



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Centrale Ziektekostenverzekering NZV NV te Tilburg
Zaak : EU-EER, Duitsland, geneeskundige zorg, spondylodese, indicatie
Zaaknummer : 201702005
Zittingsdatum : 29 augustus 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

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

tegen

Centrale Ziektekostenverzekering NZV NV 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 verzekering 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 Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek. De eveneens ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Delta Lloyd Luxe Verpleging is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een spondylodese, uitgevoerd te Münster, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 juli 2017 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 25 september 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 2 februari 2018 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).
- 3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 mei 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 mei 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 11 juni 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Nadien heeft hij telefonisch medegedeeld toch liever in persoon te worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 juni 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 29 mei 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 27 juni 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018026801) 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 dat verzoeker een indicatie had voor een spondylodese op niveau L2-L3. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 28 juni 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 29 augustus 2018 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 31 augustus 2018 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 5 september 2018 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 had last van gezondheidsklachten. Ter behandeling hiervan heeft hij vanaf 2014 alle mogelijke conservatieve behandelingen ondergaan, waaronder fysiotherapie, dry needling, transcutane elektrische neuro stimulatie en pijnbestrijding met medicatie en injecties in zijn rug. Al deze behandelingen waren niet succesvol. Aangezien de gecontracteerde zorgaanbieders verzoeker niet verder konden behandelen, heeft hij zich gewend tot het niet-gecontracteerde Park Leopold Ziekenhuis te Brussel, België. De behandelend orthopedisch chirurg aldaar oordeelde dat een operatieve ingreep in de vorm van een laminectomie op niveau L3-L5 bij verzoeker noodzakelijk was. Eerder hadden de neurologen van het Havenziekenhuis in Rotterdam al geoordeeld dat een operatie bij verzoeker noodzakelijk was. Zij wilden deze operatie echter niet bij hem verrichten vanwege de mogelijke risico's. Verzoeker wilde zich in eerste instantie ook niet laten opereren. Omdat een operatie volgens de artsen echter de enige oplossing was voor zijn klachten en het uitblijven hiervan mogelijk tot gevolg zou hebben gehad dat hij helemaal niet meer kon lopen, heeft hij toch besloten op 11 juli 2017 een operatieve ingreep in de vorm van een spondylodese te ondergaan in Münster. Na deze ingreep kan verzoeker weer rechtop lopen en heeft hij geen pijn meer in zijn bovenbenen. De positieve resultaten van de ingreep blijken onder meer uit het overgelegde verslag van zijn behandelend fysiotherapeut.
- 4.2. Voorafgaand aan de spondylodese heeft verzoeker een machtiging gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag hiertoe afgewezen, omdat verzoeker volgens hem niet redelijkerwijs was aangewezen op de ingreep. Gelet op het feit dat meerdere artsen hebben geoordeeld dat een operatie noodzakelijk was, meent verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de ingreep alsnog volledig dan wel gedeeltelijk, te weten tot het bedrag waarop hij aanspraak zou hebben gehad indien de spondylodese in Nederland zou zijn verricht, moet vergoeden. Hij betreurt het verder dat de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de ingreep probeert te ontlopen, de ingreep in een negatief daglicht heeft gesteld, ieder contact met de deskundige en ervaren behandelend orthopedisch chirurg in Duitsland heeft geweigerd en de positieve medische resultaten van de ingreep heeft genegeerd. Ook meent verzoeker dat zijn

