

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B versus C en E. beide te D  
Zaak : Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg,  
spinaalkanaalstenose, EU-EER  
Zaaknummer : 2008.01556  
Zittingsdatum : 11 maart 2009

Zaak: 2008.01556 (Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, spinaalkanaalstenose, EU-EER)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar, en

2) E te D, hierna te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekeraar,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 6 juni 2008 de kosten van de behandeling van een spinaalkanaalstenose in België slechts gedeeltelijk te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3.2. In het operatieverslag vermeldt de behandelend neurochirurg de volgende operatie-indicatie:

*“Problematiek van blijvende en hevige ischias links op basis van een op MRI vastgestelde hernia L3-L4, met myelografische weerslag volgens MRI.”*

Daaraan voegt de behandelend neurochirurg bij brief van 11 september 2008 toe:

*“in verband met een onhoudbaar pijnsyndroom lumbaal en in de onderste ledematen. Er was krachtsvermindering in de onderste ledematen op basis van een volumineuze discushernia L3-L4 met compressie van cauda equine zoals te zien bij de MRI myelografie.”*

3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gestuurd. Bij brief van 7 februari 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker meegedeeld dat de kosten

van niet-spoedeisende medische behandelingen in het buitenland worden vergoed volgens dezelfde voorwaarden die gelden bij een behandeling in Nederland en dat de maximale vergoeding voor de totaalkosten voor een nucleotomie € 2.603,36 is.

- 3.4. Na aanvankelijk te zijn uitgesteld vanwege een bloeddrukval bij de inductie van de narcose, is op 13 februari 2008 bij verzoeker een nucleotomie uitgevoerd.
- 3.5. Bij brief van 15 februari 2008 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht om een toelichting op zijn brief van 7 februari 2008. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 25 februari 2008 gereageerd.
- 3.6. Bij declaratieformulier van 7 april 2008 heeft verzoeker de kosten verband houdende met de op 13 februari 2008 uitgevoerde nucleotomie, te weten een bedrag van in totaal € 11.632,31, bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Bij uitkeringsspecificatie van 6 juni 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de kosten maar gedeeltelijk worden vergoed.
- 3.7. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 19 juni 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.8. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.9. Bij brief van 15 september 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is alsnog de volledige kosten verband houdende met de op 13 februari 2008 uitgevoerde nucleotomie te vergoeden (hierna: het verzoek).
- 3.10. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brieven van 1 en 22 december 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 12 januari 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.12. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 januari 2009 schriftelijk meegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 februari 2009 schriftelijk meegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.13. Bij brief van 12 januari 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 3 februari 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, gedeeltelijk toe te wijzen door bij de vergoeding tevens de eerdere klinische begeleiding door de neuroloog en het cardiologisch intercollegiaal consult te betrekken. Het CVZ stelt verder dat geen sprake is geweest van een spoedeisende situatie. Een afschrift van het

CVZ-advies is op 5 februari 2009 aan partijen gezonden.

- 3.14. Verzoeker is op 11 maart 2009 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch deelgenomen aan de zitting. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.15. Bij brief van 12 maart 2009 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 23 maart 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat uit de ingediende nota niet blijkt dat hij op de hartbewaking heeft gelegen en dat géén sprake is van spoedeisende hulp, niet juist is. Volgens verzoeker blijkt uit het operatieverslag dat hij is opgenomen ten gevolge van een onhoudbaar pijnsyndroom lumbaal en in de onderste ledematen en dat de geplande operatie van 4 februari 2008 niet kon worden uitgevoerd ten gevolge van bloeddrukval tijdens de inductie van de narcose.
- 4.2. Verzoeker heeft de commissie op 21 januari 2009 twee verklaringen van zijn behandelend arts en financieel adviseur gezonden. Zowel de arts als de financieel adviseur stelt dat bij verzoeker sprake was van een urgente situatie. Afschriften van deze verklaringen zijn aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd. Het betreft hier spoedeisende hulp. Verzoeker is op 25 januari 2008 met hevige pijn door zijn zoon naar de Belgische huisarts gebracht. Door de arts is hij doorverwezen naar het ziekenhuis, alwaar hij met spoed is opgenomen. De operatie moest helaas worden uitgesteld vanwege hartklachten. De reden dat verzoeker naar België is gegaan, is omdat hij de ervaring heeft dat hij daar sneller en beter wordt geholpen dan in Nederland. Ter zitting is door verzoeker naast de kosten van de behandeling tevens de wettelijke rente gevorderd.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat uit de nota's, dan wel anderszins, niet blijkt van een opname op een hartbewakingsafdeling en dat indien sprake zou zijn geweest van spoedeisende zorg, hetgeen wordt betwist, opname in een ziekenhuis in de buurt van de woonplaats van verzoeker voor de hand zou hebben gelegen. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat formeel gezien sprake is van geplande zorg zonder verwijzing van een huisarts of Nederlands medisch-specialist en dat daarom geen recht op vergoeding bestaat. Aangezien verzoeker ook in Nederland een operatie-indicatie zou hebben gehad, wordt een vergoeding betaald tot maximaal het in Nederland geldende tarief.

- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij – in tegenstelling tot het CVZ – wel uitgaat van het aanwezig zijn van een verwijzing. De spoedeisendheid wordt daarentegen (nog steeds) bestreden. Verzoeker op eigen initiatief naar België gegaan voor een behandeling. De noodzaak daartoe is niet opgekomen tijdens verblijf in België. Wat betreft de hartbewaking merkt de ziektekostenverzekeraar op dat verzoeker volgens de nota de hele periode heeft doorgebracht op “dienst 22”. Hij is kennelijk opgenomen geweest op de afdeling neurologie. Hoewel er twee brieven zijn waarin de hartbewaking wordt genoemd, is verzoeker niet op de betreffende afdeling opgenomen geweest. Er is alleen sprake geweest van onderzoek en behandeling.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en/of de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, 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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoeker de volledige kosten verband houdende met de op 13 februari 2008 uitgevoerde nucleotomie in België te vergoeden. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

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

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorg. Niet is gebleken dat verzoeker gebruik heeft gemaakt van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorg. Zorg in het buitenland is geregeld in artikel B9 zorgverzekering, welk artikel, voor zover hier van belang, als volgt luidt:

#### **“B9 Buitenland**

*Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-Verordening 1408/71 en bilaterale verdragen van toepassing.*

#### Welke zorg

*Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. (...)*

*Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.*

*Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:*

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of (...)*
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbie-*

der. (...)”

- 7.3. Voor medisch-specialistische zorg is het geregeld in de artikelen B3, B4, B5, B7 en B24 zorgverzekering van belang. Artikel B24 zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

**“B24 Medisch-specialistische zorg**

(...)

Welke zorgaanbieder

*U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat specialistische zorg biedt. Let op: zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van specialistische zorg. (...)*

*Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [de ziektekostenverzekeraar], krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Wat er wordt vergoed, hangt af van de soort zorg:*

- zorg waarvoor een wettelijk tarief is vastgesteld (het A-segment): 90% van het tarief wordt vergoed, maar voor uw rekening blijft ten hoogste € 200,*
- zorg waarvoor geen wettelijk tarief is vastgesteld (het B-segment): er is een lijst van maximale vergoedingen, die is opgenomen in het Verzekeringsreglement. U kunt de lijst vinden op onze website. U kunt de lijst ook opvragen bij onze Klantenservice (...). Spoedeisende zorg in Nederland wordt altijd volledig vergoed.”*

- 7.4. De zorgverzekering is – gezien artikel 1 zorgverzekering – gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (verder: Bzv) en de Regeling zorgverzekering (verder: Rzv). Ingevolge artikel 1 sub d Zvw mag een zorgverzekering – samengevat – niet “meer of minder” bieden dan bij of krachtens de wet is geregeld.
- 7.5. De in de zorgverzekering opgenomen regeling met betrekking tot vergoeding van kosten van medisch-specialistische zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland strookt met het geregeld in de artikelen 10, 11 en 13 Zvw en 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv.
- 7.6. Mede gezien de aanvraag van 31 januari 2008, is in dit geval niet aannemelijk dat de toestand van verzoeker het nodig maakte dat onmiddellijk prestaties werden verleend gedurende het verblijf op het grondgebied van een andere Lidstaat, zoals bedoeld in artikel 22 lid 1 sub a EG-Verordening 1408/71 (verder: de EG-Verordening). Voorts is niet gebleken dat verzoeker beschikt over een toestemming, zoals bedoeld in artikel 22 lid 1 sub c EG-Verordening, dan wel dat de ziektekostenverzekeraar deze toestemming niet had kunnen weigeren. Derhalve heeft verzoeker aanspraak op vergoeding van kosten van zorg, zoals geregeld in artikel B24 zorgverzekering, onder het kopje: ‘Welke zorgaanbieder’.
- 7.7. Sinds 1 januari 2005 wordt voor medisch-specialistische zorg, geleverd door een ziekenhuis, gebruik gemaakt van de op de Wet tarieven gezondheidszorg (thans Wet Marktordening gezondheidszorg) gebaseerde DBC-systematiek (Diagnose Behandeling Combinatie).
- 7.8. De commissie stelt vast dat de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-code 08.11.00.2250.0023 ziet op neurochirurgie, ‘reguliere zorg / lumbosacrale disectomie enkelvoudig / operatief met klinische episode(n)’. De juistheid van deze code is door verzoeker niet bestreden en ook overigens is de commissie niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar onder de gegeven omstandigheden zich in redelijkheid niet

op deze code heeft kunnen baseren.

