



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B,
tegen Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. te Tilburg

Zaak : Buitenland, China, medisch-specialistische zorg, rugoperatie, spoedeisendheid, indicatie,
kosten rechtsbijstand

Zaaknummer : 201500716

Zittingsdatum : 10 februari 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

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

tegen

Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een rugoperatie, uitgevoerd te Fujian (China), ten bedrage van CNY 82.646,89 (verder: de aanspraak). Bij brief van 21 januari 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 september 2014 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 31 augustus 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 november 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 november 2015 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 november 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 22 januari 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 11 november 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 11 januari 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015143795) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat dat verzoeker geen indicatie had voor de uitgevoerde operatie (spondylodese). Uit het dossier blijkt niet dat vóór de operatie instabiliteit van de wervelkolom bestond of dreigde als gevolg van decompressie. Niet is aangetoond dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op de operatie. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 19 januari 2016 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker heeft op 10 februari 2016 verklaard af te zien van de mogelijkheid te worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op genoemde datum wel aan de telefonische hoorzitting deelgenomen, en is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 12 februari 2016 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 17 februari 2016 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 kampte sinds 2007 met rugklachten. In 2009 en 2010 heeft hij hiervoor diverse behandelingen ondergaan, waaronder fysiotherapie. Verzoeker verbleef in 2011 en 2012 voor langere perioden in China en heeft aldaar meermaals fysiotherapie en epidurale zenuwwortelblokkades gehad in verband met de rugklachten. In 2013 is verzoeker wederom voor een langere periode afgereisd naar China. Aldaar ondervond hij in de maanden mei en juni 2013 dusdanig ernstige rugklachten, dat hij op 6 juli 2013 een arts in het plaatselijke ziekenhuis heeft geraadpleegd. Die dag zijn een aantal onderzoeken uitgevoerd, waaronder een CT-scan, waarna verzoeker het ziekenhuis heeft verlaten. Op 7 juli 2013 kampte verzoeker met zulke heftige pijnen - lopen was nagenoeg onmogelijk - dat hij is opgenomen in het plaatselijke ziekenhuis. Verzoeker is op 8 juli 2013 overgebracht naar de spoedeisende hulp van The First Affiliated Hospital of Fujian Medical University (hierna: Hospital of Fujian), waar onder andere een MRI en röntgenfoto's zijn gemaakt van de rug. De situatie van verzoeker verslechterde zodanig dat de behandelend arts heeft besloten hem op 10 juli 2013 te opereren. Voorafgaand aan de operatie heeft telefonisch contact met de hulpdienst van de zorgverzekeraar plaatsgevonden, waarbij is geïnformeerd naar de vergoeding van de kosten hiervan. Bij die gelegenheid werd medegedeeld dat geen vergoeding zou worden verleend, omdat verzoeker geen aanvullende ziektekostenverzekering of reisverzekering had afgesloten. Aangezien de toestand van verzoeker drastisch verslechterde is, ondanks deze mededeling van de zorgverzekeraar, besloten de operatie te laten uitvoeren. Deze is succesvol geweest en verzoeker heeft het Hospital of Fujian op 19 juli 2013 verlaten. De kosten van de operatie en de ziekenhuisopname moesten contant worden afgerekend en bedragen CNY 82.646,89. Vervolgens heeft verzoeker twee maanden bedrust gehad. Inmiddels is hij volledig genezen; verzoeker ondervindt geen rugklachten meer. Na terugkomst in Nederland heeft verzoeker de kosten van de rugoperatie bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. De zorgverzekeraar stelt zich, ook na heroverweging, op het standpunt dat geen vergoeding wordt verleend voor de rugoperatie. Verzoeker komt op tegen deze beslissing. Zowel de primaire beslissing als de heroverweging bevatten slechts een summiere motivering.

