

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B tegen C te D  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, decompressie door middel van  
laminectomie L2-L3  
Zaaknummer : 2010.00872  
Zittingsdatum : 3 november 2010

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 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

---

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 13 november 2009 de aanvraag voor een “Dekompressie, door middel van een deel laminectomie L2-L3, van de uittredende en vnl. doorgaande zenuwwortels”, uit te voeren te Stadtlohn (Duitsland) (hierna: de aanspraak) af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Modelovereenkomst Zorgzaam (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 Zorgzaam Ster 4 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft de kwestie aan de SKGZ voorgelegd, waarna de SKGZ aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing heeft gevraagd. Bij brief van 17 mei 2010 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 28 juli 2010 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, 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 ad € 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 september 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 september 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 september 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 16 september 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 4 oktober 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010115824) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen indicatie heeft voor de door haar gewenste ingreep. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 november 2010 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 18 februari 2011 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 22 februari 2011 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 te Stadtlohn, dr. Abbink, heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "uitgebreide spondylosis met facetarthrosen vnl L2-L3 met lokaal een uitgesproken spinaalstenose op dit niveau".
- 4.2. Verzoekster stelt dat zij in verband met rugklachten diverse medisch specialisten in Nederland heeft bezocht. Deze raadden haar aan te gaan fietsen, een korset te dragen en zich te laten behandelen volgens de Mensendieck-methode. Ook zijn verzoekster zooltjes aangemeten. De klachten bleven echter aanhouden. De specialisten hebben verklaard geen operatie te kunnen uitvoeren. Verzoekster heeft daarom dr. Abbink in Stadtlohn geconsulteerd, die wel een mogelijkheid zag tot een operatie. Uit een uitspraak van een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster opgemaakt dat de ziektekostenverzekeraar van mening is dat verzoekster met haar 81 jaar te oud is om een dergelijke operatie te ondergaan.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij zich gediscrimineerd voelt. De behandelend arts in Nederland wilde haar niet helpen. Volgens de huisarts had dit met haar leeftijd te maken. Dr. Abbink zag wel een behandelmogelijkheid. Een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster verteld dat een reguliere knieoperatie € 12.000,- kost, en dat het dus niet gaat om de kosten, maar om de leeftijd van verzoekster.

4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat twee orthopedisch chirurgen en een neuroloog in Nederland verzoekster hebben onderzocht. Zij hebben geconstateerd dat de klachten van verzoekster niet gekoppeld kunnen worden aan een operabele oorzaak. Verzoekster heeft derhalve geen indicatie voor de operatie in Stadtlohn. Bovendien ontbreekt in het dossier een verwijzing naar dr. Abbink. De afwijzing houdt geen verband met de leeftijd van verzoekster.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij niet gaat over het stellen van een operatie-indicatie. Verzoekster is in Den Helder en Nijmegen geweest, en daar is door de artsen vastgesteld dat een operatie de oorzaak van de klachten niet kan wegnemen. Ook de eigen medisch adviseur ziet geen indicatie. Er is niet verwezen naar dr. Abbink.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 gehouden is de aanspraak alsnog 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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 4.1 tot en met 4.23 van de zorgverzekering.

Artikel 4.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“Voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, dan wel de arts, die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, de bedrijfsarts of de medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg. (...) De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. (...)*

*Aanspraak bestaat op medisch-specialistische behandeling, verleend door een medisch-specialist of een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen zorgaanbieder, in een ziekenhuis of revalidatie-instelling. (...)*

Artikel 3.6.26 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

*“De verzekerde is verplicht:*

*(...)*

*f. bij behandelingen waarvoor in de verzekeringsvoorwaarden een schriftelijke verwijzing is vereist, een verwijfsbrief van de behandelend geneeskundige te overleggen, waaruit blijkt, dat de geboden zorg en/of het vervoer medisch noodzakelijk is of is geweest; (...)*”

Artikel 4.21 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*“De verzekerde, die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg als bedoeld in artikel 4 van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. (...)*”

Artikel 3.6.3 van de zorgverzekering regelt de hoogte van de vergoeding indien gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgverlener en luidt, voor zover hier van belang:

*“Verzekerde dient een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst te betrekken bij een zorgaanbieder, met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs. Indien de verzekerde deze zorg of dienst niettemin betreft bij een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, heeft de verzekerde recht op een gedeeltelijke vergoeding van kosten. De gedeeltelijke vergoeding bedraagt 90% van de gemiddeld door de zorgverzekeraar met de zorgaanbieders overeengekomen tarieven. Het per zorg of dienst geldende bedrag is vermeld in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorg. (...)*”

- 8.3. De artikelen 3.6.3, 3.6.26, 4.2 en 4.21 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.2 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. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een 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 gebruikmaakt van een zorgverlener die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. De vraag die partijen verdeeld houdt, is of verzoekster een indicatie heeft voor de door haar gewenste operatie. De commissie sluit zich bij de beoordeling hiervan aan bij het CVZ-advies. Daarin is het volgende overwogen:

*“De vraag die beantwoord moet worden is of er in dit geval een indicatie is voor de gevraagde operatie. In het dossier zijn twee documenten uit de behandelende sector aanwezig. Dit zijn ten eerste een MRI-verslag uit het ziekenhuis in Den Helder en ten tweede een korte klinische beschrijving met behandelplan van de buitenlandse specialist. Deze twee documenten zijn voldoende om de vraag te beantwoorden. Het MRI-verslag vermeldt geen rughernia en geen kanaalstenose, hetgeen betekent dat hieruit geen redenen blijken om zenuwwortels uit de knel te halen. Het verslag van de buitenlandse specialist bevat geen gegevens om een andere kijk op de zaak te geven.”*

Nu gebleken is dat verzoekster geen indicatie heeft voor de door haar gewenste ingreep, heeft zij geen aanspraak op de vergoeding daarvan ten laste van de zorgverzekering.

**Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de door verzoekster gewenste zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

**Conclusie**

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 maart 2011,

Voorzitter