

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E  
Zaak : EU/EER, Spanje, geneeskundige zorg, opname, laboratoriumonderzoek, spoedeisendheid, hoogte vergoeding  
Zaaknummer : 2012.02343  
Zittingsdatum : 30 oktober 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 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 19 Vo. nr. 883/2004, art. 25 Vo. nr. 987/2009)

---

## 1. Partijen

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

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk 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, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 4 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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 ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van laboratoriumonderzoek en geneeskundige behandeling met opname, uitgevoerd te Benidorm (Spanje), ten bedrage van € 6.166,82 (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 12 april 2012 en 25 mei 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Bij uitkeringsspecificatie van 27 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat € 341,24 wordt vergoed.

3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 19 juli 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.4. Bij uitkeringsspecificatie van 13 september 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat € 568,73 wordt vergoed.

3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.6. Bij brief van 13 juni 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehou-

den is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.7. 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brieven van 22 augustus 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 27 augustus 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 1 september 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 oktober 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.10. Bij brief van 27 augustus 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 19 september 2013 (zaaknummer 2013099209) 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 geen diagnose gerichte behandeling is uitgevoerd, niet is gebleken van een spoedeisende indicatie voor opname, en de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC passend is. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 2 oktober 2013 aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 30 oktober 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 31 oktober 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 6 november 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. De behandelend arts in Spanje heeft ter zake van verzoeker op 7 mei 2013 het volgende verklaard: “[Verzoeker] verwees ik naar een internist, waarna hij op 21-3-12 werd opgenomen in Hospital de Levante”.
- 4.2. Verzoeker was van 21 maart 2012 tot en met 26 maart 2012 opgenomen in Hospital de Levante te Benidorm.
- 4.3. Verzoeker voelde zich tijdens zijn overwinteringsvakantie in Spanje niet goed. Hij had gedurende twee weken geen trek in eten en viel enkele kilo's af. Hierop heeft hij een Nederlandse arts aldaar geconsulteerd. Deze arts verwees hem naar een internist.

De internist besloot verzoeker te laten opnemen in het ziekenhuis. Deze opname heeft zes dagen geduurd. Verzoeker is onderzocht en behandeld. De totale kosten van de genoten zorg bedragen € 6.166,82. Hiervan is door de ziektekostenverzekeraar slechts € 568,73 vergoed. Verzoeker is het niet eens met deze vergoeding.

- 4.4. Op enig moment verzocht de ziektekostenverzekeraar verzoeker een verwijzing van een Nederlandse arts over te leggen. Dit verzoek is onbegrijpelijk. Er was immers sprake van spoedeisende zorg. Verzoeker heeft zich vanwege de klachten tot een Spaanse arts gewend. Van geplande zorg in het buitenland op verwijzing van een Nederlandse arts is geen sprake.
- 4.5. Verzoeker verklaart dat hij bij opname in het ziekenhuis heel erg ziek was. Hij is toen ook begeleid door iemand. De ziektekostenverzekeraar dient de kwestie zeer serieus te nemen, zeker gelet op verzoekers hoge leeftijd.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij tijdens zijn verblijf in Spanje aftakelde. Als gezegd heeft hij zich tot de huisarts aldaar gewend. De huisarts heeft bloedonderzoek uitgevoerd. Verzoeker diende de volgende dag terug te komen om de uitslag hiervan te vernemen. Naar aanleiding hiervan heeft de huisarts verzoeker verwezen naar een internist. De huisarts heeft met het ziekenhuis gebeld om te informeren of er plaats was. Er werd aangegeven dat verzoeker direct kon komen. Het bezoek aan de huisarts was op 20 maart, en op 21 maart is verzoeker opgenomen. Verzoeker verklaart nimmer te zijn voorgelicht dat in dergelijke situaties contact dient te worden opgenomen met de alarmcentrale. Voorts stelt verzoeker dat hij zijn verzekeringspas bij zich had, en dat hij een Nederlandse tolk kreeg toegewezen. In het ziekenhuis moest een formulier worden ondertekend. Dit heeft hij gedaan. Verzoeker heeft hiervan geen kopie ontvangen. In het ziekenhuis hebben diverse onderzoeken plaatsgevonden. Ook is verzoeker gezien door een cardioloog en is een infuus aangelegd. Verzoeker verklaart zich weinig tot niets te herinneren van het bezoek van een medewerker van de alarmcentrale aan het ziekenhuis op 23 maart. In het ziekenhuis werd een infectie ontdekt. Aangezien verzoeker op korte termijn zou terugkeren naar Nederland, is hij hiervoor niet behandeld in Spanje. Terug in Nederland heeft verzoeker zich tot de huisarts gewend en is de infectie poliklinisch behandeld. De ziektekostenverzekeraar refereert steeds aan het niet-spoedeisende karakter van de zorg in Spanje. Verzoeker stelt dat wel degelijk sprake was van spoedeisendheid.
- 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. De zorgverzekering biedt aanspraak op medisch specialistische zorg. Voorwaarde is dat een verzekerde beschikt over een verwijzing van de huisarts of medisch specialist, en dat de zorg gebruikelijk, medisch noodzakelijk en doelmatig is (artikel B4 en B5 van de zorgverzekering).
- 5.2. Bij zorg in het buitenland waarbij sprake is van opname dient contact te worden opgenomen met de alarmcentrale (artikel B9 van de zorgverzekering). De artsen van de alarmcentrale beoordelen of de opname spoedeisend, medisch noodzakelijk, en doelmatig is. Spoedeisende zorg is zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot bij terugkeer in Nederland.