4.2. Het (wettelijk) kader wordt gevormd door de polisvoorwaarden, de Zvw en de daarbij behorende nadere regelingen, alsmede titel 7.17 BW. Door het afsluiten van de zorgverzekering is op grond van artikel 10 Zvw het risico verzekerd voor de behoefte van verzoeker aan geneeskunde zorg en verblijf. De zorgverzekeraar heeft op grond van artikel 11 lid 1 Zvw jegens verzoeker de wettelijke en contractuele plicht om, indien het verzekerde risico zich voordoet, te zorgen dat de benodigde prestaties bestaande uit het verlenen van de zorg of de vergoeding van de kosten van deze zorg, worden geregeld en vergoed. De inhoud en omvang van deze prestaties worden op grond van artikel 11 lid 3 Zvw in het Bzv nader omschreven. Artikel 2.1 lid 1 Bzv verwijst naar de artikelen 2.4 tot en met 2.14 Bzv, waarin de specifieke vormen van zorg en overige diensten naar inhoud en omvang nader zijn bepaald. In het onderhavige geval is artikel 2.4 Bzv van toepassing. Dit artikel ziet op geneeskundige zorg, waaronder medisch-specialistische zorg. De uitgevoerde rugoperatie wordt in lid 1 sub a, b of c niet uitgesloten. Dit betekent dat de rugoperatie een verzekerde prestatie is. Vervolgens dient te worden bepaald of de betreffende zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt.

Artikel 2.1 leden 2 en 3 Bzv geeft algemene nadere regels omtrent de wijze waarop de inhoud en omvang van de vormen van zorg mede worden bepaald. Deze bepalingen zijn door de zorgverzekeraar opgenomen in artikel A.3.2. van de zorgverzekering. Dit artikel ziet op de inhoud en omvang van de zorg en bepaalt op welke prestaties aanspraak bestaat. De dekking omvat zorg die voldoet aan vier cumulatieve eisen:

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

Als toelichting bij het artikel wordt vermeld dat "er genoeg (goed) bewijs moet zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is. Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om adequate zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn."

4.3. Verzoeker stelt dat de door hem ondergane rugoperatie voldoet aan de voorwaarden om onder de dekking te vallen, zodat de kosten hiervan dienen te worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Uitgaande van de voorwaarden a tot en met d van artikel A.3.2. van de zorgverzekering, geldt het volgende.

a) De door verzoeker ondergane zorg voldoet aan dit criterium. De behandeling wordt door de internationale beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische behandelingsmogelijkheden gerekend. Niet is gebleken of gesteld door de zorgverzekeraar dat de medisch-specialistische behandeling, de rugoperatie, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Indien de zorgverzekeraar alsnog aanvoert dat dit criterium mede ten grondslag heeft gelegen aan de afwijzing, verwijst verzoeker naar vaste jurisprudentie van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen, waaruit voortvloeit dat bij de beoordeling van de gebruikelijkheid van een behandeling, indien deze in een andere lidstaat heeft plaatsgevonden, niet alleen de stand van de wetenschap en praktijk in Nederland bepalend mag zijn, maar dat moet worden gekeken naar hetgeen door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden (Smits-Peerbooms, 12 juli 2001, C-151/99).

b) De medisch-specialistische behandeling is verricht door een medisch specialist en de behandeling behoort tot het normale deskundigheidsgebied van de zorgverlener in casu.

c) In het Vergoedingen Overzicht per 01-01-2013 is in de alinea Buitenlandzorg opgenomen dat spoedeisende en niet-spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland wordt vergoed. Daarbij is vermeld dat recht bestaat op dezelfde (omvang van) zorg waarop in Nederland recht bestaat. De genoten zorg is nader uitgewerkt in artikel B.4.2. van de zorgverzekering (medisch specialistische zorg met opname). Ten aanzien van de gestelde voorwaarde met betrekking tot de verwijzing wijst verzoeker op de bij de declaratie gevoegde stukken en het verslag van het ziekenhuis.

d) Verzoeker was redelijkerwijs aangewezen op de zorg. De langdurigheid, hevigheid en ernst van de klachten, waaronder het feit dat hij niet meer kon lopen, en het verslag van de behandelend arts onderbouwen dit standpunt. Tevens was er, in tegenstelling tot wat de zorgverzekeraar beweert, wel degelijk sprake van adequate zorg, getuige het feit dat verzoeker na de operatie volledig is hersteld en genezen van de rugklachten.

