



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E en F, beide te G  
Zaak : Bonaire, geneeskundige zorg, hoogte vergoeding  
Zaaknummer : 201303236  
Zittingsdatum : 5 november 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.4 Bzv)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

- 1) E te G, en
- 2) F te G,

hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering TandVerzorgd 1 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een geneeskundige behandeling, bestaande uit repositie van de pols, uitgevoerd op Bonaire, ten bedrage van USD 3.479,13 (€ 2.714,51) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 6 juni 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat een bedrag van € 362,78 wordt vergoed, onder verrekening van het verplicht eigen risico.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 9 juli en 11 oktober 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 1 april 2014 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 (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 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 28 juli 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 juli 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 augustus 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 oktober 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 28 juli 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 29 augustus 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014096375) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de toegepaste DBC productcode het meest passend is. In de voorwaarden van de overeengekomen zorgverzekering is bepaald dat kosten van zorg in het buitenland worden vergoed conform de Nederlandse marktconforme tarieven. Dit komt overeen met hetgeen daarover bij en krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 15 oktober 2014 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 november 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 6 november 2014 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en een door verzoeker ter zitting overgelegd stuk gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en het stuk aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 17 november 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en het stuk geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend arts heeft over verzoeker het volgende verklaard: *“Op 2 april 2013 werd er een onbloedige repositie gedaan in de operatiekamer onder doorlichting i.v.m. een intra-articulaire distale radiusfractuur. Dit werd in de OK gedaan omdat de fractuur mogelijk instabiel zou zijn en er operatief zou moeten kunnen worden ingegrepen, hetzij met pinnen of een plaatosteosynthese”.*
- 4.2. Verzoeker heeft tijdens zijn verblijf op Bonaire een complexe polsbreuk opgelopen en is hiervoor behandeld in het Fundashon Mariadal Hospital. De kosten van de behandeling bedragen omgerekend € 2.769,40. De ziektekostenverzekeraar heeft conform de verzekeringsvoorwaarden een vergoeding verleend. Volgens de ziektekostenverzekeraar bedraagt het Nederlandse tarief voor de behandeling van een gebroken pols € 362,78. Het is onduidelijk welke deelprestaties hier onder vallen. Na aftrek van het verplicht eigen risico van € 350,--, heeft verzoeker een vergoeding van € 12,78 ontvangen. In zijn toelichting van 11 oktober 2013 verwijst de ziektekostenverzekeraar naar artikel B24 van de zorgverzekering. Hierin staat onder andere beschreven dat spoedeisende zorg in Nederland altijd volledig wordt vergoed conform de daarvoor in Nederland geldende tarieven. Bij brief van 9 juli 2013 stelt de ziektekostenverzekeraar dat Bonaire als buitenland wordt beschouwd, waardoor artikel B24 van de zorgverzekering in casu niet van toepassing is. Verzoeker wenst volledige vergoeding van de behandeling van zijn gebroken pols op Bonaire. Thans is een bedrag van € 2.406,62 voor zijn rekening gebleven.
- 4.3. Verzoeker benadrukt dat de behandelend arts heeft besloten dat zijn gebroken pols in een operatiekamer diende te worden gerepositioneerd. Hij heeft dit besloten, omdat de fractuur mogelijk instabiel was en er in dat geval operatief zou moeten worden ingegrepen, met pinnen of een plaatosteosynthese. Het was niet mogelijk deze behandeling in de kleine gipskamer van het ziekenhuis uit te voeren. De verklaringen van de behandelend arts en van het ziekenhuis

zijn door verzoeker overgelegd. Verzoeker heeft derhalve niet zelf de keuze gemaakt om zijn gebroken pols in de operatiekamer te laten repositioneren, met de hieraan verbonden hogere kosten, in plaats van de gipskamer. Volgens verzoeker mag hij er niet de dupe van worden dat de Zorgverzekeringswet geen extra tarief kent voor het zetten van een breuk in een operatiekamer. Daarnaast was de zorg spoedeisend; deze kon niet wachten tot na terugkeer in Nederland. Verzoeker merkt verder op dat de door hem indertijd afgesloten reisverzekering geen dekking bood voor ziektekosten. Tot slot stelt verzoeker dat de spoedeisende zorg die op Bonaire aan hem is verleend onder de dekking van de zorgverzekering valt. Bonaire is immers sinds 10 oktober 2010 een bijzondere gemeente van Nederland.