aanvraag is beoordeeld door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar die geen kennis heeft van zenuwwortelklachten bij instabiliteit van de wervelkolom. In dit verband verwijst hij naar een verklaring van de orthopedisch chirurg in Duitsland, die, voor zover hier van belang, luidt: *“Instabiliteit kan slechts bij een beweging onderzoek onder Röntgen-doorklichting van de wervelkolom worden vastgesteld dan wel uitgesloten. Dus nooit alleen op Foto's of MRI afbeeldingen. Bij [verzoeker] was er wel degelijk sprake van inklemming van wortels in de uitgangen van het wervelkanaal op de niveau's L1/L2 en L2/L3. Dit werd ook bevestigd door de gemaakte MRI opnamen. Wat steeds vergeten wordt is dat prikkeling van uittredende wortels meestal ontstaat tijdens beweging van de wervelkolom met aansluitende reactieve, tijdelijke, zwelling van de arthrotische Facetgewrichten. Deze kapsel zwellingen veroorzaken de wortel prikkeling. (...)”* Nadien heeft de arts, in reactie op een brief van de ziektekostenverzekeraar, voor zover hier van belang, het volgende verklaard: *“(...) Zijn relaas betreft een summier opsomming van zeer wisselende en aanvechtbare opvattingen zoals te vinden zijn in de internationale literatuur (...) in zijn relaas worden tevens standpunten overgenomen van andere collega's welke twijfelachtig genoemd moeten worden gezien tegen het licht van het uiteindelijke succes van de operatieve ingreep[.] Er wordt bijv een: poly neuropathie genoemd. (...) Nergens wordt door [naam behandelend orthopedisch chirurg in België] gepraat over een atonale polyneuropathie[.] Slechts de ANAESTHESIST [naam] praat over deze diagnose waarbij een 'EMG aanwijzingen toont voor een doorgemaakte radiculopathie L3/L4 RECHTS meer dan links[.] Het moet bekend zijn dat bij een ernstige complexe vernauwingen op meerdere niveaus de chronisch prikkeling van uittredende zenuw wortels valt onder deze verzamelnaam neuropathie! De operatieve ingreep heeft bewezen dat het inderdaad ging om een reactieve (!) neuropathie[.] welke genezen bleek na de verrichte ingreep[.] Wat ook niet duidelijk bekend is bij de collega is het feit dat door een stabilisatie van beweging segmenten de alles overheersende pijn vanuit de belendende facetgewrichten teniet wordt gedaan. Het moet toch bekend zijn dat het vooral de facetgewrichten zijn die, als reactie op degeneratie van de stabiliserende discus, de oorzakelijke pijn vormen voor lokale rugklachten. (...) Het aanvoeren van een andere therapeutische optie door deze collega, overgenomen van coll. [naam behandelend orthopedisch chirurg in België]: 'Alléén een laminectomie door te voeren' geeft reeds aan dat hij dus niet op de hoogte is van het feit dat men er mondiaal van overtuigd is geraakt dat een laminectomie alléén slechts leidt tot een vergrootte instabiliteit van de wervelkolom op het geopereerde niveau en dat meestal later toch nog een stabiliserende spondylodesis noodzakelijk blijkt. Wat vooral ernstig stoort is het feit dat door deze med. adviseur volledig voorbij gegaan wordt aan het feit dat het patiënt zeer goed gaat na de operatieve ingreep Géén pijn meer, geen neurologische problemen, een beter houding gevoel, en een zeer verbeterd algemeen wel bevinden. (...)”*

- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker benadrukt dat de behandeld arts in Duitsland zeer kundig is.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoeker had geen indicatie voor een spondylodese. Bij hem was immers geen sprake van instabiliteit van de wervelkolom, een druk op een zenuw of het afschuiven van wervels ten opzichte van elkaar. De ziektekostenverzekeraar licht hierbij toe dat de door de behandelend orthopedisch chirurg in Duitsland geconstateerde wortelcompressie en kanaalstenose niet worden onderschreven door het verslag van de MRI van 20 juni 2017. Dit verslag toont met name degeneratieve afwijkingen aan facetgewrichten, disci en foramina, hetgeen, gelet op de leeftijd van verzoeker, normaal is. Verder verwijst de ziektekostenverzekeraar naar literatuur, waaruit onder meer blijkt dat een indicatie voor operatief ingrijpen slechts aan de orde is bij patiënten die ernstig in hun dagelijks leven worden belemmerd en waarbij alle conservatieve behandelingen hebben gefaald.
- 5.2. Een spondylodese was bij verzoeker bovendien niet doelmatig, aangezien onduidelijk was in hoeverre zijn klachten werden veroorzaakt door de polyneuropathie. De arts gaat volledig voorbij aan de mogelijkheid van de polyneuropathie als oorzaak van de klachten van verzoeker. De symptomen van neuropathie zijn volgens de ziektekostenverzekeraar gelijk aan of vertonen overlap met de symptomen bij een vernauwd wervelkanaal (lumbale stenose). Uit de literatuur blijkt dat

operatief ingrijpen pas zinvol is indien alle multifactoriële oorzaken bij rugklachten, waaronder neuropathie, afdoende zijn behandeld.

5.3. Het feit dat bij verzoeker verschillende behandelingen zijn voorgesteld, waaronder niet operatief ingrijpen, een laminectomie op niveau L3-L5, en de uitgevoerde spondylodese op niveau L2-L3, wijst volgens de ziektekostenverzekeraar erop dat een indicatie niet zuiver kan worden gesteld. In dat geval moet worden teruggevallen op het adagium 'primum non nocere', hetgeen betekent dat bij een keuze tussen afwachten en operatief (onomkeerbaar) handelen, het eerste de voorkeur verdient. Daarbij geldt ook dat bij twijfel afwachtend moet worden opgetreden.

5.4. De aanvraag voor de machtiging voor een spondylodese heeft de ziektekostenverzekeraar op 3 juli 2017 ontvangen. Hij heeft hierop bij brief van 19 juli 2017 beslist. Aangezien verzoeker op 11 juli 2017 de ingreep heeft ondergaan, heeft hij deze beslissing niet afgewacht.

5.5. De ziektekostenverzekeraar merkt nog op dat het voor de beoordeling van een aanvraag voor een machtiging voor een behandeling niet relevant is dat het beoogde resultaat van de behandeling achteraf blijkt te zijn behaald.