- 4.4. Verzoeker heeft een restitutiepolis, zodat op grond van artikel A.2.5. van de zorgverzekering recht bestaat op vergoeding van de kosten van zorg. Uit het schema op pagina 35 van de polisvoorwaarden ('Schema Tarieven') blijkt dat indien sprake is van één van de volgende situaties, recht bestaat op volledige kostenvergoeding:
- u kunt niet binnen redelijke tijd worden geholpen;
 - de zorg is redelijkerwijs te ver weg;
 - u hebt acute (spoed)zorg nodig.
- Verzoeker had acute (spoed)zorg nodig, wat maakt dat de gemaakte kosten volledig dienen te worden vergoed.
- 4.5. Voorts stelt verzoeker dat door de handelwijze van de zorgverzekeraar en het door deze verzaken van diens zorgplicht, sprake is van een toerekenbare tekortkoming in de nakoming van een verplichting uit hoofde van de zorgverzekeringsovereenkomst (art. 6:74 BW), ten gevolge waarvan hij schade lijdt in de zin van artikel 6:95 BW. De zorgverzekeraar heeft geen vergoeding verleend, terwijl de genoten zorg valt onder de dekking van de zorgverzekering. Daarnaast heeft verzoeker aan alle voorwaarden voldaan om voor vergoeding van de kosten in aanmerking te komen. De zorgverzekeraar verkeert op grond van artikel 6:81 BW per 15 januari 2014 in verzuim. Op grond van artikel 6:83 sub b BW treedt het verzuim in zonder ingebrekestelling. Verzoeker vordert van de zorgverzekeraar nakoming van de overeenkomst door alsnog volledige vergoeding van de gemaakte kosten te verlenen.
- 4.6. In reactie op het verweer van de zorgverzekeraar, voert verzoeker aan dat hij wel degelijk al veel langer rugklachten had en daarvoor meermaals is behandeld (conservatieve therapie). Ook heeft genoemde periode van minimaal acht tot twaalf weken uit de richtlijn 'Lumbosacraal Syndroom CBO 2008; Nederlandse vereniging van neurologie', in verband met een relatieve operatie indicatie bij ernstige langdurige onhoudbare pijn in het kader van het afwachtend beleid, niet het gewenste effect gehad. Verzoeker verwijst naar overweging 5.2 van het bindend advies van de commissie met nummer 201302371 van 4 juni 2014.
- De verleende geneeskundige zorg was adequaat. Feit is immers dat verzoeker na het ondergaan van de operatie en het herstel geen rugklachten meer heeft ondervonden, zodat kan worden gesteld dat de rugoperatie doelmatig is geweest.
- Uit de röntgenfoto's blijkt de medische noodzaak voor een interne fixatie.
- Verzoeker had, vanwege het reeds doorlopen traject, een medische indicatie voor de operatie. Een verwijzing van de behandelend arts in China is beschikbaar. Op grond van het bepaalde in overweging 3.2.3 in de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 12 januari 2010 (ECLI:NL:CRVB:2010:BL1622) is het mogelijk een verwijzing alsnog over te leggen.
- Ten overvloede wil verzoeker de zorgverzekeraar in overweging geven dat, indien de zorgverzekeraar verzoeker had willen overbrengen naar Nederland om hier de betreffende zorg te ondergaan, de kosten hiervan naar verwachting even hoog of nog hoger zouden zijn uitgevallen dan het gedeclareerde bedrag van omgerekend € 10.204,90.
- 4.7. Verzoeker maakt tevens aanspraak op de wettelijke rente ex artikel 6:119 BW, te rekenen vanaf 22 december 2013, hetgeen tot en met 31 augustus 2015 neerkomt op € 448,69 en verder p.m., alsmede op de buitengerechtigde kosten op grond van artikel 6:96 lid 2 sub b en c BW voor rechtsbijstand, welke kosten voorlopig worden begroot op € 2.500,-- exclusief BTW en voorts p.m.
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De (medisch adviseur van de) zorgverzekeraar heeft getoetst aan de voorwaarden van artikel A.3.2. van de zorgverzekering. Uit de medische gegevens blijkt niet dat de rugoperatie in China doelmatig was. Er was geen sprake van druk op de zenuwen of instabiliteit van de wervels. Om die reden wordt geen vergoeding verleend voor de behandeling ten laste van de zorgverzekering.

