



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D , beide te E  
Zaak : Egypte, geneeskundige zorg, fractuur pols, hoogte vergoeding  
Zaaknummer : 201301733  
Zittingsdatum : 3 september 2014

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)

---

## 1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, 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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (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 Gemeenten Extra 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 pols, uitgevoerd in Egypte (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 februari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat voor de ingreep maximaal tweemaal het marktconforme Nederlandse tarief wordt vergoed. Per saldo blijft € 4.579,28 voor rekening van verzoekster.
- 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 17 juni 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 20 januari 2014 heeft verzoekster 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).
- 3.5. 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 23 mei 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 mei 2014 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 3 juli 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 september 2014 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 23 juni 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 juli 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014081411) 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 productcode is toegepast. 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 3 september 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 5 september 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 9 september 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. Verzoekster is tijdens een reis in Egypte ten val gekomen en heeft daarbij haar pols gebroken. Zij is naar een ziekenhuis gegaan, waar zij in behandeling is genomen. Verzoekster heeft contact gehad met de SOS Alarmcentrale die een garantieverklaring heeft afgegeven. Daarna heeft een operatieve ingreep plaatsgevonden, waarvoor het ziekenhuis een bedrag van € 12.500,- in rekening heeft gebracht.
- 4.2. Het door het ziekenhuis gedeclareerde bedrag is door de SOS Alarmcentrale betaald. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens medegedeeld dat niet alle kosten voor vergoeding in aanmerking komen, waardoor een door verzoekster te betalen bedrag van € 4.579,28 resteert. Zij is het niet eens met deze vordering, omdat zij van mening is dat het ziekenhuis een veel te hoge nota heeft gestuurd, zeker gelet op de gemiddelde kosten van medische zorg in Egypte. Verzoekster heeft het gevoel dat door het ziekenhuis misbruik wordt gemaakt van het feit dat zij een westerse vrouw is. Zij is van mening dat de ziektekostenverzekeraar en de SOS Alarmcentrale hieraan niet moeten meewerken door nota's van dit ziekenhuis te vergoeden.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij eerst naar een ander ziekenhuis is gebracht. Dat was eigenlijk een slagerij. In dit ziekenhuis wilde men gewichten aan haar vingers hangen, hetgeen haar - gezien de breuk - geen goede therapie leek. Behandeling in een ander ziekenhuis zou circa 200 Egyptische ponden meer kosten. Verzoekster besloot hiervoor te kiezen nadat zij allerlei vreselijke dingen had gezien en meegemaakt. Zij was gevallen in de douche en was daarom niet geheel gekleed. In het ziekenhuis werd zij betast. Een andere, Engelse patiënte was niet verzekerd en werd daarom niet geholpen. Verzoekster is naar het andere ziekenhuis gegaan en heeft daar twee dagen doorgebracht. Dit kwam onder andere omdat men eerst duidelijkheid wilde hebben over de vergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft het bedrag van € 12.500,- klakkeloos aan het ziekenhuis betaald, hoewel dit niet passend is, gelet op de plaatselijke omstandigheden.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

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

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft via de SOS Alarmcentrale een nota ontvangen voor verzoekster in verband met een fractuur aan de pols. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft de vergoeding aan de hand van de nota vastgesteld en heeft medegedeeld dat de DBC zorgproductcode 199299070 het meest passend is. Deze code kent een tarief van € 3.960,36 (naar de stand van november 2012).

- 5.2. Omdat verzoekster ook een aanvullende ziektekostenverzekering heeft afgesloten, heeft zij aanspraak op maximaal twee keer het Nederlandse tarief, zodat de totale vergoeding is vastgesteld op € 7.920,72. Aangezien het Egyptische ziekenhuis een nota heeft gestuurd van € 12.500,--, komt € 4.579,28 voor rekening van verzoekster. Dit bedrag is door de ziektekostenverzekeraar bij haar gevorderd.
- 5.3. Verzoekster heeft contact gehad met de SOS Alarmcentrale. Uit de gespreksnotities blijkt dat het eerste gesprek plaatsvond toen verzoekster zich al in het ziekenhuis bevond, zodat zij niet is afgegaan op een mededeling van een medewerker van SOS om juist voor dit ziekenhuis te kiezen. Bovendien is verzoekster erop gewezen dat kosten voor haar rekening zouden kunnen blijven als deze hoger uit zouden vallen dan tweemaal het Nederlandse tarief. Door de arts zou verzoekster zijn verteld dat de nota lager zou uitvallen dan dit tarief. Indien verzoekster het niet eens is met de hoogte van de nota, dient zij dit op te nemen met het Egyptische ziekenhuis. De ziektekostenverzekeraar is hierbij geen partij.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat een garantstelling is afgegeven. Er was geen grond om de nota niet te betalen. Verder is gebleken dat door de Alarmcentrale geen toezegging is gedaan. Indien de arts zijn toezegging niet is nagekomen, is dit de ziektekostenverzekeraar niet tegen te werpen.
- 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 A.21. van 'Hoofdstuk A' 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 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 zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B.4.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg met opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

