



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, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 19 Vo nr. 883/2004, art. 25 lid 5 Vo. nr. 987/2009)

---

## 1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,  
tegen

D te E, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (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 AV-GeZZin 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een operatie aan haar arm, uitgevoerd in St. Anton am Arlberg, Oostenrijk (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld een vergoeding van maximaal € 1.837,02 te verlenen.

3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 6 maart 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten te tarifieren, met als uitkomst dat in Oostenrijk voor de onderhavige behandeling een vergoeding van € 190,87 zou zijn verleend.

3.4. Bij brief van 11 februari 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 1.837,02 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 van € 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 stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 april 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 april 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 22 april 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 juni 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 11 april 2014 heeft de commissie Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 13 mei 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014051036) bij wege van voorlopig advies de commissie geen adviesbevoegdheid te hebben in dit geschil, omdat de vraag aan de orde is of de hoogte van de vergoeding juist is. Om de commissie tegemoet te komen heeft het Zorginstituut medegedeeld dat het door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC Zorgproduct juist is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 juni 2014 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 20 juni 2014 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 25 juni 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen 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 verzoekster

- 4.1. De behandelend arts heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: *"Fractura radii loco typico dext. reponata rediscolata"*. Als operatie heeft hij voorgesteld: *"offene Reposition, palmare Verplattung (2,5 mm distale Speichenfrakturenplatte, Firma Aptus/Medartis"*. Over de voorgeschiedenis heeft hij vermeld: *"Speichenfraktur loco typico am rechten Unterarm, die Fraktur wurde primär reponiert. Die gedeckte Reposition hat sich aber nicht vollständig durchführen lassen und es ist sekundär wieder zu einer Verkürzung und Verkippung des distalen Speichenfragmentes gekommen. Primär war die Fraktur 50 Grad zur Streckseite verkippt und eingestaucht. (...)"*.
- 4.2. Verzoekster is in verband met haar toeristische vakopleiding op 30 november 2012 naar Oostenrijk gegaan voor een stageperiode van vijf maanden. Een onderdeel van deze stage was een opleiding tot skilerares met een theoretisch- en een praktijkgedeelte. Op 14 december 2012 is verzoekster ten val gekomen en heeft hierbij een gecompliceerde armbreuk opgelopen. Na telefonisch contact tussen haar vader en de ANWB Alarmcentrale is besloten verzoekster in St. Anton am Arlberg te laten opereren. De ANWB Alarmcentrale heeft hierbij niet duidelijk gemaakt dat een groot deel van de kosten voor rekening van verzoekster zou blijven. Er is slechts medegedeeld dat de kosten moesten worden voorgeschoten vanwege de "Z-status" van de kliniek.
- 4.3. Vanwege de pijn die zij had na de armbreuk, de wachttijd in het Oostenrijkse Staatsziekenhuis, en het feit dat zij bij terugkeer in Nederland eerst een onderzoek naar de MRSA-bacterie had moeten ondergaan - hetgeen tot gevolg zou hebben gehad dat de arm opnieuw zou moeten worden gebroken - heeft verzoekster ervoor gekozen de ingreep in de kliniek in Oostenrijk te laten plaatsvinden.
- 4.4. De vader van verzoekster heeft bij drie Nederlandse ziekenhuizen de tarieven behorende bij de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DOT productcode opgevraagd. Hieruit is gebleken dat het tarief gemiddeld € 1.642,90 hoger ligt dan het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar heeft vergoed. Verzoekster vordert een nabetaling van 80 percent van dit gemiddelde verschil, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft een tarifieringsverzoek ingediend bij het Oostenrijkse uitvoeringsorgaan. Het heeft maanden geduurd voordat de ziektekostenverzekeraar haar mededeelde dat in Oostenrijk een vergoeding

zou zijn verleend van € 190,87. Verzoekster woont niet in Oostenrijk en is daar ook niet verzekerd. Zij heeft derhalve niets aan deze informatie. De ziektekostenverzekeraar had de kosten moeten vaststellen van de ondergane operatie als ware deze uitgevoerd in een Oostenrijks staatsziekenhuis.