5.2. Tussen het moment van het beoordelen van de declaratie (14 januari 2014) en de destijds beschikbare informatie, en de thans voorliggende stukken zit aanzienlijk verschil. Inmiddels zijn ook het dossier van de huisarts en de medische voorgeschiedenis van verzoeker beschikbaar, alsmede informatie van het Medisch Centrum Haaglanden (hierna: MCH) over de voorgeschiedenis. Uit deze nieuwe gegevens blijkt dat verzoeker reeds jaren rugklachten had. De gestelde diagnoses zijn lumbago, (verdenking) radiculair syndroom L5 (brieven MCH d.d. 18 november 2009, 29 april 2010 en 27 juli 2010) en HNP niveau L4-L5 links zonder wortelattacking (brief MCH d.d. 3 februari 2010). De bevindingen en het klinisch beeld komen niet duidelijk overeen (brief MCH 3 februari 2010).

In 2009 zijn enkele acupunctuurbehandelingen uitgevoerd, waarbij pijnvermindering wordt aangegeven. In mei 2010 heeft fysiotherapie plaatsgevonden. Een specificatie van die therapie ontbreekt echter.

Uit de thans beschikbare medische informatie blijkt niet dat verzoeker (multidisciplinaire) conservatieve therapie heeft ondergaan in de jaren 2011 en 2012. Mocht dit toch het geval zijn geweest, dan is de tijdspanne tussen 2010 en 2013 dermate groot dat deze therapie niet als een adequaat en conservatief behandeltraject voor de klachten in 2013 kan worden gezien.

Uit het voorgaande blijkt duidelijk dat de rugklachten van verzoeker reeds jaren bestonden. Niet is aangetoond dat een adequate conservatieve behandeling heeft plaatsgevonden die relevant is voor de rugklachten in 2013.

Bovendien blijkt uit het feit dat in Nederland niet is overgegaan tot een operatie op niveau L4-L5, dat bij verzoeker geen indicatie bestond voor operatief ingrijpen. De CBO richtlijn 2008 Radiculair syndroom is hierbij leidend. Een adequaat multidisciplinair conservatief traject is voorliggend. Alleen fysiotherapie is onvoldoende en acupunctuur is niet effectief.

5.3. Uit het feit dat verzoeker in 2013 voor langere periode is afgereisd naar China blijkt dat hij in staat was om met zijn bestaande rugklachten van Nederland naar China te reizen. De exacte reisdata zijn onbekend. Er wordt niet onderbouwd dat de rugklachten in de maanden mei en juni 2013 dramatisch zijn veranderd/verergerd.

De uitgevoerde medische beeldvormende technieken (8 juli 2013) tonen aan L3-L4 protrusie, L4-L5 discus prolaps, relevante spinaal stenose en lumbale degeneratie. Deze bevindingen verschillen niet wezenlijk van die uit 2010, zoals beschreven door het MCH. Het is aannemelijk dat sprake was van min of meer gelijkblijvende chronische rugklachten. Uit de informatie van het MCH blijkt al van een hernia op niveau L4-L5.

In de rapportage van de MRI-bevindingen in China (brief 8 juli 2013) staat dat "*scan of conus medullaris and cauda equina signals showed no abnormality*". Deze bevindingen sluiten uit dat voor verzoeker "lopen nagenoeg onmogelijk was".

In de 'discharge brief' wordt alleen aangegeven, zonder nadere onderbouwing, dat gedurende de laatste vier dagen sprake was van verergering van de klachten. De 'saddle area' (zadelbroek, kenmerkend voor sensibiliteitsverlies vanwege een hernia met wortelcompressie) toonde geen significante sensibiliteits abnormaliteiten. Ook de spierkracht en reflexen waren symmetrisch en normaal.

