

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B, tegen C te D  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, Dupuytren operatie, hoogte ver-  
goeding  
Zaaknummer : 2011.02052  
Zittingsdatum : 4 april 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 19 Vo 883/2004, 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Plus en het Tand Beter Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 volledige vergoeding van de kosten van een operatie aan zijn rechterhand, uitgevoerd in Spanje (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 juni 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 17 augustus 2011 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 14 december 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog 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 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 brief van 14 februari 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 februari 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 3 en 29 maart 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 14 februari 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 2 maart 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012021025) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat door de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-code is gehanteerd. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 april 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 5 april 2012 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 11 april 2012 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. Begin 2011 heeft verzoeker in Spanje een operatie aan zijn rechterhand ondergaan in verband met de ziekte van Dupuytren. De kosten van deze operatie, ten bedrage van € 4.214,99, heeft verzoeker gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Van de gedeclareerde kosten is een bedrag vergoed van € 2.488,81 zodat verzoeker nu wordt geconfronteerd met voor zijn rekening blijvende kosten ter hoogte van € 1.726,18. Verzoeker merkt op dat voor hem onbegrijpelijk is dat de ziektekostenverzekeraar kennelijk een standaardtarief hanteert voor alle Dupuytrenoperaties, ongeacht de ernst van de klachten en de complexiteit van de operatie.
  - 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat zijn echtgenote, toen zijn hand slechter begon te worden, telefonisch contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Hierbij heeft zij gevraagd of de ingreep ook in het buitenland mocht worden uitgevoerd. Haar werd medegedeeld dat dit mocht. Daarbij komt dat verzoeker vlak voor de operatie zijn hand helemaal niet meer kon gebruiken, zodat de operatie spoedeisend is en op grond van artikel 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering voor volledige vergoeding in aanmerking komt.
  - 4.3. 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 grond van de zorgverzekering aanspraak op maximaal de in Nederland geldende tarieven. In de onderhavige situatie is gekozen voor de DBC-code 05.11.00.1670.0212. Dit is de enige bestaande DBC-code voor een Dupuytrenoperatie. De maximale vergoeding bedraagt € 2.488,81 en omvat de kosten van vooronderzoeken, operatie en nacontroles.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de aanvraag voor de operatie aan de hand is voorgelegd aan de medisch adviseur. Deze heeft hieraan een tarief gekoppeld. Gelet op het advies van het CVZ is de juiste DBC-code. Daarnaast ziet artikel 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering op spoedeisende zorg en daarbij is in geval van verzoeker geen sprake.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 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 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 van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.  
Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat.
- 8.3. Artikel 9 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

**“9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland**

*Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:*

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor

een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

(...)

### **9.3 Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland**

*In alle gevallen hebt u voor het invoeren van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland, onze voorafgaande toestemming nodig. Intramurale zorg als bedoeld in dit artikel is zorg die gepaard gaat met verblijf van ten minste één nacht. Dit toestemmingsvereiste is niet van toepassing als er sprake is van onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland.*

(...)"

- 8.4. De artikelen 9 en 13 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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.
- 8.6. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien de verzekerde kiest voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.8. Artikel 13 van de voorwaarden van aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

#### ***“Artikel 13. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland***

##### ***Omschrijving:***

*een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit de zorgverzekering ontvangt. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.*

*U ontvangt de vergoeding als:*

- *het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland;*
- *u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleeft;*
- *de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.*

(...)

##### ***Vergoeding:***

(...)

*Plus Aanvullende Verzekering  
Volledig”*

- 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 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. (...)”

## 9. Beoordeling van het geschil

### Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Uit de overgelegde stukken blijkt dat verzoeker ten tijde van de Dupuytrenoperatie in Spanje verbleef. Op grond van artikel 19 van Vo 883/2004 hebben verzekerden die verblijven in een ander lidstaat dan de bevoegde lidstaat recht op verstrekkingen die tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, voor rekening van het bevoegde orgaan. De commissie is van oordeel dat de onderhavige Dupuytrenoperatie niet aan dit criterium voldoet zodat de ziektekostenverzekeraar niet op grond van deze bepaling tot vergoeding gehouden is. Voorts is door verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar geen voorafgaande toestemming gevraagd zodat toetsing aan artikel 20 van Vo 883/2004 achterwege blijft. Voor de toepassing van artikel 56 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (hierna: het Werkingsverdrag), is – nu het gaat om extramurale zorg – voorafgaande toestemming niet verplicht. Bij ontbreken hiervan dient het recht op vergoeding te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. Gelet op de polisvoorwaarden bestaat bij zorg in het buitenland aanspraak op maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief. In Nederland worden de tarieven voor medisch specialistische zorg vastgesteld door middel van Dia-

gnose Behandel Combinaties (DBC's). Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding voor de door verzoeker genoten zorg heeft de ziektekostenverzekeraar de volgende DBC-code gehanteerd: 05.11.00.1670.0212 (Reguliere zorg/contractuur Dupuytren/operatief met dagopname(n)). Het CVZ heeft in zijn advies van 2 maart 2012 geconcludeerd dat de gebruikte DBC-code correct is. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Het tarief behorende bij voornoemde DBC-code bedroeg in april 2011 € 2.488,81. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bedrag aan verzoeker vergoed. Verzoeker heeft geen aanspraak op een vergoeding die voornoemd bedrag overstijgt. In het Nederlandse systeem berust de vergoedingensystematiek op een gemiddelde kostprijs, zodat de complexiteit van een bepaalde behandeling – anders dan verzoeker meent – niet relevant is voor de hoogte van de vergoeding.

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

- 9.3. Artikel 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor spoedeisende zorg in het buitenland. Blijkens genoemd artikel dient het hierbij te gaan om zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat bij hem hiervan sprake is, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

### **Conclusie**

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

Zeist, 18 april 2012,

Voorzitter