

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D vs E te F  
Zaak : Geneeskundige zorg, endoscopische HNP met behulp van lasertechniek in  
Duitsland.  
Zaaknummer : ANO07.049  
Zittingsdatum : 4 april 2007

Zaak: ANO07.049, geneeskundige zorg, endoscopische HNP met behulp van laser in Duitsland

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art.10, 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster, in deze vertegenwoordigd door C te D,

tegen

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 1 mei 2006 inzake het slechts ten dele vergoeden van de door haar ondergane rugoperatie in Duitsland.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Ziektekostenverzekering Flexibel, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 1 mei 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de initieel gevraagde hernia-operatie in Duitsland tegen het daarvoor geldende Nederlandse tarief - te weten € 5.338,66 - zal worden vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. De zorgverzekeraar heeft niet binnen een redelijke termijn gereageerd op dit verzoek.
- 3.4. Bij brief van datum 30 oktober 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is meer te vergoeden dan de toegezegde € 5.338,66.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 14 december 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Bij brief van 25 januari 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Op 19 december 2006 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.

Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster op 26 december 2006 afgezien, terwijl de zorgverzekeraar op 25 januari 2007 heeft aangegeven niet te willen worden gehoord.

- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 22 februari 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is met het bindend advies aan partijen gezonden.

#### 4. Het standpunt van verzoek(st)er

- 4.1. Verzoekster is een 62-jarige vrouw die, blijkens de brief van 28 maart 2006 van de behandelend orthopedisch-chirurg uit Duitsland, klachten had aan de rug en het linkerbeen ten gevolge van een afwijking aan de laatste en voorlaatste tussenwervelschijf (L5/S1 en L4/L5). Zijn voorstel was decompressie van de beide uittredende zenuwwortels, denervatie van de aangedane facetgewrichten en een stabilisatie van niveau L4/L5. Hiervoor is bij de zorgverzekeraar een aanvraag gedaan. Blijkens het operatieverslag van 22 mei 2006 zijn tijdens de endoscopische en microscopische operatie de wortels van L4 en L5 beiderzijds ontlast met behulp van lasertechniek. Niveau L4/L5 is gestabiliseerd met een Coflex® prothese.
- 4.2. Voorts blijkt uit het operatieverslag dat een operatie aan de duim heeft plaatsgevonden waarbij een ligament is gekliefd om de verdikte flexorpees weer ruimte te geven.
- 4.3. Verzoekster heeft bewust gekozen voor een behandeling door haar orthopedisch-chirurg in Duitsland, nu deze haar uitstekend geholpen heeft na een eerdere heupoperatie elders, die niet zonder complicaties was verlopen. Gezien deze ervaring heeft zij zich, toen zij ondragelijke pijnen in de onderrug kreeg, opnieuw tot de haar vertrouwde medisch-specialist in Duitsland gewend.
- 4.4. Verzoekster heeft op 9 april 2006 een aanvraag ingediend - voorzien van het behandelingsvoorstel door haar orthopedisch-chirurg van 28 maart 2006 - bij de zorgverzekeraar, met het verzoek de kosten te vergoeden. De zorgverzekeraar heeft op 1 mei 2006 laten weten vergoeding te zullen verlenen op basis van het in Nederland geldende tarief, te weten € 5.338,66. Verzoekster kan zich niet vinden in de enkele mededeling van de zorgverzekeraar dat de bovengenoemde ingreep wordt vergoed tegen het Nederlandse tarief zonder nadere motivering van de gronden waarop dit besluit is gebaseerd. De commissie begrijpt dit aldus dat verzoekster integrale vergoeding van de kosten vraagt.

#### 5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft, op basis van de op 28 maart 2006 verstrekte informatie van de orthopedisch-chirurg uit Duitsland, besloten tot een vergoeding van € 5.338,66. Hierbij is de behandeling "*dekompressie van de beide uittredende zenuwwortels, naast een denervatie van de aangedane facetgewrichten en een stabilisatie van het niveau L4/L5*" vertaald naar DBC-code 05.11.00.3044.0213, waarvoor een tarief van € 5.338,66 geldt.
- 5.2. De zorgverzekeraar geeft aan de gevraagde behandeling overeenkomstig de polisvoorwaarden te hebben beoordeeld, waarin de aanspraak op geneeskundige zorg wordt begrensd door de stand der wetenschap en praktijk en door hetgeen medisch-

specialisten als hulp plegen te bieden. Het feit dat de ingreep in een ander EU land heeft plaatsgevonden doet daar niet aan toe of af.