4.6. Ter zitting is door verzoekster zijn standpunt herhaald.

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

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding gaat de ziektekostenverzekeraar uit van het marktconforme tarief. Er is door hem hiertoe een lijst opgesteld met vergoedingen die een berekend gemiddelde zijn van de tarieven die zijn afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. Hierbij zijn de extremen buiten beschouwing gelaten.

Aan de hand van het operatieverslag heeft de ziektekostenverzekeraar geoordeeld dat de door hem gehanteerde DOT zorgproductcode 199299071 juist is. Het bijbehorende bedrag van € 1.853,32 is aan verzoekster vergoed.

5.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat de tarieven voor de door haar ondergane behandeling bij drie ziekenhuizen hoger liggen dan de door de ziektekostenverzekeraar verleende vergoeding. Op de websites van deze ziekenhuizen is te lezen dat het bij de vermelde tarieven gaat om zogenoemde passantentarieven. Dit zijn tarieven die hoger liggen dan de tarieven waarover met zorgverzekeraars is onderhandeld, en deze gelden indien geen sprake is van een contract met de betreffende zorgverzekeraar of indien de patiënt geen zorgverzekering heeft. Voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg die wordt vergoed op basis van de zorgverzekering wordt niet uitgegaan van deze - hogere - passantentarieven.

5.3. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar besloten een tarifieringsverzoek in te dienen bij het Oostenrijkse uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekosten. Hieruit is gebleken dat bij behandeling in een Oostenrijks staatsziekenhuis voor deze ingreep een bedrag van € 190,87 zou zijn vergoed.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de uitkomst van de tarifiering ook hem bevreemde, maar deze kan ermee te maken hebben dat in Oostenrijk de kosten van het ziek zijn (bij arbeid) en de ziektekosten door elkaar lopen.

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

#### 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 36 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 dan wel tot een hoger bedrag dan € 1.837,02 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 5 tot en met 26 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 6 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

#### *“6.1 Algemeen*

*Voor in de artikelen 6 tot en met 16 en artikel 25 genoemde vormen van zorg (met uitzondering van acute zorg) is een verwijzing noodzakelijk door uw huisarts, gecontracteerd bedrijfsarts, medisch specialist of, in het geval dat het verloskundige zorg betreft, door een verloskundige. De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden en hetgeen gebruikelijk is. (...)*

#### *6.3 Niet-klinische medisch specialistische zorg*

*Waar heb ik recht op?*

*U heeft recht op:*

- medisch specialistische behandeling in of door een daartoe door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerd centrum voor medisch specialistische zorg;*
- medisch specialistische behandeling van de daartoe door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde extramuraal werkende medisch specialist;*
- de met de behandeling gepaard gaande dagverpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

*Wat zijn de voorwaarden?*

*Er dient sprake te zijn van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. (...)*

*Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?*

*Bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor medisch specialistische zorg of door een niet-gecontracteerde hulpverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief of het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief of toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening. (...)*

8.4. Artikel 22 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*"Als een verzekerde de zorg inroept van een niet door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling vindt vergoeding voor de kosten van de zorg plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien de zorg binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zou zijn verleend. (...)*

#### *22.2.1 Tijdelijk verblijvend in een ander EU/EER-land of verdragsland*

*Dit artikel is ook van toepassing op een verzekerde die in een ander land woont en die tijdelijk verblijft in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland.*

*Waar heb ik recht op?*

- u heeft recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheids verordening of het desbetreffende verdrag. Vergoeding van de kosten dan wel het recht op behandeling van deze zorg vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden zoals gelden onder de toepasselijke sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;*
- u heeft recht op zorg verleend door een zorgverlener of een zorginstelling die door [naam ziektekostenverzekeraar] in het betrokken land is gecontracteerd;*
- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling zoals bepaald in artikel 22.1;*

- indien [naam ziektekostenverzekeraar] vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten zoals bepaald in artikel 22.1;
- u heeft recht op (vergoeding van de kosten voor) medisch noodzakelijke zorg (die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) tot 100% van het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme of WMG-tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw rekening.

