

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : Mevrouw A, vertegenwoordigd door de heer B, beiden te C, tegen  
D en E beide te F  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, hoogte vergoeding  
Zaaknummer : 2012.03109  
Zittingsdatum : 28 augustus 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

---

## 1. Partijen

Mevrouw A, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer B, beiden te C,

tegen

1) D te F, en

2) E te F,

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 verzekering ZorgVerzorgd (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 GarantVerzorgd 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Garant TandVerzorgd 1 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

## 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van een geneeskundige behandeling, bestaande uit een decompressie en een discectomie op niveau L1/L2 en een decompressie en een spondylodesis op niveau L4/L5, ten bedrage van € 14.067,71, uitgevoerd te Bocholt, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 29 augustus 2012 en 16 september 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 1.817,60.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 13 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 4 april 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, althans tot een hoger bedrag

dan € 1.817,60 ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 juni 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 juni 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 juni 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 augustus 2013 telefonisch medegedeeld eveneens mondeling te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 12 juni 2013 heeft de commissie het College voor Zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 juli 2013 (zaaknummer 0530.2013077918) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat een spondylodese een verzekerde prestatie is, en aannemelijk is dat verzoekster hiervoor een indicatie had. De vergoeding voor de spondylodese bedraagt maximaal het in Nederland geldende marktconforme tarief. Of de hernia-operatie een verzekerde prestatie is en of verzoekster daarvoor een indicatie had, staat niet (meer) ter discussie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 7 augustus 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 augustus 2013 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 3 september 2013 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 19 september 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

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

- 4.1. De behandelend orthopedisch chirurg heeft ter zake van verzoekster het volgende verklaard: *"(...) progressieve rugklachten met toenemend onvermogen te lopen zonder rollator, vinden hun oorzaak in een reeds bekende ernstige, nagenoeg absolute spinaal kanaal vernauwing gecompliceerd door een grote mediane prolaps op het nivo L1-L2, naast een degeneratieve spondylolysthesis L4/L6 met reactieve arthrosis van de facetgewrichten. Deze afwijkingen werden op de gemaakte MRI duidelijk zichtbaar. Een operatieve behandeling is noodzakelijk om een ruggenmerg laesie met*

*blijvende gevolgen te voorkomen”, en stelde voor: “1. Decompressie en discectomie L1-L2 en 2. Decompressie met spondylodesis L4-L5.”*

- 4.2. Op 7 augustus 2012 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt conform het voorstel plaatsgevonden.
- 4.3. Verzoekster is door haar huisarts verwezen naar de Duitse orthopedisch chirurg. Zij heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor vergoeding van de door hem voorgestelde behandeling. Op basis van deze stukken had door de ziektekostenverzekeraar een duidelijk standpunt ingenomen kunnen worden. Immers, de voorgestelde behandeling is benoemd en de DBC-code en het bijbehorend tarief zijn vermeld door de orthopedisch chirurg. Er is echter geruime tijd voorbij gegaan waarin de ziektekostenverzekeraar vroeg om aanvullende informatie, en waarin het dossier werd voorgelegd aan de medisch adviseur. Verzoekster heeft besloten de operatie op 7 augustus 2012 te laten plaatsvinden, aangezien de orthopedisch chirurg reeds op 18 juli 2012 had geconstateerd dat een spontane dwarslaesie dreigde en dat het ruggenmergkanaal ernstig vernauwd en instabiel was. Verzoekster verklaart dat zij is afgegaan op het oordeel van de orthopedisch chirurg als zijnde deskundig. De ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot een gedeeltelijke vergoeding, waarbij is uitgegaan van een uitgevoerde herniaoperatie. Dit is echter onjuist. Uit de foto's en het operatieverslag blijkt duidelijk wat er is gebeurd. Bovendien heeft verzoekster geen invloed op het opstellen van een operatieverslag door de arts. Verzoekster voert verder aan dat de operatie zeer succesvol is geweest. Zij is thans pijnvrij.
- 4.4. Verzoekster wijst op de zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar en artikel 20 Vo. nr. 883/2004. Zij had ondraaglijke pijn en uitzicht op maanden wachttijd. De ziektekostenverzekeraar heeft onzekerheid gecreëerd. Dit was voor verzoekster reden de operatie te laten uitvoeren en de kosten te voldoen uit eigen middelen. Voorts stelt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar de verklaringen van de orthopedisch chirurg niet gemotiveerd heeft bestreden. De indicatie en doelmatigheid zijn betwist door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar, maar verzoekster zet haar vraagtekens bij diens expertise. De conclusie van verzoekster is dat de ziektekostenverzekeraar onzorgvuldig heeft gehandeld. Er is sprake van een medisch noodzakelijke operatie en deze dient volledig te worden vergoed.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster haar standpunt herhaald. Voorts is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij het – positieve – CVZ-advies onderschrijft. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, was geen sprake van een hernia. Was dat namelijk wel het geval geweest, dan had de Duitse orthopedisch chirurg een kijkoperatie uitgevoerd.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
  - 5.1. In artikel B5 van de zorgverzekering is bepaald dat alleen recht op een onderzoek of een behandeling bestaat als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Een verzekerde moet redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. Welke zorg nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en de zorgbehoefte, komt niet voor ver-