- 5.3. Uit het operatieverslag van 22 mei 2006, dat hem pas met het schrijven van 19 september 2006 van de SKGZ heeft bereikt, is de zorgverzekeraar gebleken dat de operatie aan de rug anders is verlopen dan in de aanvraag werd gesteld. Hieruit blijkt namelijk dat sprake is geweest van een endoscopische herniabehandeling met gebruikmaking van lasertechniek, hetgeen in de aanvraag niet is vermeld. Op basis van het advies van zijn medisch adviseur en een vrijwillig advies van het College voor zorgverzekeringen inzake de gebruikelijkheid van cervicale endoscopische percutane nucleotomie (buitenland), is de zorgverzekeraar van mening dat deze operatie vanwege de toegepaste techniek niet valt aan te merken als gebruikelijke zorg.
- 5.4. De zorgverzekeraar stelt zich thans op het standpunt dat, nu de uitgevoerde rugoperatie niet is aan te merken als gebruikelijke zorg, de bedoelde operatie geen verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering is. Het bij uitkeringsspecificatie van 13 september 2006 vermelde bedrag van € 5.338,66 is zijns inziens dan ook onverschuldigd betaald.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

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

## 7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering. Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.
- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. Vergoeding voor geneeskundige zorg staat vermeld in artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Artikel 18.2 bepaalt wanneer aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en onder welke voorwaarden. Hierin staat voor zover hier relevant, in lid 1 het volgende vermeld:

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

In verband met de klinische zorg wordt in lid 2, voor zover hier van belang, hieraan toegevoegd:

*“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. Voorts wordt in artikel 2 lid 4 ten algemene bepaald:

*“Lid 4. De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.”*

7.4. De hoogte van de vergoeding van de kosten wordt geregeld in artikel 3 lid 2:

*“De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:  
- het op dat moment op basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;  
- indien en voor zover geen (maximum-)tarief, of basis van de Wet Tarieven Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.”*

7.5. De regeling van de artikelen 2 lid 4 en 18.2 is volgens de algemene voorwaarden, artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

7.6. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel b van de 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. Waar het gaat om geneeskundige zorg, is een en ander naar inhoud en omvang omschreven in de artikelen 2.1 lid 2 en 2.4 lid 1 Bzv. In artikel 2.2 Bzv wordt bepaald dat kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn, in mindering worden gebracht op de vergoeding.

7.7. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

7.8. De commissie is op basis van de in het dossier aanwezige stukken van oordeel dat de beantwoording van de vraag of sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering in het midden kan blijven. Met het schriftelijk verlenen van toestemming door de zorgverzekeraar op 1 mei 2006 voor de rugoperatie, is in dit geval de vraag naar de gebruikelijkheid van de zorg een gepasseerd station. De stelling van de zorgverzekeraar dat hij uit de oorspronkelijke aanvraag niet heeft kunnen opmaken dat de uitvoering van de behandeling niet op gebruikelijke wijze zou plaatsvinden, blijft voor risico van de zorgverzekeraar. Het lag op zijn weg nadere informatie in te winnen bij onduidelijkheden. In plaats daarvan heeft hij er voor gekozen op basis van de aanvraag toestemming te verlenen voor de behandeling, zonder enige andere clausulering dan die ten aanzien van de hoogte van de vergoeding en een eventueel nog te verrekenen eigen risico. Het genoemde en reeds uitge-

keerde bedrag is derhalve verschuldigd betaald. Verzoeker heeft om de navolgende redenen geen aanspraak op een hoger bedrag.

- 7.9. De commissie heeft na onderzoek vastgesteld dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code niet bestaat volgens de geëigende bronnen daarvoor (NZa en DBC-onderhoud). De meest in aanmerking komende DBC-code is die van een HNP – 05.11.00.1360.0213. Dit betreft een DBC-code uit het B-segment die zijn aangewezen ter vrije onderhandeling tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. De hoogte van de door de zorgverzekeraar toegekende vergoeding komt de commissie daarbij alleszins redelijk voor, uitgaande van een HNP waarvoor een vrij onderhandelbaar tarief bestaat.
- Ten aanzien van de door verzoekster op een later moment ingebrachte operatie aan de duim merkt de commissie op dat, nu deze operatie niet door de behandelend specialist in rekening is gebracht - de geoffreerde operatie is identiek aan de rekening voor de uitgevoerde operatie behoudens een verschil van € 1000,00 in de post implantaten - de zorgverzekeraar in redelijkheid niet gehouden kan worden hiervoor een aanvullende vergoeding te verlenen teneinde verzoekster tegemoet te komen in de voor haar rekening blijvende kosten.
- 7.10. Tot slot is de commissie van oordeel dat de in het kader van de rugoperatie overige ingediende rekeningen niet voor vergoeding in aanmerking komen, nu deze rekeningen van de (voor-)onderzoeken, van de tijdens de opname voorgeschreven medicijnen, waartoe de commissie, anders dan het College voor zorgverzekeringen, ook de Prednison® en Pen Mega® (beide ontstekingsremmers) rekent, en van het (tijdelijke) korset in het Nederlandse vergoedingstelsel deel uit maken van het DBC-tarief.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 april 2007,

Voorzitter