*Wat zijn de voorwaarden?*

- verwijzing naar een instelling buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland;
- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, niet zijnde het woonland, is alleen van toepassing indien het in verdragslanden betrekking heeft op medisch noodzakelijke zorg (die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland) en in een EU/EER-land op prestaties, die tijdens verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf;
- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land moet ingeroepen worden volgens de voorgeschreven verdragssystematiek (Europese verzekeringspas). Ter plaatse geldende eigen betalingen tellen mee in het eigen risico. (...)"

- 8.5. De artikelen 6 en 22 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 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. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 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 gereuleerde 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 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*"3.2 Algemene voorwaarden voor vergoeding van de kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke zorg in het buitenland*

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

*De kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke geneeskundige hulp en/of tandheelkundige hulp en/of kosten voor hulpverlening in het buitenland worden slechts vergoed indien:*

- bij het vertrek naar het buitenland niet kon worden voorzien dat de geneeskundige en/of tandheelkundige hulp nodig zou zijn;
- het verkrijgen van geneeskundige en/of tandheelkundige hulp niet uitsluitend of mede het doel van het verblijf in het buitenland is;
- uitstel van de behandeling tot na terugkeer in Nederland niet medisch verantwoord is;
- bij een ziekenhuisopname, in geval van een langdurige medische behandeling, bij meer dan twee poliklinische behandelingen en zonder uitstel contact is opgenomen met de ANWB Alarmcentrale. (...);
- bij de declaratie van genees- en verbandmiddelen een afschrift van het recept of een bewijs van consult bij een huisarts/medisch specialist wordt meegestuurd;
- de vergoeding is per kalenderjaar.

*3.3 Spoedeisende medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland*

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

*De kosten moeten zijn gemaakt gedurende vakantie- of zakenreis (inclusief ski- en langlaufsport), stage- of studieperiode.*

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

*(...)*

*- kostprijs in Europa;*

*- buiten Europa maximaal 200% van het marktconforme dan wel WMG-tarief in Nederland\*.*

*\* De vergoeding tot maximaal 200% van het marktconforme dan wel het WMG-tarief in Nederland wordt vastgesteld inclusief de toegekende vergoeding vanuit een basisverzekering."*

8.9. Artikel 19 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*"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.*

*2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt."*

8.10. Artikel 25 lid 5 van Vo 987/2009 luidt, voor zover hier van belang:

*"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.*

*Het orgaan van de verblijfplaats is verplicht het bevoegde orgaan desgevraagd de nodige inlichtingen over die tarieven of bedragen te verstrekken."*

9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

9.1. Vast staat dat verzoekster tijdens verblijf in een andere EU-lidstaat, namelijk Oostenrijk, medisch noodzakelijke zorg heeft gekregen. Gelet op de gespreksnotitie van de ANWB Alarmcentrale van 15 december 2012 heeft verzoekster haar EHIC getoond, zoals artikel 22 van de zorgverzekering in een situatie als de onderhavige voorschrijft. Kennelijk is de EHIC niet geaccepteerd door de kliniek, aangezien de kosten niet rechtstreeks met de ziektekostenverzekeraar zijn verrekend. In dat geval is artikel 25 lid 5 van Vo nr. 987/2009 van toepassing, waarin is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar moet tarifieren.