De bewijsstukken voor de stelling van verzoeker dat het nagenoeg onmogelijk was om te lopen, ontbreken. Bovendien blijkt uit het voorgaande dat deze stelling niet overeenkomt met de bevindingen qua kracht, sensibiliteit en reflexen.

Uit de brief van 8 juli 2013 van het Hospital of Fujian blijkt niet van een medische spoedindicatie: er was geen sprake van uitvalsverschijnselen, krachts- of sensibiliteitsverlies, incontinentie of caudasyndroom.

De stelling van verzoeker dat zijn situatie zodanig verslechterde, waarop is besloten hem op 10 juli 2013 te opereren, is niet onderbouwd. Uit het diagnostisch onderzoek op 6 en 8 juli 2013 alsmede de 'discharge brief' blijkt deze verslechtering niet.

Bovendien blijkt uit de verslagen van de behandelend artsen in China van 6 en 8 juli 2013, alsmede de 'discharge brief', niet van wortelcompressie of wervelinstabiliteit.

De zorgverzekeraar stelt dat de rugoperatie niet doelmatig is.

- 5.4. Verzoeker heeft actief bij de zorgverzekeraar geïnformeerd of operatief ingrijpen in China zou worden vergoed. Hierop is van te voren negatief beslist. Desondanks heeft verzoeker besloten de operatie in China te ondergaan en claimt hij thans de daarmee gemoeide kosten. Het risico en de verantwoording van een dergelijke handelwijze komen voor rekening van verzoeker. Als sprake zou zijn geweest van een medische spoedsituatie, zou de aanvraag vooraf via de alarmcentrale hebben plaatsgevonden. Dit is niet het geval.

Op 10 juli 2013 is de rugoperatie in China uitgevoerd voor rekening en risico van verzoeker. Naar de geldende maatstaven binnen de huidige medisch specialistische zorg is een klinische opname van tien dagen ondoelmatig lang. De opnameduur na een rugoperatie is gemiddeld vijf dagen. De zorgverzekeraar verwijst hierbij naar de website van de Sint Maartenskliniek.

De bewering van verzoeker dat hij sinds de operatie geen rugklachten meer heeft, wordt voor kennisgeving aangenomen. Het bewijs hiervan ontbreekt, maar is ook niet relevant. Het feit dat een behandeling succesvol is, is geen grond voor een volledige kostenvergoeding.

- 5.5. De zorgverzekeraar verzoekt de commissie de gevraagde vergoeding voor de kosten van rechtsbijstand af te wijzen.

- 5.6. Ter zitting is door de zorgverzekeraar verwezen naar het advies van het Zorginstituut. Ten tijde van de ingreep bestond geen (verzekerings)indicatie. Voort het overige handhaaft de zorgverzekeraar het ingenomen standpunt.

- 5.7. De zorgverzekeraar 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 is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

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 gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.23. 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.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

B.4.2.1. Waar hebt u recht op?

U hebt recht op:

- a. medisch specialistische behandeling;*
 - b. opname in de laagste klasse van een 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, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;*
 - e. laboratoriumonderzoek.*
- (...)*

B.4.2.2. Voorwaarden

Zorgverlener

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

Verwijzing

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

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Dat hangt ervan af naar welke zorgverlener u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

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

(...)"

- 8.4. Artikel B.2. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

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. We hebben dan wel, om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, meer informatie nodig dan dat standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

(...)"

- 8.5. Artikel A.20. van de zorgverzekering betreft de hoogte van de vergoeding, en luidt, voor zover hier van belang:

"A.20.1. Omschrijving van de tarieven

In de artikelen van Hoofdstuk B en op uw Vergoedingen Overzicht staat op welke zorg u recht hebt of hoe hoog de vergoeding is die u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat wij dan uw nota volledig voor onze rekening nemen. Wij gaan uit van verschillende tarieven:

1. Afgesproken tarief

Het tarief dat we in een zorg- en/of internetovereenkomst met de zorgverlener hebben vastgelegd.