goeding in aanmerking. Het voorgaande geldt ook voor zorg in het buitenland. Niet-spoedeisende behandelingen in het buitenland worden vergoed volgens dezelfde voorwaarden die gelden voor een behandeling in Nederland. Er wordt maximaal 100% van de in Nederland geldende tarieven vergoed. Dit is omschreven in artikel B9 van de zorgverzekering. Deze tarieven gelden voor het hele behandeltraject. Als een behandeling in het buitenland duurder wordt door complicaties, wordt de vergoeding niet hoger. In de Nederlandse tarieven is namelijk al rekening gehouden met mogelijke extra kosten.

- 5.2. Verzoekster is in verband met ernstige rugklachten uitgebreid behandeld door de pijnpoli van het ziekenhuis in Hengelo. Haar klachten zijn ook beoordeeld door de Sint Maartenskliniek. In de verwijzing van de huisarts naar de Duitse arts is te lezen dat de behandelend neurochirurg in Nederland medio juni 2012 zijn twijfels heeft geuit of de pijn te maken heeft met compressie van het myelum (merg). Volgens de neurochirurg was het twijfelachtig of de pijn zou verdwijnen na een decompressie. De orthopedisch chirurg in Duitsland heeft een decompressie en een discectomie (hernia- of HNP-operatie) uitgevoerd op niveau L1-L2 en een spondylodese-operatie op niveau L4-L5.
- 5.3. Verzoekster heeft op 14 juni 2012 een aanvraagformulier behandeling buitenland ingevuld. Dit formulier is door de ziektekostenverzekeraar op 24 juli 2012 ontvangen. Wellicht is sprake van een verschrijving met betrekking tot de datum. Bij de aanvraag was onvoldoende medische informatie meegestuurd om te beoordelen of de operatie voldoet aan de voorwaarden die gelden voor vergoeding (artikel B4 en B5 van de zorgverzekering). Een medewerker van de afdeling Machtigingen heeft daarom telefonisch contact opgenomen met verzoekster en verzocht meer informatie op te sturen. Op 13 augustus 2012 ontving de ziektekostenverzekeraar een CD-rom. Het dossier is vervolgens ter beoordeling voorgelegd aan de medisch adviseur. Deze heeft geadviseerd de aanvraag af te wijzen. Op 22 augustus 2012 heeft een medewerker van de afdeling Machtigingen contact opgenomen met de echtgenoot van verzoekster en verteld dat de operatie niet voor vergoeding in aanmerking zou komen. De echtgenoot vertelde in dat telefoongesprek dat verzoekster reeds op 7 augustus 2012 geopereerd was. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de aanvraag binnen een redelijk tijdspad is beoordeeld. Bij verzoekster was bekend dat meer informatie nodig was om te beoordelen of recht bestond op vergoeding van de operatie. Verzoekster heeft zich laten opereren zonder de uitkomst van de beoordeling van de aanvraag af te wachten. Hierdoor heeft zij bewust een financieel risico genomen. Aan de vraag of een S2-formulier (E112) had moeten worden afgegeven wordt niet toegekomen, aangezien voor de spondylodese-operatie geen indicatie bestond en een hernia-operatie tijdig in Nederland verkrijgbaar is.
- 5.4. De HNP-operatie is conform de polisvoorwaarden vergoed. In dit kader merkt de ziektekostenverzekeraar op dat door de Sint Maartenskliniek nog geen duidelijke indicatie was gesteld, maar de mogelijkheid tot operatief ingrijpen wel open is gehouden. Besloten is verzoekster op dit punt het voordeel van de twijfel te geven. De DOT-zorgproductcode 131999242 is van toepassing op de HNP-operatie. Het tarief voor deze behandeling is € 1.817,60.
- 5.5. Er was geen indicatie voor een spondylodese-operatie. Een spondylodese-operatie is enkel zinvol bij een bewezen instabiliteit zoals spondylolisthesis of een te verwachte instabiliteit na een grote laminectomie. De ziektekostenverzekeraar verwijst in deze