4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij zich heeft voorbereid op de vakantie door te bezien hoe hij zich moest verzekeren. Omdat Bonaire ook Nederland is, leek een aanvullende verzekering niet nodig. In de polis staat dat - als wel sprake is van buitenland - een vergoeding wordt verleend conform het Nederlandse stelsel. Zorgactiviteiten worden vergoed op basis van een DBC-code. De ziektekostenverzekeraar heeft opgaaf gedaan van deze code en daarmee was het klaar. Verzoeker stelt dat bij een intra-articulare radiusfractuur door de Nederlandse Orthopaedische Vereniging repositie wordt voorgeschreven. In Nederland wordt een breuk gezet in een gipskamer. Op Bonaire kon dit niet, en is de repositie uitgevoerd in een operatiekamer. Hiervan mag verzoeker niet de dupe worden. Voorts voert verzoeker aan dat het bijzonder is dat de ziektekostenverzekeraar na anderhalf jaar de stelling betreft dat de factuur van het ziekenhuis niet correct is. Verzoeker is een tijd op de verpleegafdeling geweest in afwachting van het vrijkomen van een operatiekamer. In zijn beleving zijn er geen zaken in rekening gebracht die niet zijn uitgevoerd. Tot slot verklaart verzoeker dat hij niet heeft kunnen voorzien dat het onderhavige hem zou overkomen.

4.5. 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 Bonaire een operatie aan zijn pols ondergaan. Op grond van artikel 35 Wet marktordening gezondheidszorg staat het een zorgverzekeraar slechts vrij om een tarief voor zorg te betalen voor zover die zorg en dat tarief overeenkomen met een door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde prestatie en bijbehorend (maximum)tarief. Derhalve worden de door verzoeker gemaakte ziektekosten op Bonaire vergoed volgens de polisvoorwaarden en de Nederlandse tarieven.

5.2. Het ziekenhuis op Bonaire waar verzoeker is behandeld, is een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt dat indien zorg wordt genoten bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, de kosten worden vergoed tot een maximumbedrag. In het geval van verzoeker was sprake van spoedeisende zorg. Spoedeisende zorg wordt altijd volledig vergoed ten laste van de zorgverzekering conform de daarvoor in Nederland geldende tarieven, ongeacht waar deze zorg plaatsvindt. Kosten die het Nederlandse tarief overstijgen kunnen eventueel worden vergoed ten laste van een aanvullende verzekering. Verzoeker heeft een dergelijke verzekering evenwel niet afgesloten. Voor de behandeling die verzoeker heeft ondergaan is op basis van de beschikbare gegevens DOT-code 199299012 vastgesteld, met een bijbehorend maximumtarief van € 362,78. Het bedrag van € 350,- ter zake van het verplicht eigen risico is hier op ingehouden. Het restant, een bedrag van € 12,78, is aan verzoeker betaald.

Uit de door verzoeker overgelegde stukken blijkt dat geen sprake is geweest van operatief ingrijpen. Uit voorzorg is ervoor gekozen de pols in een operatiekamer te repositioneren. Een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft, uit een oogpunt van zorgvuldigheid, op 11 februari 2014 nog telefonisch contact opgenomen met verzoeker om navraag te doen naar de behandeling. Verzoeker heeft toen bevestigd dat geen sprake is geweest van een operatie en dat de arts uit voorzorg heeft besloten zijn polis in de operatiekamer te repositioneren. De Zorgverzekeringswet kent hiervoor geen extra tarief. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat de juiste zorgproductcode is toegepast.

