaire behandeling doorlopen, maar is sprake van een fragmentarisch behandeltraject waarin de gedragscomponent onvoldoende zichtbaar was.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de vraag of een verzekerde een verzekeringsindicatie heeft voor een bepaalde behandeling, voorafgaand beoordeeld dient te worden. In het onderhavige geval is de indicatie gesteld door een neuroloog. Had verzoekster vooraf een aanvraag gedaan, en was deze gehonoreerd, dan had het risico bij de ziektekostenverzekeraar gelegen, maar nu ligt het bij verzoekster. Op het tijdstip dat moest worden beslist, bestond er geen (verzekerings)indicatie.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen 14 van de zorgverzekering en 9 van 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 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 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:

**“20.1.1. Zorg waar u recht op hebt**

*U hebt recht op een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen. U hebt hierbij ook recht op de medisch-specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging. Ook hebt u tijdens de periode van opname recht op de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefen therapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.*

*(...)*

**20.1.2. Voorwaarden**

**Algemeen**

*Het gaat om zorg die medisch-specialisten plegen te bieden.*

**Zorgadvies en akkoordverklaring**

*U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als sprake is van medisch-specialistische zorg die kaakchirurgische zorg omvat, bestaande uit het plaatsen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en het verwijderen van tanden en kiezen onder narcose.*

*Voor andere medisch-specialistische zorg zijn zorgadvies en akkoordverklaring niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.*

**Verwijzing**

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

**20.1.3. Zorgverlener zonder overeenkomst**

*Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal 75 procent van het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.5. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.”*

- 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:

**“18.1. 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. U kunt in artikel 19. tot en met 42. Per zorgvorm lezen wat wij dan vergoeden.”*

- 8.5. Artikel 2.5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt ten algemene het volgende:

## **“2.5. Inhoud en omvang van zorg**

*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. U hebt recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. (...)*”

- 8.6. De artikelen 2.5, 18 en 20 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 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 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. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 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 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. Door verzoekster is voorafgaand aan de ingreep toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, zodat dient te worden getoetst aan artikel 20 van Vo 883/2004. Ook in dat kader is relevant of sprake is van een verzekerde prestatie, of een indicatie bestaat voor de ingreep, en of sprake is van doelmatige zorg. Niet ter discussie staat dat een spondylodese een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of verzoekster hiervoor ten tijde van de ingreep een indicatie had.
- 9.2. De commissie sluit voor de beoordeling van de indicatie aan bij het CVZ-advies van 11 september 2012. Hierin is het volgende overwogen:

*“Internationaal en nationaal zijn duidelijke indicaties geformuleerd voor spondylodese, namelijk instabiliteit in de wervelkolom en het afglijden van de ene wervel ten opzichte van de andere (spondylolisthesis). Onder instabiliteit wordt verstaan dat de wervels onvoldoende onderling verband met elkaar hebben en dus min of meer los van elkaar liggen. Dit kan een gevolg zijn van een fractuur of een tumor. Er bestaat discussie of je ook van instabiliteit kunt spreken als er een verhoogde beweeglijkheid is in de wervelkolom als gevolg van slijtage van de lage rug (verouderingsproces/degeneratieve veranderingen). (...) In het dossier wordt weliswaar het woord ‘instabiliteit’ gebruikt, maar het is niet duidelijk waarop dit is gebaseerd. Mogelijk is dit gebaseerd op de MRI, waarop Modic type 1 veranderingen te zien waren, passend bij een ontstekingsreactie. Deze reactie zou een gevolg kunnen zijn van een vergrote beweeglijkheid op dat niveau, maar het is niet gezegd dat dit het geval is. Het lijkt daarom te ver gaan om Modic type 1 veranderingen gelijk te stellen met instabiliteit. (...) Op basis van het dossier kan niet geconcludeerd worden dat voorafgaand aan de ingreep duidelijk was aangetoond dat er sprake was van instabiliteit of spondylolisthesis. Er is geen indicatie voor spondylodese, dan wel de indicatie is discutabel. (...)”*

- 9.3. Niet aannemelijk is geworden dat verzoekster ten tijde van de aanvraag een indicatie had voor een spondylodese als bedoeld in artikel 2.5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering. Om die reden is niet voldaan aan de voorwaarden van artikel 20 van Vo 883/2004 zodat noch op grond van de verordening noch op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat op de hiermee gemoeide kosten.

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

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

#### **Telefonische toezegging**

- 9.5. Voor zover verzoekster stelt dat haar door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar de toezegging is gedaan dat de kosten van de spondylodese volledig worden vergoed, geldt het volgende.
- 9.6. Uit hetgeen verzoekster stelt, volgt dat is gezegd dat het ziekenhuis in België niet is gecontracteerd, zodat een maximale vergoeding mogelijk is van 75 percent van de kosten. Ook is gezegd dat de kosten volledig worden vergoed, indien verzoekster kan aantonen dat de zorg niet tijdig in Nederland beschikbaar is. Gelet op het feit dat de ziektekostenverzekeraar op dat moment nog geen aanvraag had ontvangen, heeft de betrokken medewerker slechts algemene informatie verstrekt, welke informatie in lijn is met het bepaalde in artikel 20.1.3 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering onderscheidenlijk artikel 20 van Vo 883/2004. Uit de telefoonnotities van de

ziektekostenverzekeraar volgt niet dat is gezegd dat in de specifieke situatie van verzoekster de kosten zonder meer volledig worden vergoed.

**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, 21 november 2012,

Voorzitter