2. Vast, wettelijk (punt)tarief

Het vaste tarief dat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld voor bepaalde zorg. Het zijn tarieven waarbij geen marge (speelruimte) is aangegeven. Het tarief dat een zorgverlener hanteert, mag dus niet hoger maar ook niet lager zijn. Deze tarieven worden ook wel punttarieven genoemd. Ze zijn dus nooit hoger dan de maximale aanspraken vanuit uw verzekering.

3. Marktconform tarief

Dit is het tarief dat voor bepaalde zorg in Nederland gebruikelijk is en in verhouding staat tot de prijs van soortgelijke zorg door soortgelijke zorgverleners. We bedoelen een bedrag dat gelijk is aan het tarief dat wij voor die zorg hebben vastgelegd in zorg- en/of internetovereenkomsten met zorgverleners. Hebben wij meerdere verschillende tarieven afgesproken, dan houden we het gemiddelde van die tarieven aan. Hebben wij voor die zorg geen tarieven afgesproken? Dan baseren we ons op prijzen die naar de Nederlandse marktomstandigheden en/of maatstaven gebruikelijk zijn. Op onze internetsite vindt u de "Lijst Marktconforme Tarieven" voor diverse zorgvormen.

4. Gedeclareerde tarief

Het bedrag dat op de nota staat.

A.20.2. Hoogte van de tarieven

a. Afgesproken tarief

Zorgverzekering Natura, Zorgverzekering Natura Select, Zorgverzekering Natura Direct, Zorgverzekering Restitutie en aanvullende verzekeringen:

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? Dan hebt u recht op de behandeling volgens het afgesproken tarief.

(...)

b. Verlaagd tarief van het vaste of marktconforme tarief

(...)

Zorgverzekering Restitutie en aanvullende verzekeringen:

Wij verlagen het tarief niet als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen zorgovereenkomst hebben. Wij vergoeden bij die verzekeringen het volledige tarief (100%), genoemd onder c.

c. Volledig tarief (100%) van het vaste of marktconforme tarief

Zorgverzekering Restitutie en aanvullende verzekeringen:

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? Dan vergoeden wij voor de Zorgverzekering Restitutie en de aanvullende verzekeringen het volledige wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief, dan vergoeden wij het volledige (100%) marktconforme tarief.

(...)

d. Gedeclareerd tarief

Alle soorten verzekeringen:

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? En hebben wij voor de soort behandeling/zorg ook geen zorg- en/of internetovereenkomst gesloten met andere zorgverleners? En er bestaat ook geen wettelijk tarief en het marktconform tarief is niet of nauwelijks vast te stellen? Dan vergoeden wij het gedeclareerde tarief. Dit vergoeden wij tot maximaal het bedrag waar u recht op hebt vanuit uw verzekering. De vergoeding is nooit hoger dan de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt.

(...)"

- 8.6. Artikel A.3. van de zorgverzekering bepaalt - onder meer - dat een verzekerde, gelet op de indicatie, naar inhoud en omvang redelijkerwijs dient te zijn aangewezen op de zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.
- 8.7. De artikelen A.3., A.20., 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 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 voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.


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 zorgverzekeraar 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.

9. Beoordeling van het geschil


9.1. Verzoeker heeft tijdens zijn tijdelijke verblijf in China medisch-specialistische zorg ondergaan, te weten een rugoperatie. Volgens verzoeker was sprake van spoedzorg. De zorgverzekeraar heeft dit bestreden. Bovendien is volgens de zorgverzekeraar geen melding gedaan bij de alarmcentrale. Uit de stukken blijkt dat verzoeker in mei 2013 al in China verbleef en op dat moment reeds rugklachten had. Eerst op 6 juli 2013 heeft hij zich gemeld bij het plaatselijke ziekenhuis. De rugoperatie heeft op 10 juli 2013 plaatsgevonden. Verzoeker heeft geen contact opgenomen met de alarmcentrale van de zorgverzekeraar.
Een rugoperatie (herniaoperatie) kan naar zijn aard in beginsel niet als spoedeisend worden beschouwd. Een indicatie voor direct medisch ingrijpen kan evenwel in specifieke gevallen aanwezig zijn, bijvoorbeeld bij uitvalsverschijnselen. Dat hiervan sprake is, is niet aannemelijk geworden. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat de onderhavige rugoperatie niet is aan te merken als spoedzorg. Een indicatie voor direct medisch ingrijpen is niet aannemelijk gemaakt. Dit wordt bevestigd door het advies van het Zorginstituut van 11 januari 2016.

