

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C, en D, beide te E
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, plastische chirurgie, lipoom, vaststelling DBC
Zaaknummer : 2012.02919
Zittingsdatum : 12 juni 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, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 20 Vo 883/2004)

1. Partijen

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

tegen

1) C en

2) D beide te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgop-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren polis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft op 3 juli 2012 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor vergoeding van het chirurgisch verwijderen van een lipoma in zijn rug, uit te voeren in het ziekenhuis te Leuven, België (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker hierop bij brief van 11 juli 2012 verzocht om nadere informatie. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 9 augustus 2012 de gevraagde informatie gezonden.

3.2. Bij brief van 21 augustus 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat voor de gevraagde ingreep prestatiecode 990004052 van toepassing is. De maximale vergoeding hiervoor bedraagt € 671,87. Aangezien de zorgaanbieder niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, wordt maximaal 75 percent van het Nederlandse tarief vergoed, hetgeen neerkomt op € 503,90.

3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 19 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat bij nader inzien prestatiecode 990004047 meer passend is. De maximale vergoeding hiervoor bedraagt € 901,76. Aangezien 75 percent van het Nederlandse tarief wordt vergoed, bedraagt de vergoeding € 676,32.

3.4. Verzoeker heeft hierop de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de herziene beslissing gevraagd.

- 3.5. Bij brief van 2 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker medegedeeld zijn beslissing van 19 oktober 2012 te handhaven.
- 3.6. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.7. Bij brief van 12 februari 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.8. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 april 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 april 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 29 april 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 mei 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.11. Bij brief van 24 april 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 22 mei 2013 (zaaknummer 2013055894) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op basis van het operatieverslag/medisch attest de DBC 990004047 passend is. Een afschrift van het CVZ-advies is op 28 mei 2013aan partijen gezonden.
- 3.12. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 juni 2013 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.13. Bij brief van 13 juni 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 17 juni 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 verzoeker
 - 4.1. Bij verzoeker is op 9 juli 2012 een lipoom chirurgisch verwijderd. De behandelend arts heeft op 13 juli 2012 verklaard dat sprake was van een recidiverend "low grade lipoma-like liposarcoma" ter hoogte van de linker lende. De ingreep heeft onder algehele narcose plaatsgevonden. Verzoeker heeft op 9 augustus 2012 schriftelijk verklaard

dat hij door het lipoom hinder ondervond bij het optillen van zijn linkerarm, zowel op het werk als bij het sporten, en dat hij niet kon slapen op zijn rechter zijde. Ook werd de knobbel op zijn rug steeds opvallender.

- 4.2. De door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) is niet correct. De DBC met prestatiecode 990004047 ziet op een kleine reconstructie. Bij verzoeker was echter sprake van een "majeure" ingreep. Gezien de uitgebreidheid van het letsel diende verzoeker te worden opgenomen voor een ingreep onder algehele narcose. Dit blijkt ook uit het medisch attest van 27 oktober 2012.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar erkent in zijn brief van 2 november 2012 dat sprake was van een majeure ingreep. Desondanks wordt het verzoek om een hogere vergoeding afgewezen, omdat de medisch adviseur van mening is dat de juiste DBC – die voor een kleine reconstructie - is toegepast.
- 4.4. Verzoeker meent dat in zijn situatie de DBC met prestatiecode 990004043 met de omschrijving "diagnose algemeen/reconstructie gemiddeld/ met vpld" (verpleegdagen) van toepassing is. Het tarief hiervoor is € 2.539,62. De maximale vergoeding zou 75 percent hiervan bedragen, dat wil zeggen € 1.904,71. De totale kosten van de ingreep zijn € 1.722,78. Verzoeker heeft dus aanspraak op volledige vergoeding van het bedrag van € 1.722,78, onder aftrek van de reeds toegekende vergoeding van € 676,32. De aanvullende vergoeding waarop hij aanspraak heeft bedraagt derhalve € 1.046,46.
- 4.5. Verzoeker heeft in 2004 in Leuven dezelfde ingreep ondergaan. Zijn toenmalige ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van de ingreep destijds volledig vergoed.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij voorafgaand aan de ingreep telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar. Hierbij is hem verteld dat hij een aanvraag moest indienen en dat de kosten voor 75 percent zouden worden vergoed, omdat de zorgverlener niet is gecontracteerd. Op 11 juli 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar hem verzocht om foto's op te sturen. Verzoeker heeft de gevraagde foto's op 9 augustus met een begeleidende brief en het operatieverslag naar de ziektekostenverzekeraar gezonden. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker schriftelijk medegedeeld dat de kosten deels zouden worden vergoed. In deze brief staat echter ook dat het bedrag nog kon veranderen als de behandeling anders zou verlopen dan is vermeld op de aanvraag. Verzoeker maakte zich daarom geen zorgen en heeft vervolgens de ziekenhuisnota ter declaratie ingediend.
Verzoeker heeft ter zitting benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft weersproken dat sprake was van een majeure ingreep onder algehele narcose. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar trekt de deskundigheid van de chirurg in twijfel. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar toestemming gegeven contact op te nemen met de chirurg, maar deze heeft hiervan geen gebruik gemaakt. Verzoeker benadrukt dat de kosten van een operatie in België lager zijn dan in Nederland. Als hij zich door een gecontracteerde zorgaanbieder had laten opereren zouden de kosten volledig zijn vergoed, ook als de ingreep onder volledige narcose had plaatsgevonden en als een opname had plaatsgevonden. Hij wil daarom in ieder geval vergoeding van 75 percent van het tarief dat in dat geval zou zijn vergoed

- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoeker heeft op 3 juli 2012 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor vergoeding van het chirurgisch verwijderen van een lipoma in zijn rug, uit te voeren in het ziekenhuis te Leuven. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag op 5 juli 2012 ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker hierop bij brief van 11 juli 2012 verzocht om nadere informatie. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 9 augustus 2012 de gevraagde informatie gezonden.
- 5.2. Verzoeker heeft een naturapolis. Daarom heeft verzoeker bij gebruik van een niet-gecontracteerde zorgverlener – voor zover hij tijdig passende zorg van goede kwaliteit had kunnen krijgen bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder – aanspraak op vergoeding van 75 percent van het wettelijk tarief of het Nederlandse marktconform tarief.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft geen overeenkomst gesloten met het ziekenhuis in Leuven waar verzoeker is geopereerd. Voor deze ingreep geldt voorts geen wettelijk vastgesteld tarief. Verzoeker heeft daarom aanspraak op 75 percent van het Nederlandse marktconform tarief. In Nederland worden behandelingen in het ziekenhuis gedeclareerd met een DBC. Deze ondervangt alle activiteiten van een ziekenhuis en een medisch specialist die het gevolg zijn van een bepaalde zorgvraag. Voor de onderhavige zorgvraag is de DBC met prestatiecode 990004047 de best passende. Deze DBC heeft als omschrijving: diagnose algemeen / kleine reconstructie / plastische chirurgie. Het Nederlandse marktconforme tarief hiervoor is € 901,76. De vergoeding bedraagt 75 percent hiervan, hetgeen neerkomt op € 676,32.
- 5.4. De eerstvolgende (zwaardere) prestatiecode is 0304.511: “maligne tumor in FG tr/tr<1%”. Dit betreft een ingreep met transpositie of transplantatie. Tijdens de onderhavige ingreep heeft geen transpositie of transplantatie plaatsgevonden. Het gaat hier voorts om gezwellen en dergelijke die zich bevinden in de dieper liggende structuren dan die onder de in 5.2 genoemde prestatiecode vallen.
- 5.5. Een lipoom (vetgezwel) bevindt zich in de subcutis, in het onderhuids vetweefsel. Het kent slechts een geringe dikte, zo ook bij verzoeker. Uit de beschikbare gegevens blijkt dat het om een lipoom gaat van 5 x 8 cm, dat goed afgrensbaar en los van de onderlaag (spierlaag) is, zoals passend bij een lipoom. Een lichaamsholte wordt bij de verwijdering van een lipoom uiteraard niet geopend. Een dergelijke ingreep kan uitstekend onder lokale anesthesie (lidocaïne met adrenaline) worden uitgevoerd. Een algehele anesthesie met dagopname is niet noodzakelijk. Hoewel bij verzoeker geen sprake was van een klein lipoom, kan door de ontbrekende noodzaak voor dagopname en algehele anesthesie niet worden gesproken van een ‘majeure ingreep’. Overigens spreekt de behandelend arts in het medisch attest van 13 juli 2012 niet van een majeure ingreep. Dit komt pas na beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 21 augustus 2012, waarin de vergoeding van de ingreep deels wordt afgewezen.
- 5.6. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 2 november 2012 erkent dat sprake was van een majeure ingreep. Dit is echter niet correct. Met de betreffende zin wordt de stelling van verzoeker weergegeven. Deze zin moet dan ook in samenhang met de zin daarvoor worden gelezen.

- 5.7. Omdat verzoeker destijds bij een andere verzekeraar was verzekerd, kan de ziektekostenverzekeraar niet verklaren waarom de kosten van de ingreep in 2004 volledig zijn vergoed. Mogelijk ligt de oorzaak in het feit dat in 2005 de DBC-systematiek is ingevoerd.
- 5.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt alleen aanspraak op vergoeding van niet-spoedeisende zorg in het buitenland tijdens tijdelijk verblijf buiten het woonland. Dit artikel is alleen van toepassing indien verzoeker voor andere doeleinden dan voor zorg (bijvoorbeeld vakantie) naar België was gegaan. Verzoeker was echter speciaal voor de zorg naar België gegaan.
- 5.9. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat indien verzoeker in Nederland zou zijn geopereerd onder algehele narcose en hij zou zijn opgenomen voor de ingreep, dezelfde code zou zijn gebruikt als nu is toegepast voor het vaststellen van de hoogte van de vergoeding.
- 5.10. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.21 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en van 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 gehouden is de kosten van de onderhavige ingreep alsnog volledig te vergoeden, 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 B.1 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel B.4.5 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat, en dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"B.4.5.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgen. Het gaat om correcties van:

a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken.

Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief)

dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. (...)”

- 8.3. Artikel B.2 van de zorgverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

“Gaat u in het buitenland naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.0.6.

(...)

B.2.1. Wonen in Nederland en zorg in buitenland Als u in Nederland woont, hebt u recht op (vergoeding van) verzekerde zorg door een zorgverlener buiten Nederland.

(...)”

- 8.4. Artikel A.0.6 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“(...)

b. Verlaagd tarief (75%)

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken? En had u in uw situatie wel tijdig passende zorg kunnen krijgen van een zorgverlener met wie wij wel een overeenkomst hebben gesloten? Wij verlagen de vergoeding met 25%. Wij vergoeden dus 75% van het wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief dan vergoeden wij 75% van het marktconforme tarief.

(...)”

- 8.5. De artikelen B.2 en B.4.5 van de zorgverzekering en A.0.6 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. 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. Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.

- 8.7. 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.

- 8.8. Artikel 20 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “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. (...)”

- 8.9. Artikel D.14.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op niet-spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

“D.14.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat:

- a. niet-spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf buiten uw woonland;*
b. niet-spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf buiten uw woonland maar in een EU-lidstaat of een EER-lidstaat.

Het moet om zorg gaan, die ook zou zijn vergoed als die in Nederland of uw woonland zou hebben plaatsgevonden.

(...)

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

(...)

- b. De medische kosten in het buitenland worden ten hoogste vergoed volgens de tarieven in Nederland;*

(...)”

- 8.10. In het Vergoedingen Overzicht is bepaald dat niet-spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland, samen met de vergoeding uit de zorgverzekering, wordt vergoed tot maximaal de vergoeding volgens de gesloten aanvullende ziektekostenverzekering en het marktconforme tarief.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Niet in geschil is dat de door verzoeker ondergane ingreep een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat hij hiervoor een indicatie had. Enkel de hoogte van de door de ziektekostenverzekeraar verleende vergoeding houdt partijen verdeeld.
- 9.2. De in het geding zijnde zorgkosten zijn gemaakt in België, een lidstaat van de EU. Verzoeker 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 van Vo. nr. 883/2004.
- 9.3. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Hij is daarbij gehouden de ziektekostenverzekeraar een rede-

lijke termijn te gunnen voor de verwerking van dit verzoek. Gezien de medische situatie van verzoeker is een termijn van vier dagen niet te beschouwen als een redelijke termijn zodat de situatie vergelijkbaar is met die waarin voorafgaand aan de behandeling in het geheel geen toestemming is gevraagd. De verordening vindt derhalve geen toepassing en er dient te worden getoetst aan artikel B.2 van de zorgverzekering.

- 9.4. Voor zover het Nederlandse marktconforme tarief van toepassing is, is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-prestatiecode 990004047, met als omschrijving: "Diagnose algemeen / reconstructie klein / plastische chirurgie". Het betreft een DBC-code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgverleners. Het tarief dat de ziektekostenverzekeraar voor deze DBC-code gemiddeld is overeengekomen bedraagt, volgens de op de website van de ziektekostenverzekeraar gepubliceerde lijst 'Zorgproducten B-segment 2012', € 889,10. Hierop mag door de ziektekostenverzekeraar een korting worden toegepast van 25 percent, overeenkomstig artikel A.0.6 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering. Dit leidt tot een vergoeding van € 666,83.
- 9.5. Verzoeker heeft onvoldoende feiten en omstandigheden aannemelijk gemaakt die zouden kunnen leiden tot het oordeel dat de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-code onjuist is, zodat de conclusie moet zijn dat verzoeker geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan op basis van de toegepaste DBC. Dat hij een dag is opgenomen geweest en dat de ingreep onder volledige narcose heeft plaatsgevonden, maakt het vorenstaande niet anders en kan niet leiden tot een hogere vergoeding. Indien hij in Nederland zou zijn geopereerd zou immers dezelfde DBC van toepassing zijn geweest, ook in geval van opname.
- 9.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 oktober 2012 evenwel gesteld dat voor deze ingreep een gemiddeld tarief € 901,76 is overeengekomen en dat de vergoeding daarom € 676,32 bedraagt. Nu de ziektekostenverzekeraar reeds een hogere vergoeding heeft toegekend dan waarop verzoeker volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak heeft, zal de commissie in deze beslissing niet treden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt alleen dekking voor niet-spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf buiten het woonland en niet voor zorg waarvoor men speciaal naar het buitenland reist. Daarom kan de aanspraak niet ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering worden ingewilligd.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 juni 2013,

Voorzitter