- 5.3. Daarnaast biedt de zorgverzekering aanspraak op in het buitenland genoten zorg tot maximaal het in Nederland geldende tarief. Op grond van Europese verordeningen dient na tarifiering het voor de verzekerde meest gunstige tarief te worden vergoed. Verzoeker heeft een naturapolis. Wanneer zorg wordt betrokken bij een gecontracteerde zorgaanbieder, worden de kosten rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Indien een verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder bestaat aanspraak op een gedeeltelijke vergoeding; er wordt een restitutiekorting van 40% op het Nederlandse tarief toegepast (artikel B24 van de zorgverzekering).
- 5.4. Verzoeker kreeg tijdens zijn verblijf in Spanje klachten van algehele malaise. De Spaanse arts heeft besloten verzoeker te laten opnemen. Het Hospital de Levante is een privékliniek. Vier dagen na de opname heeft verzoeker een melding gedaan bij de alarmcentrale.
- 5.5. De vraag is of de klachten van verzoeker een indicatie vormden voor klinische opname gedurende een aantal dagen. Uit de brieven van de arts en de nota's blijkt niet van een medische noodzaak voor klinische opname. Er hebben legio diagnostische onderzoeken plaatsgevonden, maar van een (gerichte) behandeling is geen sprake geweest. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de onderzoeken ook poliklinisch hadden kunnen plaatsvinden. Derhalve is de klinische opname voor diagnostische onderzoeken in een privékliniek ongerechtvaardigd en ondoelmatig. Er was geen sprake van spoedeisende zorg, maar van geplande zorg. Voor de hoogte van de vergoeding van geplande zorg zijn de polisvoorwaarden en de artikelen 11 en 13 Zvw van belang.
- 5.6. Voor verzoekers zorgvraag is DOT-code 182199008 (Ov symptomatologie | diagnostisch (zwaar)/ therapeutisch licht | zonder knf | symptoom Algemeen) met bijbehorend tarief van € 568,73 vastgesteld. Na aftrek van de restitutiekorting blijft een bedrag van € 341,24 over. Van volledige vergoeding ten laste van de zorgverzekering kan geen sprake zijn.
- 5.7. Er is een verzoek tot tarifiering voorgelegd aan het Spaanse uitvoeringsorgaan. Dit orgaan heeft gereageerd met de mededeling dat het vóór 1 juni 2012 niet mogelijk was nota's te tarifieren. De kosten die verzoeker heeft gemaakt zijn van vóór 1 juni 2012. Om die reden is tarifiering in onderhavige kwestie niet mogelijk. In een dergelijk geval dient het te vergoeden tarief te worden vastgesteld aan de hand van het sociale zekerheidsstelsel van het land waar men verzekerd is tegen ziektekosten, te weten Nederland (art. 25 lid 5 en 7 Vo. nr. 987/2009).
- 5.8. De door verzoeker genoten zorg is conform het Nederlandse sociale zekerheidsstelsel en de geldende verzekeringsvoorwaarden vergoed. Dat de kosten van verzoeker in Spanje veel hoger zijn kan mede hiermee te maken hebben dat verzoeker zich naar een privékliniek heeft begeven.
- 5.9. Registraties van de gesprekken met de alarmcentrale zijn overgelegd.
- 5.10. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op een extra vergoeding voor medische kosten in het buitenland. Op basis van deze verzekering heeft verzoeker recht op een vergoeding van 100% van het Nederlandse tarief. Dit tarief bedraagt

zoals gezegd € 568,73. Dit bedrag is aan verzoeker betaald.

