

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B vs C te D en E te F  
Zaak : Geneeskundige zorg Europa, MIR  
Zaaknummer : 2008.01737  
Zittingsdatum : 5 november 2008

Zaak: 2008.01737, geneeskundige zorg Europa, MIR

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, art. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

Partij I:  
C te D

en

Partij II:  
E te F,

hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 26 februari 2008 de door hem in Duitsland ondergane minimaal invasieve reconstructie aan de lumbale wervelkanaal niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Flexibel polis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verder was verzoeker op dat moment bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de Aanvullend Uitgebreid polis (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. De behandelend orthopeed heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "stenose lumbale wervelkanaal op meerdere niveaus". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan de onderhavige behandeling, ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 26 februari 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 4 april 2008 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.

- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 18 maart 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 20 juli 2008 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.
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 9 september 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 september 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 september 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 11 september 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 1 oktober 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat de onderdelen van de behandeling, welke verzoeker vergoed wenst te krijgen, onlosmakelijk met de behandeling verbonden zijn. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 5 november in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 6 november 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden 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 11 november 2008 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 hem duidelijk is dat de in Duitsland bij hem verrichte operatie, een MIR op meerdere niveaus, niet kan worden vergoed omdat deze operatie niet voldoet aan het gebruikelijkheids-criterium. Hij is echter van oordeel dat de overige kosten van de behandeling, zoals onder meer de onderzoeken en de kosten van het korset, wel voor vergoeding in aanmerking komen. Voorts geeft hij aan dat overigens ook nog twee herniaoperaties zijn uitgevoerd.
- 4.2. Verzoeker stelt dat het advies van het CVZ van 1 oktober 2008 uitgaat van de stand van de Nederlandse wetenschap en de Nederlandse praktijk. In het buitenland, bijvoorbeeld USA en Duitsland worden deze behandelingen wel toegepast.

4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd dat het hem bevreemd dat behandelingen die goede resultaten geven, niet worden vergoed.

4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat alle gemaakte kosten verband houden met de operatie en daarmee samen de behandelingskosten vormen. Als de operatie niet voor vergoeding in aanmerking komt, dan kunnen de daarmee samenhangende kosten evenmin ten laste van de zorgverzekering worden vergoed.

5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat vergoeding voor behandelingen in het buitenland alleen kunnen worden verleend indien voorafgaand aan de behandeling toestemming is verleend. Deze toestemming is in deze situatie niet verleend.

5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering en de aanvullende verzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. Partijen zijn het eens over het feit dat de door verzoeker ondergane operatie op grond van de internationale stand van de wetenschap en praktijk onvoldoende beproefd en deugdelijk is bevonden. In geschil is derhalve of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de overige kosten die verband houden met de behandeling die verzoeker in Duitsland heeft ondergaan, te vergoeden en zo ja, op welke rechtsgrondslag. Het betreft volgens verzoeker de kosten met betrekking tot een MRI (€ 862,68), vijf opnamedagen (€ 8.820,22), een korset (€ 1.015,00), een consult internist (€ 7.14,78) en het tarief van de anesthesioloog (€ 3.446,15).

*De Zorgverzekering*

7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 18 van de zorgverzekering. Artikel 18.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige zorg bestaat. Voor zover relevant wordt hier bepaald:

*"Artikel 18.2 Medisch-specialistische somatische zorg*

*lid 1 (...) De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. (...)*

*lid 2 Ziekenhuis en ZBC*

*a. Ziekenhuisopname*

*Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor opname op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. (..). De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging.*

*Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.*

*(...)"*

- 7.3. De regeling in artikel 18 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.  
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, tweede lid is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. In artikel 2.2, lid 2 is bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie is met betrekking tot de aanspraak van verzoeker op de vergoeding van de kosten van een MRI, vijf opnamedagen, een consult internist, een korset en het tarief van de anesthesioloog, op grond van artikel 18.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering van oordeel dat deze onderdelen van de behandeling ieder voor zich een zelfstandig verzekerde prestatie kunnen zijn. Echter, nu deze hebben plaatsgevonden ten behoeve van de operatie, zo nauw zijn verbonden met die operatie, kan niet meer worden gesproken van een zelfstandig verzekerde prestatie. De kosten komen derhalve niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de zorgverzekering.
- 7.7. Voor zover verzoeker stelt dat ook twee herniaoperaties hebben plaatsgevonden oordeelt de commissie dat dit niet tot een ander oordeel kan leiden, gezien het feit dat deze hebben plaatsgevonden op dezelfde niveaus als de MIR.

*De aanvullende verzekering*

- 7.8. Het betreft hier een restitutiepols, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) de onderhavige zorg in het buitenland is geregeld in artikelen 3.7 van de aanvullende verzekering. Hierin wordt, voor over relevant het volgende bepaald.

*"3.7 Buitenland*

*3.7.1 Tijdens tijdelijk verblijf*

*3.7.1.1 De zorgkosten die de vergoeding op grond van een zorgverzekering te boven gaan en de zorgkosten die volgens deze verzekering voor vergoeding in aanmerking komen als de behandeling had plaatsgevonden in Nederland.*

*Vergoeding:*

- Volledig voor zorg in een EU, EER of verdragsland.*
- Tot 2 maal het Nederlandse tarief voor zorg in de rest van de wereld.*

*Voorwaarden:*

*De zorg dient plaats te vinden tijdens tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland en slechts bij acute ziekte of ongeval. De zorg dient niet het doel van de reis naar het buitenland te vormen."*

- 7.9. Vast staat dat de onderhavige zorg het doel voor de reis naar het buitenland vormde zodat de commissie oordeelt dat reeds om die reden geen aanspraak op vergoeding van de onderhavige kosten op grond van de aanvullende verzekering bestaat.
- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 december 2008,

Voorzitter