

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E en F, beide te G  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, revisie spondylodese, indicatie  
Zaaknummer : 2011.02795  
Zittingsdatum : 9 mei 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 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, art. 20 Vo 883/2004, art. 56 VWEU)

---

## 1. Partijen

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

tegen

1) E te G, en

1) F te G,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgkeuzepolis (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 Top 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 een revisie van een spondylodese, uitgevoerd te Brasschaat (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 februari 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 13 mei 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 7 december 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).

3.4. 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brieven van 14 maart en 27 april 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 20 maart en 1 mei 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 maart 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 20 maart 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 13 april 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012035553) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat uit het dossier niet is af te leiden dat geen indicatie bestond voor een revisie van de vroegere spondylodese. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 18 april 2012 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 april 2012 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 mei 2012 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 10 mei 2012 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en de brief van de ziektekostenverzekeraar van 27 april 2012 gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 25 mei 2012 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Tevens heeft het CVZ toegelicht dat uit de overgelegde stukken een consistent beeld naar voren komt (spondylodese – ongeval – onvoldoende consolidatie) waaruit de behandelend neurochirurg redelijkerwijs tot revisie kon besluiten. Een afschrift van dit CVZ-advies is op 30 mei 2012 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld op dit advies te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 juni 2012 op dit CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
  - 4.1. Verzoekster heeft anderhalf jaar geleden een ongeval gehad binnen het bedrijf waar zij werkte. Zij is vervoerd naar een ziekenhuis in Roosendaal, waar zij heeft kenbaar gemaakt dat bij haar in het verleden een spondylodese is uitgevoerd. Hiermee is bij de behandeling echter geen rekening gehouden. Zij kreeg enkel pijnstillers voorgeschreven. Er heeft geen beeldvormende diagnostiek plaatsgevonden.
  - 4.2. Enige maanden later is verzoekster naar Brasschaat gegaan vanwege aanzienlijke rugklachten en uitval in de benen. De behandelend arts aldaar heeft geoordeeld dat een revisie van de spondylodese noodzakelijk was. Verzoekster heeft deze ingreep, zonder hiervoor voorafgaande toestemming te hebben gevraagd, inmiddels ondergaan en is thans vrij van klachten.
  - 4.3. De neurochirurg in Brasschaat heeft het volgende verklaard: *“Patiënte werd op 14/02/2007 geopereerd: lumbale spondylodese L5-S1. Aanvankelijk gunstige evolutie. Wegens recidief klachten wordt een CT scan uitgevoerd op 13 december 2010. Hier wordt besloten: postoperatieve status na transpediculaire fusie L5-S1 met eerdere-*

*re plaatsing van intersomatische cage en laminectomie L5. Afwezigheid van overbruggende botvorming ter hoogte van de grond en dekplaat: beeld van non union-pseudartrose ((...) radioloog). Mede op grond van klinisch onderzoek en anamnese wordt hierna besloten tot een nieuwe heelkundige behandeling: hierbij wordt een revisie uitgevoerd op 17/02/2011 waarbij een compressie over enkele millimeters mogelijk bleek op de pedikelschroeven wat de pseudo-artrose nogmaals objectiverde. Postoperatief is er een gunstige evolutie en zijn de klachten verdwenen en is patiënte weer op haar goede oude niveau. (...)*”

- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt stelt dat zij geen (verzekerings)indicatie zou hebben voor de uitgevoerde behandeling. Dit standpunt verbaast verzoekster aangezien dr. Croese besloot haar te opereren en zij duidelijk baat heeft gehad bij de ingreep. Ook de doelmatigheid staat daarmee vast.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
  - 5.1. Door de behandelend neurochirurg in Brasschaat is een summier behandelplan met de klachten, de diagnose en de behandeling ingediend. Er worden geen verdere bevindingen betreffende de anamnese of een lichamelijk onderzoek vermeld. In het verslag van het beeldvormend onderzoek wordt geen melding gemaakt van pseudoartrose. Er wordt zelfs gesteld dat de bevindingen passend zijn bij een normaal herstel van de eerdere ingreep. Op basis van de literatuur zou pseudoartrose op beeldvormende diagnostiek na een dergelijke ingreep vast te stellen moeten zijn.
  - 5.2. Pseudoartrose door maljunction van de spondylodese uit 2007 zou waarschijnlijk veel eerder aan het licht zijn gekomen. Ook het verband met de val van de heftruck wordt niet nader onderbouwd. In een periode van drie jaar, gerekend vanaf de oorspronkelijke ingreep tot de val in juni 2010, had voldoende consolidatie moeten optreden.
  - 5.3. Gelet op de discrepantie tussen de visie van de behandelend neurochirurg en de objectiveerbare bevindingen uit de beeldvormende diagnostiek is de ziektekostenverzekeraar van mening dat verzoekster geen indicatie had voor de bij haar uitgevoerde ingreep.
  - 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn 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.26. 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.4.1. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat 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 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 bepaalt, 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., B.2. en B.4.1. 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 van de zorgverzekering 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. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

#### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

9.1. Aangezien verzoekster niet voorafgaand aan de ingreep toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, kan toetsing aan Vo 883/2004 achterwege blijven. Op grond van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap (EG), thans het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU), dient aan de voorwaarden van de zorgverzekering te worden getoetst. Waar het gaat om de aanspraak op vergoeding op grond van artikel B.2. van de zorgverzekering is de vraag aan de orde of sprake is van een verzekerde prestatie en of verzoekster hiervoor ten tijde van de ingreep een indicatie had.

9.2. Niet in geschil is dat een revisie van een spondylodese een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of verzoekster hiervoor ten tijde van de ingreep een indicatie had.

9.3. Zoals onder andere volgt uit een eerder bindend advies van de commissie (GcZ 7 december 2011, 2011.01293) kan een indicatie voor een spondylodese bestaan als sprake is van instabiliteit van de wervels of beschadiging of bedreiging van zenuwstructuren. Een revisie van een spondylodese heeft hetzelfde doel als de oorspronkelijke spondylodese – namelijk het vastzetten van de rugwervels – zodat kan worden uitgegaan van dezelfde indicatiecriteria.

9.4. In het voorlopig advies van 13 april 2012 constateert het CVZ dat de behandelend neurochirurg zich heeft gebaseerd op de voorgeschiedenis, de actuele medische toestand en de bevindingen van het beeldvormende onderzoek. De ziektekostenverzekeraar heeft zich zelfstandig een oordeel gevormd over de indicatie op basis van enkel de verslagen van het beeldvormend onderzoek, en trok hieruit een andere medisch conclusie dan de behandelend neurochirurg. Het CVZ is van mening dat op basis hiervan niet kan worden geconcludeerd dat géén indicatie bestond voor de ingreep, en adviseert tot toewijzing van het verzoek. Het CVZ heeft in zijn definitieve advies van 25 mei 2012 medegedeeld dat het verslag van de hoorzitting en de bijgevoegde stukken niet leiden tot een andere conclusie. De verschillende omschrijvingen van de radiodiagnost en de neurochirurg bevatten volgens het CVZ geen inconsistenties of discrepanties. De commissie neemt het advies van het CVZ over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.

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

9.5. Aangezien het verzoek op basis van de polisvoorwaarden van de zorgverzekering wordt toegewezen, behoeft het op de aanvullende ziektekostenverzekering gebaseerde verzoek geen behandeling meer.

#### **Conclusie**

9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek toe.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 13 juni 2012,

Voorzitter