De commissie volgt verder het advies van het CVZ van 3 februari 2009, waarin wordt overwogen:

*“1. Het marktconforme bedrag in Nederland is het bedrag dat volgens de DBC-systematiek betaald zou zijn. Er is hier sprake van een HNP, operatief behandeld, in een meerdaagse opname. Dat is een neurochirurgische DBC in het B-segment (tarieven vrij overeen te komen), namelijk DBC 08.11.00.2500.0023, [tarief ziektekostenverzekeraar] € 2603,36.*

*2. De aanvankelijke klinische begeleiding door de neuroloog kan in redelijkheid wel zwaarder meetellen dan een poliklinische DBC. Uiteindelijk heeft onder zijn verantwoordelijkheid verzoeker 10 dagen opgenomen gelegen alvorens hij overgedragen kon worden aan de neurochirurg. Daarvoor kan de betreffende DBC voor een neurologische opname, eveneens een DBC uit het B-segment, meegeteld worden, en wel DBC 30.11.00.1203.0112, [tarief ziektekostenverzekeraar] € 2802,77.*

*3. De tijdens de opname plotseling noodzakelijk geworden cardiologische beoordeling rechtvaardigt een cardiologisch intercollegiaal consult: DBC 20.13.00.0914.0101, een A-segment DBC, wettelijk tarief in 2008: € 113,25”*

De commissie is gebleken dat bij de DBC-code 08.11.00.2500.0023 in de bij het Verzekeringsreglement behorende lijst van ‘vergoedingen van DBC’s uit het B-segment’, waarnaar artikel B24 van de zorgverzekering verwijst, een tarief is opgenomen van € 3.091,48. De ziektekostenverzekeraar en het CVZ zijn echter uitgegaan van een bedrag van € 2.603,36, hetgeen derhalve naar het oordeel van de commissie niet juist is.

Tijdens de zitting is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar inmiddels een bedrag ad € 5.149,- heeft uitgekeerd. Het bedrag waar verzoeker volgens de bovenstaande berekening recht op heeft is (€ 3.091,48 + € 2.802,77 + € 113,25) € 6.007,25. Het verschil ad € 858,50 dient daarom nog door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker te worden voldaan.

- 7.9. De commissie realiseert zich dat ondanks deze aanvulling in vergoeding nog een aanmerkelijk bedrag voor rekening van verzoeker blijft. Dienaangaande merkt de commissie het volgende op. De DBC-tarieven zijn gekoppeld aan een volledige behandeling en worden geacht kostendekkend te zijn. Dat dit, nu het gaat om een gemiddelde, in de individuele situatie van verzoeker, waarbij sprake is van een behandeling in het buitenland, en waarbij complicaties zijn opgetreden, niet het geval is, doet geen aanspraak op een hogere vergoeding ontstaan. Feit is immers dat het gehanteerde tarief in de Nederlandse marktomstandigheden toereikend is en dat de kosten voor de ziektekostenverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest. Door voor de medische verrichtingen naar België te gaan heeft verzoeker het risico genomen dat de kosten daarvan hoger zouden zijn dan de kosten die daarvoor in Nederland in rekening hadden mogen worden gebracht en door de ziektekostenverzekeraar hadden dienen te worden vergoed. Er is geen goede grond de meerkosten die door de behandeling in België zijn ontstaan voor rekening van de ziektekostenverzekeraar te laten komen. De financiële gevolgen van het door verzoeker genomen – voormelde – risico dienen dan ook door verzoeker zelf te worden gedragen.
- 7.10. Ter zitting is door verzoeker ook de wettelijke rente gevorderd. Te dien aanzien overweegt de commissie dat die vordering, nog daargelaten dat deze vordering tardief is – hetgeen wil zeggen gedaan in een te laat stadium van de procedure – niet kan slagen omdat niet gebleken is dat aan de wettelijke – in Boek 6 BW neergelegde – voorschriften voor toewijzing daarvan is voldaan.

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

- 7.11. De commissie constateert dat in de door verzoeker afgesloten zorgverzekering ten aanzien van de onderhavige behandeling geen aanspraak is opgenomen.

### **Slotsom**

- 7.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, deels dient te worden toegewezen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker nog dient te vergoeden een bedrag van € 858,50.  
Aangezien het verzoek deels dient te worden toegewezen, komt het de commissie – mede gelet op het bepaalde in artikel 17 lid 2 van haar Reglement – redelijk voor dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker ook het entreegeld vergoedt.

### **8. Het bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen onder 7.12 is overwogen. Het meer of anders verzochte dient te worden afgewezen.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 25 maart 2009,

Voorzitter