naar de adviezen van de adviserend geneeskundigen. Er was bij verzoekster sprake van chronische lage rugpijn bij chronische degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom, zonder aangetoonde neurologische uitval of aantoonbare fysiotherapeutische behandeling, bijvoorbeeld in de vorm van een rugschool als stepped care. Van een aangetoonde instabiliteit is geen sprake. Bij verzoekster bestond slechts een geringe spondylolisthesis. Wat betreft de decompressie wordt door de Sint Maartenskliniek niet hetzelfde voorgesteld als door de Duitse arts. Eerstgenoemde stelde een decompressie van niveaus L2-L3, L3-L4 en L4-L5 voor. De orthopedisch chirurg voerde een gedeeltelijke decompressie uit op niveau L5-S1. Bovendien blijkt uit het operatieverslag van de arts niet duidelijk wat de ingreep precies heeft behelst. De ziektekostenverzekeraar vermoedt dat een dorsale interspineuze spondylodese-operatie is uitgevoerd. Volgens de medisch adviseur is dit geen gebruikelijke ingreep. Experimentele behandelingen komen niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Het is overigens twijfelachtig of daadwerkelijk een spondylodese-operatie plaatsvond, gezien het feit dat verzoekster zelf meent dat de Duitse arts een totaal andere ingreep heeft uitgevoerd dan hetgeen door de Sint Maartenskliniek werd voorgesteld.

- 5.6. Het feit dat een HNP-operatie is uitgevoerd, leidt niet tot de conclusie dat alles wat plaatsvond gebruikelijke zorg was. Er zijn namelijk twee operaties in één zitting uitgevoerd: een HNP-operatie (L1-L2) en een spondylodese-operatie (L5-S1). De HNP-operatie is een gebruikelijke ingreep, waarvoor ook een indicatie bestond. De (dynamische?) spondylodese-operatie was geen gebruikelijke ingreep. Daarnaast is geen sprake van een geldige verwijzing. Er is slechts een verwijzing voor een second opinion. De huisarts heeft gevraagd welke behandelingsmogelijkheden de orthopedisch chirurg aanwezig achtte. Er is geen verwijzing voor behandeling.
- 5.7. Het feit dat de Duitse arts in verzoeksters situatie wél een spondylodese-operatie wilde uitvoeren zegt niets over de vergoeding van de behandeling. De ziektekostenverzekeraar verklaart begrip te hebben voor verzoeksters keuze om naar Duitsland te gaan. Er wordt echter niet overgegaan tot het verlenen van een hogere vergoeding.
- 5.8. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de Duitse orthopedisch chirurg bewust onvoldoende informatie levert, en geen E112-formulier accepteert. De chirurg baseert zich op een twee jaar oude MRI, doet geen neurologisch onderzoek en misbruikt de termen spondylodese en injecties. Hij wil zowel stabilisatie als decompressie. Het fixeren van de wervelkolom geschiedt alleen via de achterste pijler. Er zijn drie pijlers, waarvan er minstens twee gefixeerd moeten worden. De Sint Maartenskliniek wilde er twee fixeren, maar dat zou te riskant en ingrijpend zijn. De Duitse orthopedisch chirurg heeft hier misbruik van gemaakt. Overigens bestaat de behandeling uit twee ingrepen, te weten de herniaoperatie en de spondylodese. Het CVZ is ook afgegaan op de termen die de Duitse orthopedisch chirurg hanteert. Er heeft geen stepped care plaatsgevonden. Een spondylodese is niet altijd een verzekerde prestatie. Met name de interspinale fixatie is geen verzekerde zorg. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat verzoekster geen indicatie had voor de spondylodese. Er was sprake van discusprolaps en spondylolisthesis. De instabiliteit is niet vastgesteld. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat niet op voorhand aan verzoekster had kunnen worden medegedeeld dat de behandeling niet zou worden vergoed, omdat weinig vertrouwen bestaat in de Duitse orthopedisch chirurg. Dit ligt heel moeilijk.

5.9. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 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 volledig, althans tot een hoger bedrag dan € 1.870,60 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B9 tot en met B36 van de zorgverzekering.  
Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“(…)

**Welke zorg**

*U heeft recht op:*

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,

(…)

**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.*

(…)

**Verwijzing en toestemming**

*U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist (…)*”

Artikel B4.1 van de zorgverzekering regelt dat de inhoud en omvang van de zorg mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, en bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Artikel B5 van de zorgverzekering bepaalt dat recht op zorg bestaat als er een indicatie is. Een verzekerde moet redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. Welke zorg nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn.

Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg en diensten in het buitenland. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*“Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-Verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.*

**Welke zorg**

*Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. 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. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is. (...)*

**Toestemming**

*Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig. (...)*

- 8.3. De artikelen B4.1, B5, B9 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 lid 1 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd. Artikel 2.1 lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 8.5. 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.



8.6. 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 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. Verzoekster is naar een andere lidstaat gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Er is derhalve sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Hiertoe heeft zij een “Aanvraagformulier behandeling buitenland” ingediend. Dit formulier is door verzoekster gedateerd op 14 juni 2012. Door de ziektekostenverzekeraar is verklaard dat dit formulier door hem pas op 24 juli 2012 is ontvangen. Verzoekster heeft niet aannemelijk gemaakt dat zij het formulier ook daadwerkelijk op 14 juni 2012 heeft verzonden naar de ziektekostenverzekeraar. Zulks is ook niet op te maken uit de overgelegde stukken. Bovendien vond het eerste bezoek aan de Duitse arts plaats op 18 juli 2012, en was dit bezoek gezien de verwijzing door de huisarts bedoeld als een second opinion. Derhalve gaat de commissie ervan uit dat verzoekster kort vóór 24 juli 2012 de aanvraag voor de onderhavige zorg bij de ziektekostenverzekeraar heeft ingediend.
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft na ontvangst van de aanvraag telefonisch contact opgenomen met verzoekster. Wanneer dit precies is gebeurd, is uit de overgelegde stukken niet op te maken. Wél wordt uit deze stukken duidelijk dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster bij e-mailbericht van 3 augustus 2012 heeft geïnformeerd over het adres waarnaar zij de gevraagde aanvullende informatie kon sturen. Dit betekent dat door de ziektekostenverzekeraar in ieder geval binnen tien dagen is gereageerd op de aanvraag. De gevraagde informatie, te weten een CD-rom met een MRI, is door de ziektekostenverzekeraar op 10 of 13 augustus 2012 ontvangen. De overgelegde stukken bieden onvoldoende duidelijkheid op dit punt. Vast staat dat de beide operaties reeds op 7 augustus 2012 in één zitting zijn uitgevoerd.
- 9.4. Gelet op het voorgaande, is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid is ontnomen tijdig op de aanvraag te beslissen. Enerzijds heeft verzoekster een week gewacht met het completeren van de aanvraag, anderzijds waren op het moment dat de gegevens werden aangeleverd de beide operaties al uitge-

voerd. Deze situatie is naar het oordeel van de commissie gelijk te stellen aan die waarin in het geheel geen aanvraag is gedaan. Op grond van het arrest van het Hof van Justitie (Stamatelaki C-444/05) blijft toetsing aan Vo. nr. 883/2004 dan achterwege en dient het recht op vergoeding te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 9.5. Verzoekster heeft gemotiveerd gesteld dat sprake is van zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dat zij een indicatie had voor de in het geding zijnde zorg. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 9.6. Zoals reeds opgemerkt zijn in het onderhavige geval twee operaties in één zitting uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft gesuggereerd dat de uitgevoerde decompressie en spondylodese op niveau L4/L5 niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Hij heeft voorts betoogd dat verzoekster geen indicatie had voor deze ingreep.  
De commissie volgt de ziektekostenverzekeraar niet in zijn stellingen. In dit kader is het CVZ-advies van 1 juli 2013 van belang, waaruit blijkt dat een spondylodese een verzekerde prestatie is, en dat aannemelijk is dat verzoekster hiervoor een indicatie had. De commissie neemt deze conclusie over en zij maakt deze tot de hare. Ingevolge artikel B9 van de zorgverzekering heeft verzoekster derhalve aanspraak op vergoeding van de kosten van de uitgevoerde decompressie en spondylodese tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme tarief.
- 9.7. Voorts is een HNP-operatie uitgevoerd in dezelfde zitting. Deze behandeling is conform de stand van de wetenschap en praktijk en was mogelijk geïndiceerd. Hierover bestaat tussen partijen althans geen geschil. Hetgeen hen verdeeld houdt is de vraag naar de hoogte van de vergoeding. Door de ziektekostenverzekeraar is gemotiveerd gesteld dat het hier DOT-zorgproductcode 131999242 betreft met een tarief van € 1.817,60. Verzoekster heeft de juistheid van de code of het tarief niet bestreden zodat de commissie concludeert dat zij voor deze ingreep vergoeding heeft ontvangen in overeenstemming met de voorwaarden van de zorgverzekering.

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

- 9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

#### **Conclusie**

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de uitgevoerde decompressie en spondylodese dient te vergoeden tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme tarief. Voor het overige dient het verzoek te worden afgewezen.
- 9.10. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze als onder 9.8 is omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 25 september 2013,

Voorzitter