9.2. Nu is vastgesteld dat sprake was van geplande zorg, ligt de vraag voor of hiervoor een vergoeding dient te worden verleend en, zo ja, hoeveel die vergoeding dient te bedragen.
De zorgverzekeraar heeft vergoeding van de kosten van de rugoperatie afgewezen op de grond dat verzoeker geen indicatie had voor de zorg, en dat de zorg niet doelmatig is. Verzoeker heeft daarentegen gesteld dat wel degelijk sprake was van een indicatie voor operatief ingrijpen, en dat de rugoperatie geslaagd is, aangezien hij geen rugklachten meer ervaart, zodat de zorg tevens als doelmatig is te beschouwen. De commissie overweegt dienaangaande als volgt.

9.3. De zorgverzekeraar heeft een beroep gedaan op de CBO richtlijn 2008 Lumbosacraal Radiculair syndroom. Volgens de zorgverzekeraar heeft geen adequaat multidisciplinair conservatief traject plaatsgevonden; alleen fysiotherapie is onvoldoende en acupunctuur is niet effectief. Bovendien heeft de fysiotherapie al in 2010 plaatsgevonden en is niet gebleken van (multidisciplinaire) conservatieve therapie in 2011 en 2012, zodat de tijdsperiode te groot is. Verzoeker heeft dit bestreden en gesteld dat de behandelend arts in China heeft geoordeeld dat een operatie diende te worden uitgevoerd. Hij had voor de bestaande rugklachten meerdere behandelingen ondergaan (conservatieve therapie), en inachtneming van de in voornoemde richtlijn genoemde periode van minimaal acht tot twaalf weken afwachtend beleid had niet het gewenste effect gehad.
Het Zorginstituut heeft in zijn advies aan de commissie opgemerkt dat een spondylodese valt onder de zorgverzekering als een verzekerde daarvoor een indicatie heeft. In eerdere adviezen is toegelicht dat een indicatie voor een spondylodese bestaat in geval van instabiliteit van de wervelkolom of indien instabiliteit dreigt als gevolg van decompressie (laminectomie). Er zijn internationaal en nationaal duidelijke indicaties geformuleerd voor een spondylodese, namelijk instabiliteit van 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 hebben en dus min of meer los van elkaar liggen. Dit kan het gevolg zijn van een fractuur of een tumor. Er bestaat discussie over of ook van instabiliteit kan worden gesproken als er een verhoogde bewegelijkheid in de wervelkolom is als gevolg van slijtage van de lage rug (verouderingsproces/ degeneratieve veranderingen). Het is nog onvoldoende duidelijk of dit als oorzaak van chronische pijn kan worden aangemerkt en of chirurgische behandeling is aangewezen.



De commissie is, gehoord het advies van het Zorginstituut, van oordeel dat verzoeker geen indicatie had voor de onderhavige operatie. Van (dreigende) instabiliteit is namelijk niet gebleken. Aangezien geen sprake is van een indicatie voor de zorg, behoeft de vraag naar de doelmatigheid van deze zorg geen bespreking.




9.4. Nu de commissie hiervoor tot het oordeel is gekomen dat verzoeker ten tijde van de ingreep geen indicatie had voor de onderhavige rugoperatie, heeft hij geen aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan ten laste van de zorgverzekering.



9.5. Verzoeker heeft tevens aanspraak gemaakt op vergoeding van de door hem gemaakte kosten van rechtsbijstand en de wettelijke rente vanaf 22 december 2013. De commissie merkt op dat, aangezien hiervoor is geconcludeerd dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de onderhavige zorg, een vergoeding voor de kosten van rechtsbijstand niet aan de orde is. Hetzelfde heeft te gelden voor de door hem gevorderde wettelijke rente.




Conclusie



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

10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 maart 2016,



A.I.M. van Mierlo