### *"B.4.2.1. Omschrijving van de zorg*

*Deze zorg omvat:*

- a. medisch specialistische behandeling;*
- b. opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 365 dagen (na 365 dagen komen kosten voor rekening van de AWBZ);*
- c. verblijf, verpleging en verzorging;*
- d. paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;*
- e. laboratoriumonderzoek. (...)"*

- 8.4. Artikel B.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

**"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. (...)"*

- 8.5. De artikelen B.2. en B.4.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' 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 vergoeding 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 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 D.14.1. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

**"D.14.1.1. Omschrijving van de zorg**

*De zorg omvat spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland. Uw verblijf is tijdelijk, als u korter dan 365 dagen aaneengesloten in het buitenland bent. Deze zorg moet geheel of gedeeltelijk buiten de verzekeringsvoorwaarden van de basisverzekering en/of een afzonderlijk gesloten (reis)verzekering vallen.*

**D.14.1.2. Waar hebt u recht op?**

*Volgens de beschrijving in artikel D.14.1.1. vergoeden wij spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland die betrekking heeft op:*

*a. zorg die uw basisverzekering of aanvullende verzekering ook zou hebben vergoed wanneer u die kosten in Nederland of uw woonland zou hebben gemaakt. Vanuit de basisverzekering vergoeden wij buitenlandse kosten volgens de tarieven zoals die in Nederland gebruikelijk (marktconform) zijn. De buitenlandse tarieven zijn vaak anders (lager of hoger) dan de Nederlandse tarieven. Als de buitenlandse tarieven hoger zijn dan de Nederlandse, dan vergoeden wij vanuit de aanvullende verzekering deze meerkosten tot maximaal het tarief dat in uw Vergoedingen Overzicht staat; (...)"*

- 8.9. Het Vergoedingen Overzicht bepaalt, voor zover hier van belang:

*"Spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland wordt samen met de vergoeding uit de basisverzekering vergoed tot:*

**D.14.1.**

*Binnen EU/EER, Zwitserland en Verdragslanden 100% van het gedeclareerde tarief D.14.1.2.a.*

*Buiten EU/EER, Zwitserland en Verdragslanden maximaal 200% van het marktconforme tarief in Nederland*

*D.14.1.2.a. (...)"*

## 9. Beoordeling van het geschil

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

- 9.1. Tussen Nederland en Egypte is geen verdrag gesloten in verband met sociale zekerheid, zodat de voorwaarden van de zorgverzekering van toepassing zijn.
- 9.2. Niet in geschil is dat de in Egypte aan verzoekster verleende zorg een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat zij hiervoor ten tijde van de ingreep een indicatie had. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag naar de hoogte van de verleende vergoeding. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.3. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van het DBC zorgproduct 199299070 met als omschrijving: "*Oper. bovenste extremititeit (excl. hand) extra-articulair / Met VPLD / Letsel overig*". De gehanteerde code komt de commissie - gelet op de bij verzoekster uitgevoerde ingreep - juist voor. Het 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 tarief waarvoor de ziektekostenverzekeraar voor dit DBC zorgproduct heeft gecontracteerd was ten tijde van de ingreep (november 2012) € 3.960,36. Dit bedrag is aan verzoekster vergoed. Zij heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de zorgverzekering.

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

- 9.4. Gelet op artikel D.14.1. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering en het Vergoedingen Overzicht heeft verzoekster bij tijdelijk verblijf in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, met uitzondering van Zwitserland - samen met de vergoeding vanuit de zorgverzekering -, aanspraak op een vergoeding van 200 percent van het Nederlandse tarief. Op basis hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar een aanvullende vergoeding verleend van € 3.960,36. Verzoekster heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

### **Hoogte nota ziekenhuis**

- 9.5. Verzoekster heeft aangevoerd dat de SOS Alarmcentrale de nota van het Egyptische ziekenhuis niet had mogen vergoeden, omdat deze veel te hoog is. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat verzoekster haar klacht over de hoogte van de nota dient op te nemen met het Egyptische ziekenhuis, en dat hij hierin geen rol kan vervullen. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.6. Uit de stukken blijkt dat verzoekster zelf heeft gekozen voor het betreffende Egyptische ziekenhuis, en dat deze instelling niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. Met de keuze voor dit ziekenhuis heeft de Alarmcentrale noch de ziektekostenverzekeraar bemoeienis gehad. Aangezien verzoekster zelf de keuze heeft gemaakt voor het ziekenhuis, komen de daaruit voortvloeiende financiële consequenties voor haar rekening. Indien verzoekster van mening is dat de declaratie van het Egyptische ziekenhuis te hoog is, kan zij daarover een klacht bij het ziekenhuis indienen.

### **Conclusie**

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 september 2014,

Voorzitter