- 5.3. Verzoeker is van mening dat hij recht heeft op een hogere vergoeding omdat hij een complexe polsbreuk had. De ziektekostenverzekeraar verklaart begrip te hebben voor de situatie van verzoeker en het financiële nadeel dat hij lijdt, maar helaas niet tegemoet te kunnen komen aan zijn verzoek hem een hogere vergoeding toe te kennen. De ziektekostenverzekeraar is namelijk gebonden aan de strikt wettelijke regeling. Betaling van een hoger tarief zou betekenen dat de ziektekostenverzekeraar een economisch delict pleegt. Het staat de ziektekostenverzekeraar dus simpelweg niet vrij om een hogere vergoeding te betalen. Daarnaast valt het de ziektekostenverzekeraar op dat een deel van de zorg die het ziekenhuis op Bonaire aan verzoeker heeft berekend nooit door hem lijkt te zijn verkregen. Zo wordt "Dagverpleging Recovery" (verkoever) gefactureerd, terwijl verzoeker nooit onder narcose is geweest. Van de ziektekostenverzekeraar kan niet worden verwacht dat zorg wordt vergoed die niet is geleverd.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat in de verzekeringsvoorwaarden en op de website niet expliciet is vermeld dat Bonaire als buitenland wordt aangemerkt. Dit is echter voor de beoordeling van onderhavige nota niet relevant.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat binnen de DBC-systematiek kan geen rekening worden gehouden met de situatie dat een breuk niet kan worden gezet in een gipskamer. Het is vervelend dat de zaken voor verzoeker duurder uitvallen, maar hierop heeft de ziektekostenverzekeraar geen invloed. Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar dat op de factuur van het ziekenhuis zaken staan die niet overeenkomen met het verhaal van verzoeker. Dat wordt gesproken over de verkoeverkamer lijkt te wijzen op een operatieve ingreep. Verzoeker had bij de zorgverlener moeten protesteren over de hoogte van de factuur.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar 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 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 ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog volledig in te willigen, 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 ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B9 tot en met B38 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B9 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorg in het buitenland bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

***“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*

ziekttekostenverzekeraar] 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 ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op zorg van een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland verblijft. 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 ziektekostenverzekeraar] in Nederland gecontracteerde tarief.  
(...)"

- 8.4. Artikel B24 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op medisch specialistische zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

**"Welke zorg**

*U heeft recht op:*

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek.  
(...)

**Welke zorgaanbieder**

*U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist. [Naam ziektekostenverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. (...) Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [naam ziektekostenverzekeraar], krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. (...) Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst met maximale vergoedingen is opgenomen, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat [naam ziektekostenverzekeraar] gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.  
(...)*

**Let op**

*Spoedeisende zorg in Nederland wordt altijd volledig vergoed volgens de daarvoor in Nederland geldende tarieven.  
(...)"*

- 8.5. De artikelen 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).
- 8.6. 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.  
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.  
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.

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Onderhavig geschil betreft zorg genoten op Bonaire. Artikel 1 van het Statuut voor het Koninkrijk der Nederlanden bepaalt dat Bonaire deel uitmaakt van het staatsbestel van Nederland. Bonaire valt onder het Caribische deel van het Koninkrijk der Nederlanden en Nederland onder het Europese deel. In het kader van de zorgverzekering wordt onderscheid gemaakt tussen Nederland en het buitenland, waarbij met Nederland, gelet op het voorgaande, uitsluitend het Europese deel van het Koninkrijk der Nederlanden is bedoeld, en Bonaire is aan te merken als buitenland in de zin van artikel B9 van de zorgverzekering. Genoemd Statuut laat de mogelijkheid open dat voor delen van het Koninkrijk op bepaalde terreinen regelingen worden getroffen, hetgeen onder andere is gebeurd voor de verzekering tegen ziektekosten. Bonaire kent hiervoor een eigen wettelijke regeling.

9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat sprake is van spoedeisende zorg. Enkel de hoogte van de vergoeding houdt hen verdeeld. Ingevolge artikel B24 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch specialistische zorg. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC zorgproduct 199299012 (*Letsel (exclusief heupfractuur) | Diagnostisch (zwaar)/ Therapeutisch licht | Letsel overig*) met bijbehorend tarief van € 362,78. Genoemd DBC zorgproduct komt de commissie, mede gelet op het advies van het Zorginstituut van 29 augustus 2014, juist voor. De stelling van verzoeker dat de kosten van het gebruik van de operatiekamer in het ziekenhuis hierin niet verdisconteerd zijn, is juist, maar maakt dit niet anders. Bepalend zijn immers de Nederlandse tarieven. Ook indien de spoedeisende zorg in Nederland zou zijn genoten, zou geen aanspraak bestaan op een hogere vergoeding. Dat op Bonaire sprake is van een andere declaratiesystematiek, waardoor de kosten hoger kunnen uitvallen, geeft evenmin aanspraak op een hogere vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

**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, 19 november 2014,

Voorzitter