5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

5.7. 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 de ziektekostenverzekeraar is gehouden 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 de artikelen B.1. tot en met B.27. 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:

“B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

(...)

B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat:

- medisch specialistische behandeling;

- opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 3 x 365 dagen;

- opname, verpleging en verzorging;
- paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
- laboratoriumonderzoek.

(...)

Zorgverlener

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

Verwijzing

- Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts of bedrijfsarts.

(...)

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. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

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

B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg omvat onder andere:

- behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg;
- aanleggen van gips;
- ECG-onderzoek;
- inzet van een AED (Automatische Externe Defibrillator) en direct daaraan verbonden kosten.

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- de verpleging;
- de geneesmiddelen;
- de hulpmiddelen;
- de verbandmiddelen;
- laboratoriumonderzoek.

Zorg of middelen die na de behandeling nodig is/zijn of die in het verlengde van de behandeling ligt/liggen, vallen hier niet onder.

(...)

Voorwaarden

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Een AED wordt door daartoe bevoegde en bekwame personen ingezet. Dit hoeft geen zorgverlener te zijn zoals wij die in onze voorwaarden beschrijven.

Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, verloskundige, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts of bedrijfsarts.

(...)

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch specialist. Gebruik van een AED kan op elke locatie plaatsvinden.

(...)"

- 8.4. Artikel B.2. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorg in het buitenland bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

**"(...) 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 zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener 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 zorgverlener. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben wij wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

(...)"

- 8.5. Artikel A.3.2. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"Inhoud en omvang van zorg

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:

- de inhoud en omvang van 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; en*
- het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen; en*
- de zorg is als verzekerde zorg genoemd in het Vergoedingen Overzicht van uw verzekering en uitgewerkt en omschreven onder hoofdstukken B of D van deze verzekeringsvoorwaarden; en*
- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.*

(...)"

- 8.6. Artikel A.3.2. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering en de artikelen 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, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.1, derde lid, 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 de 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 een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, gegaan met het doel daar een spondylodese op niveau L2-L3 te laten uitvoeren. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

9.2. Vast staat dat verzoeker voorafgaand aan de ingreep de ziektekostenverzekeraar om toestemming heeft gevraagd. Verzoeker heeft verklaard dat hij de spondylodese op 11 juli 2017 heeft ondergaan. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld, en verzoeker heeft dit niet betwist, dat hij zijn aanvraag op 3 juli 2017 heeft ontvangen en dat hij hierop op 19 juli 2017 heeft beslist. In de gegeven omstandigheden is de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde termijn voor het behandelen van de aanvraag niet onredelijk. Daarbij heeft verzoeker de uitkomst van de beoordeling niet afgewacht, zodat hij de ziektekostenverzekeraar feitelijk een termijn van slechts acht dagen heeft gegund. Of en zo ja welke consequenties hieraan zijn te verbinden, kan in het midden blijven, aangezien ook voor de toepassing van de verordening geldt dat betrokkene moet beschikken over een (verzekerings)indicatie. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.

9.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar had verzoeker ten tijde van de onderhavige ingreep geen (verzekerings)indicatie voor de uitgevoerde spondylodese, omdat bij hem geen sprake was van instabiliteit van de wervelkolom, een druk op een zenuw of het afschuiven van wervels ten opzichte van elkaar. Verzoeker heeft een en ander, onder verwijzing naar enkele brieven van zijn behandelend orthopedisch chirurg in Duitsland, betwist.

9.4. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 29 mei 2018 bestaat een indicatie voor een spondylodese in het geval van instabiliteit van de wervelkolom of dreiging van instabiliteit als gevolg van

decompressie (laminectomie) en het afglijden van de ene wervel ten opzichte van de andere (spondylolisthesis). Volgens het Zorginstituut was bij verzoeker ten tijde dat de spondylodese bij hem werd verricht geen van deze situaties aan de orde. Voornoemd advies heeft het Zorginstituut bij brief van 5 september 2018 gehandhaafd.

De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de spondylodese ten laste van de zorgverzekering en de gevraagde toestemming op grond van Vo. nr. 883/2004 werd hem terecht onthouden.

9.5. Hetgeen verzoeker overigens heeft gesteld, met name dat hij alle mogelijke conservatieve behandelingen heeft ondergaan, dat meerdere artsen hebben geoordeeld dat operatief ingrijpen noodzakelijk was, dat de ingreep zijn klachten heeft verholpen, en dat de ziektekostenverzekeraar heeft nagelaten contact te zoeken met zijn behandelend orthopedisch chirurg, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

9.6. Aangezien vast staat dat verzoeker geen (verzekerings)indicatie had voor een spondylodese ten tijde dat hij deze onderging, zoals bedoeld in artikel A.3.2. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, behoeft de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de ingreep niet doelmatig was geen bespreking.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 september 2018,

G.R.J. de Groot