



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D  
Zaak : Egypte, geneeskundige zorg, rugoperatie, spoedeisendheid, doelmatigheid  
Zaaknummer : 201302477  
Zittingsdatum : 9 juli 2014

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 2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, tegen

C te D, 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 verzekering ZorgVerzorgd (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 die is uitgevoerd in Egypte (verder: de aanspraak). Bij brief van 5 juni 2013 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 27 augustus 2013 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 19 februari 2014 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 25 april 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 april 2014 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 mei 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 11 juni 2014 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.

3.8. Bij brief van 29 april 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 16 mei 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014057509) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit het dossier niet blijkt dat verzoeker een indicatie had om de rugoperatie met spoed te laten uitvoeren. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 13 juni 2014 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker heeft op 16 juni 2014 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

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

- 4.1. Verzoeker is van 19 maart tot en met 28 april 2013 op vakantie geweest in Egypte. Tijdens deze vakantie kreeg verzoeker last van rugpijn en pijn in zijn benen. Hij kon hierdoor niet meer lopen. Daarom heeft hij op 30 maart 2013 een arts geraadpleegd. Deze heeft hem diverse geneesmiddelen gegeven om de pijn te verlichten. Omdat de pijnstilling niet of nauwelijks effect had, heeft verzoeker zich op 4 april 2013 opnieuw tot de arts gewend. Deze concludeerde dat verzoeker zo spoedig mogelijk moest worden geopereerd. Verzoeker is op 5 april 2013 opgenomen in het ziekenhuis en de volgende dag geopereerd. Tijdens de operatie is de beschadigde tussenwervel verwijderd en zijn drie wervels vastgezet.
- 4.2. Verzoeker heeft voorafgaand aan de opname verschillende keren geprobeerd contact op te nemen met de alarmcentrale van de zorgverzekeraar. Na een lange wachttijd werd de verbinding telkens verbroken. Verzoeker heeft daarom op 11 april 2013 per e-mail bij de zorgverzekeraar gemeld dat hij opgenomen is geweest in het ziekenhuis en dat een operatie had plaatsgevonden. De zorgverzekeraar heeft verzoeker op 17 april 2013 per e-mail geantwoord dat hij na terugkeer in Nederland de kosten ter declaratie kon indienen. Verzoeker is toen echter onvoldoende geïnformeerd over de voorwaarden die in dit verband gelden.
- 4.3. Ten aanzien van de spoedeisendheid merkt verzoeker op dat eerst is geprobeerd met medicatie de pijn te verhelpen. Toen dit niet bleek te werken, is besloten te opereren. Dit besluit is op 4 april 2013 genomen; op 5 april 2013 is verzoeker opgenomen en is de MRI uitgevoerd. Op 6 april 2013 is verzoeker geopereerd. De stelling van de zorgverzekeraar dat, gelet op het verloop vanaf consult tot aan de operatie, er niet kan worden gesproken van spoedeisende zorg, en dat om die reden onderhavige kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen, kan dan ook geen stand houden.
- 4.4. In zijn brief van 16 juni 2014 schrijft verzoeker - in reactie op het advies van het Zorginstituut - dat destijds wel degelijk sprake was van verlamming (progressieve parese). Hij had bij iedere beweging pijn en kon niet lopen doordat de zenuwen geblokkeerd waren. Hij moest zich daarom met een rolstoel verplaatsen. De operatie diende derhalve met spoed plaats te vinden. Daarbij dient bij een ondraaglijke, niet op medicatie reagerende, pijn, zo snel mogelijk te worden overgegaan tot chirurgische interventie. Gezien het resultaat was de ingreep doelmatig. Het probleem is dat de behandelend medisch specialist geen tijd had om het verslag zelf op te stellen en dit daarom heeft uitbesteed aan een assistent. Daardoor is het verslag onvoldoende zorgvuldig opgesteld.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

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

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt zich primair op het standpunt dat verzoeker niet was aangewezen op de onderhavige operatie. Uit het medisch verslag, dat door de behandelend arts is opgemaakt, blijkt dat verzoeker zich heeft gemeld met lage rugpijn en pijn in beide onderste ledematen als gevolg van "Lumbaalwervel 5 en sacraalwervel 1". Deze diagnose past bij het zogeheten lumbosacraal radiculair syndroom. In de Richtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom - tot stand gekomen op initiatief van de Nederlandse Vereniging van Neurologie - wordt dit syndroom gedefinieerd als: "In de bil en/of het been uitstralende pijn, vergezeld van één of meerdere symptomen of verschijnselen die suggestief zijn voor een aandoening van een specifieke lumbosacrale zenuwwortel." Uit de richtlijn komt naar voren dat een lumbosacraal syndroom, zoals zich bij verzoeker voordeed, over het algemeen goed vanzelf herstelt. Een conservatieve aanpak is daarom in eerste instantie - in ieder geval de eerste drie

maanden - aangewezen en verdient de voorkeur. Er bestaat inmiddels internationale consensus om pas operatief in te grijpen bij zestien tot twintig weken beenpijn.

Contra-indicaties voor een conservatieve behandeling zijn aanhoudende pijnklachten die niet met pijnstillers te bestrijden zijn, het caudasyndroom (uitval van bepaalde lichaamsfuncties in het onderlichaam, zoals problemen met urineren) en progressieve parese (verlamming). Uit het medisch verslag van de behandelend arts blijkt echter van geen van deze contra-indicaties. Verzoeker stelt dat hem pijnmedicatie is voorgeschreven, maar dat deze niet hielp. Dit wordt echter niet ondersteund door het verslag van de behandelend arts.