5.11. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat niet is gebleken van spoedeisendheid. Er is contact geweest met de alarmcentrale. Omdat verzoeker was opgenomen in een privékliniek kon geen betaalgarantie worden afgegeven. Spanje tarifeerde destijds nog niet, dus is gekeken wat de behandeling in Nederland zou kosten. Op basis hiervan is een vergoeding verleend. Het CVZ komt tot dezelfde conclusie. Verzoeker stelt dat hij zijn verzekeringspas bij zich had. De ziektekostenverzekeraar stelt dat op deze pas staat dat bij zorg in het buitenland contact moet worden opgenomen met de alarmcentrale. Er staat een telefoonnummer vermeld. Indien verzoeker tijdig had gebeld, was voor een ander ziekenhuis gekozen en zou het kostenverschil niet zo groot zijn geweest. Dat de huisarts de keuze voor het ziekenhuis heeft gemaakt neemt niet weg dat verzoeker de alarmcentrale had kunnen bellen. Onduidelijk is wie het eerste contact met de alarmcentrale op 10 maart heeft gelegd. Het ging op dat moment echter niet om een schademelding. Later is aangegeven dat het ging om electieve zorg. Tot slot verklaart de ziektekostenverzekeraar dat is betaald waar verzoeker recht op heeft; de formaliteiten worden verzoeker niet tegengeworpen.

5.12. 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 en 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 is gehouden de aanspraak alsnog volledig 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. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“(…)

*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 specialistische zorg biedt.*

(...)

*[Naam ziektekostenverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd. (...) Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [naam ziektekostenverzekeraar], krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Er gelden maximale vergoedingen. (...) Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst met maximale vergoedingen is opgenomen dan krijgt u een vergoeding van het bedrag dat in Nederland marktconform is.*

(...)

*Verwijzing en toestemming*

*U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist (...) Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig. (...)*

- 8.3. Artikel B5 van de zorgverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op zorg indien een verzekerde een indicatie heeft en de zorg doelmatig is.
- 8.4. Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

*“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 ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is. 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 zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.*

(...)

*Toestemming*

*Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] 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.*

*Als u in het buitenland bent en u heeft daar zorg nodig dan kunt u bellen met de Alarmcentrale op [telefoonnummer]. Dit telefoonnummer staat ook op uw zorgpas. De alarmcentrale is dag en nacht bereikbaar. Schakelt u de alarmcentrale in bij spoedeisende zorg.(...)”*

- 8.5. De artikelen B5, B9 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens artikel B1 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 2.1 lid 3 Bzv luidt:

*“Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.”*

- 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 E8 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

*(...)*

*E8.1 Spoedeisende zorg en geneesmiddelen*

*U krijgt een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt uit de Basisverzekering. U kunt daarover meer lezen onder B9. De aanvulling is het verschil tussen de vergoeding uit de Basisverzekering en de in rekening gebrachte kosten.*

*(...)*

*ExtraVerzorgd 4*

*Ja*

*U krijgt vergoeding voor zorg als:*

- u een deel van de kosten vergoed krijgt uit de Basisverzekering,*
- de zorg onvoorzien was,*
- niet kon worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland,*
- u niet langer dan één jaar in het buitenland bent, en*
- de kosten zouden zijn vergoed als deze in Nederland zouden zijn gemaakt.*

*Let op*

*U krijgt geen vergoeding voor de kosten van ziekenhuisopnames die niet of niet direct bij de Alarmcentrale van [naam ziektekostenverzekeraar] zijn gemeld.*

*(...)*

*E8.2 Niet-spoedeisende zorg en geneesmiddelen*

*U krijgt een aanvulling op de vergoeding uit de Basisverzekering tot een maximum.*

*(...)*

*ExtraVerzorgd 4*

*100% van het Nederlandse tarief*

*U heeft recht op deze vergoeding als:*

- u een deel van de kosten vergoed krijgt uit de Basisverzekering,*



- [Naam ziektekostenverzekeraar] u voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft gegeven, en  
- de kosten zouden zijn vergoed als deze in Nederland zouden zijn gemaakt.  
(...)"