Aan dit tarifieringsverzoek heeft de ziektekostenverzekeraar voldaan door bij het Oostenrijkse uitvoeringsorgaan voor de sociale ziektekostenverzekering (het 'orgaan van de verblijfplaats') na te vragen welk bedrag voor de onderhavige ingreep in een Oostenrijks staatsziekenhuis zou zijn vergoed. Het Oostenrijkse uitvoeringsorgaan heeft op 3 december 2013 medegedeeld dat het te vergoeden bedrag € 190,87 bedraagt. Verzoekster heeft op grond van de verordening aanspraak op dit bedrag. Met betrekking tot de hoogte van de vergoeding zijn door verzoekster kanttekeningen geplaatst, doch een en ander valt evenwel buiten de bevoegdheid van de commissie, zodat het door het Oostenrijkse uitvoeringsorgaan opgegeven bedrag een gegeven vormt.

9.2. Bovenop het bedrag dat wordt vergoed op grond van de verordening, heeft verzoekster aanspraak op een eventuele aanvulling tot het Nederlandse tarief indien de daadwerkelijke kosten hoger zijn. De

ziektekostenverzekeraar heeft ter vaststelling van dit tarief de DOT productcode 199299071 gehanteerd met als omschrijving: "Oper. schouder/elleboog/pols intra-articulair / Zonder VPLD / Letsel overig". Dit betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Het bijbehorende gemiddelde tarief bedraagt volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar € 2.316,66. Gelet op het feit dat het hier gaat om een zorgaanbieder die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, is van dit bedrag 80 percent vergoed, hetgeen neerkomt op € 1.853,32. Omdat een bedrag van € 16,30 ten laste is gebracht van het verplichte eigen risico, is uiteindelijk een bedrag van € 1.837,02 aan verzoekster uitgekeerd. De gehanteerde DOT productcode komt de commissie - gezien het overgelegde operatieverslag - juist voor.

- 9.3. Gelet op hetgeen hiervóór onder 9.1 en 9.2 is overwogen, heeft verzoekster geen aanspraak op een hogere vergoeding dan € 1.853,32, ten laste van de zorgverzekering. De door haar genoemde tarieven van drie Nederlandse ziekenhuizen betreffen - zoals de ziektekostenverzekeraar naar voren heeft gebracht - passantentarieven. Hieraan kan verzoekster geen rechten ontleen. De ziektekostenverzekeraar had immers aan deze - gecontracteerde - ziekenhuizen niet het passantentarief, maar het gecontracteerde tarief vergoed indien verzoekster hier de onderhavige zorg zou hebben betrokken.

### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking tot maximaal 200 percent van het Wmg-tarief of het marktconforme tarief voor spoedeisende, medisch noodzakelijke zorg in het buitenland. De vergoeding dient een aanvulling te zijn op een vergoeding die vanuit de zorgverzekering wordt verleend. Een ander vereiste is dat uitstel van de behandeling tot na terugkeer in Nederland niet medisch verantwoord is. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of door verzoekster aan dit laatste vereiste is voldaan. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.5. Vast staat dat reizen met een gebroken arm mogelijk is. Uit het dossier blijkt niet dat de Oostenrijkse arts een contra-indicatie aanwezig achtte voor terugkeer naar Nederland. Verder staat vast dat verzoekster voorafgaand aan de ingreep door de ANWB Alarmcentrale is geïnformeerd dat in Nederland geen kweek nodig was ter vaststelling van de eventuele aanwezige MRSA-bacterie indien in Oostenrijk geen operatie zou plaatsvinden dan wel een infuus zou worden aangelegd. Verzoekster heeft desalniettemin gekozen voor pijnmedicatie via een infuus, zodat bij terugkeer naar Nederland de kweek nodig zou zijn. Door aldus te handelen heeft verzoekster bemoeilijkt dat de ingreep tijdig in Nederland zou kunnen worden uitgevoerd. De gevolgen van deze keuze dienen voor haar rekening te blijven. Dit betekent dat verzoekster niet in aanmerking komt voor een aanvullende vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

### 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, 9 juli 2014,

Voorzitter