Daarnaast blijkt uit de nota's dat verzoeker reeds op 30 maart 2013 in het ziekenhuis is geweest. Op 4 april 2013 zijn de onderzoeken, waaronder een MRI-scan, uitgevoerd. De ingreep heeft plaatsgevonden op 6 april 2013. Dus ook gelet op het verloop vanaf het eerste consult tot aan de operatie blijkt dat niet kan worden gesproken van spoedeisende zorg.

- 5.2. Aangezien geen sprake is van spoedeisende zorg, betreft het hier geplande zorg. Voor vergoeding van zorg in het buitenland gelden dezelfde regels als wanneer de zorg in Nederland plaatsvindt: de zorg moet een verstrekking ten laste van de zorgverzekering zijn, er moet een indicatie bestaan voor deze zorg, de zorg moet doelmatig zijn, en er moet aan de formele vereisten zijn voldaan.

In artikel B24 van de zorgverzekering is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op medisch specialistische zorg indien de verzekerde een schriftelijke verwijzing heeft van een huisarts of medisch specialist. Verzoeker heeft evenwel geen schriftelijke verwijzing overgelegd zodat hij geen aanspraak heeft op vergoeding.

- 5.3. Als zou komen vast te staan dat verzoeker wèl was aangewezen op de onderhavige operatie en dat deze operatie doelmatig was, stelt de zorgverzekeraar zich op het standpunt dat verzoeker deze prima in Nederland bij een gecontracteerde zorgaanbieder had kunnen ondergaan. Verzoeker heeft daarom ten hoogste aanspraak op een vergoeding van 60 percent van het gemiddeld door de zorgverzekeraar gecontracteerde tarief.

- 5.4. De zorgverzekeraar 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 algemene voorwaarden 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 gehouden is de kosten van de in Egypte uitgevoerde operatie alsnog te vergoeden 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 e.v. van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“Een medisch specialist is een arts die na zijn basisopleiding een specialistische opleiding heeft gevolgd en als medisch specialist geregistreerd is. Er zijn in Nederland ongeveer 30 verschillende specialismen. De meeste medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.*

*Welke zorg*

*U heeft recht op:*

- onderzoek en diagnostiek,*
- behandeling,*

-- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,  
-- laboratoriumonderzoek.  
(...)"

- 8.4. Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland, en 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 zorgverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)*

*Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend. U krijgt niet meer vergoed dan het gemiddeld door [naam zorgverzekeraar] in Nederland gecontracteerde tarief.*

**Toestemming**

*Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [naam zorgverzekeraar] nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.  
(...)"*

- 8.5. In artikel B5 van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op zorg indien de verzekerde voor deze zorg een indicatie heeft en de zorg doelmatig is. Dit artikel luidt:

*"Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke zorg voor u 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 uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering."*

- 8.6. De artikelen 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).

- 8.7. 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 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.

- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de 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

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Tussen Egypte en Nederland is geen verdrag gesloten op het terrein van de sociale zekerheid. Voor de beoordeling van het recht op vergoeding zijn derhalve de verzekeringsvoorwaarden bepalend.
- 9.2. Niet in geschil is dat de onderhavige behandeling behoort tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. Hetgeen partijen verdeeld houdt is in de eerste plaats of bij verzoeker sprake was van een indicatie voor de ingreep als bedoeld in artikel B5 van de zorgverzekering. Met betrekking hiertoe heeft het Zorginstituut op 16 mei 2014 geconcludeerd dat verzoeker geen indicatie had om de operatie met spoed te laten uitvoeren en geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. De commissie neemt deze conclusie over en volgt het advies van het Zorginstituut.
- 9.3. Aan de vraag of een verwijzing al dan niet noodzakelijk was en of de behandeling als doelmatig is aan te merken, wordt gelet op het voorgaande niet toegekomen.

**Werking privaatrecht**

- 9.4. In reactie op de melding van verzoeker per e-mail van de ziekenhuisopname en de operatie, heeft de zorgverzekeraar bij e-mailbericht van 17 april 2013 aan verzoeker medegedeeld dat hij de betaalde kosten na terugkeer in Nederland ter declaratie kan indienen. Hierbij is vermeld dat de vergoeding wordt vastgesteld aan de hand van de kosten die op de rekening(en) staan. Verzoeker heeft hieruit afgeleid dat de kosten zouden worden vergoed. De commissie is van oordeel dat op basis van de enkele mededeling dat de kosten kunnen worden gedeclareerd niet kan worden geconcludeerd dat de kosten - al dan niet volledig - worden vergoed. Ook de stelling van verzoeker - dat hij met voornoemd e-mailbericht onvoldoende is geïnformeerd over de voorwaarden voor vergoeding - kan hem niet baten, aangezien de ziekenhuisopname en de operatie op het moment van de melding al hadden plaatsgevonden en de door de zorgverzekeraar verstrekte informatie dus op geen enkele wijze van invloed kan zijn geweest op de beslissing van verzoeker zich in het betreffende ziekenhuis te laten opereren.

**Conclusie**

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 juli 2014,

Voorzitter