8.9. Artikel 19 lid 1 Vo. nr. 883/2004 luidt:

*"1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren."*

8.10. Artikel 25 Vo. nr. 987/2009 luidt, voor zover hier van belang:

*"1. Voor de toepassing van artikel 19 van de basisverordening verstrekt de verzekerde de zorgverlener in de lidstaat van verblijf een door het bevoegd orgaan uitgereikt document waaruit blijkt dat hij recht heeft op verstrekkingen. Indien de verzekerde niet in het bezit is van een dergelijk document, vraagt het orgaan van de verblijfplaats het document op verzoek, of indien anderszins noodzakelijk, bij het bevoegde orgaan op.*

*(...)*

*5. Indien het verzoek om vergoeding van zulke kosten niet rechtstreeks bij het orgaan van de verblijfplaats is ingediend, worden de kosten door het bevoegde orgaan aan de betrokkene vergoed tegen het vergoedingstarief dat het orgaan van de verblijfplaats in het betrokken geval toepast, dan wel ten bedrage van de vergoeding die door het orgaan van de verblijfplaats zou zijn uitbetaald indien artikel 62 van de toepassingsverordening van toepassing was geweest.*

*(...)*

*7. Indien de wetgeving van de lidstaat van verblijf in het betrokken geval niet voorziet in vergoeding overeenkomstig de leden 4 en 5, mag het bevoegde orgaan de gemaakte kosten binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving vergoeden zonder instemming van de verzekerde.*

*(...)"*

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

9.1. De onderhavige zorgkosten zijn gemaakt in Spanje, een lidstaat van de EU. Volgens verzoeker was sprake van spoedeisende zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden. De zorg zou gepland zijn. Bovendien was verzoeker niet geïndiceerd en was de zorg niet doelmatig. Het (indicatie)verweer van de ziektekostenverzekeraar kan niet slagen. Op grond van Vo. nr. 883/2004 is spoedeisendheid niet het criterium, maar medische noodzakelijkheid. Uit de jurisprudentie van het Hof van Justitie (Erven Keller, zaak C-145/03) blijkt dat het aan de behandelend arts van de lidstaat van verblijf is om de medische noodzaak van de behandeling vast te stellen. Derhalve is in onderhavig geval sprake van medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf als bedoeld in artikel 19 Vo. nr. 883/2004.

9.2. Door verzoeker is geen European Health Insurance Card (hierna: EHIC) overgelegd dan wel is deze niet door het ziekenhuis geaccepteerd. Op basis van artikel 25 van Vo. nr. 987/2009 dient de ziektekostenverzekeraar tot tarifiering over te gaan. Echter, Spanje tarifeerde vóór 1 juni 2012 niet, zodat gelet op artikel 25 lid 7 Vo. nr. 987/2009

moet worden teruggevallen op de tarieven van de bevoegde lidstaat, in casu Nederland.

- 9.3. De ziektekostenverzekeraar is ter vaststelling van het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief uitgegaan van DBC/DOT code 182199008 met bijbehorend tarief van € 568,73. Deze code komt de commissie, gelet op het CVZ-advies van 19 september 2013 juist voor. Ingevolge de artikelen B9 en B24 van de zorgverzekering geldt een restitutiekorting (40 percent) voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Gelet op de recente jurisprudentie over het "hinderpaalcriterium" (o.a. Gerechtshof 's-Hertogenbosch, 9 juli 2013, zaaknummer: HD 200.115.398/01 en Rechtbank Zeeland-West-Brabant, 28 juni 2013, zaaknummer: C/02/263434 / KG ZA 13-248) kan de vraag opkomen of de toegepaste korting niet te hoog is. Deze vraag kan evenwel onbeantwoord blijven, in verband met het navolgende.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van zorg in het buitenland, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen spoedeisende zorg en niet-spoedeisende zorg. Indien sprake is van spoedeisende zorg bestaat aanspraak op volledige vergoeding; bij niet-spoedeisende zorg wordt 100 percent van het Nederlandse tarief vergoed.
- 9.5. Dat sprake was van spoedeisende zorg is in de procedure niet, althans onvoldoende aannemelijk gemaakt door verzoeker. Voor niet-spoedeisende zorg geldt op grond van artikel E8.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering dat voorafgaande toestemming vereist is. Hoewel deze is niet verleend, is de ziektekostenverzekeraar overgegaan tot aanvulling van de vergoeding tot 100%. De commissie zal hierin niet treden.

#### **Conclusie**

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

#### 10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 december 2013,

Voorzitter