

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D en E te F  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, laparoscopische cholecystectomie,  
hoogte vergoeding  
Zaaknummer : 2012.00216  
Zittingsdatum : 29 augustus 2012

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

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

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

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 Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Tandarts afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

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 laparoscopische cholecystectomie, uitgevoerd te Torrevieja (Spanje) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 juni 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van maximaal € 2.790,--, is ingewilligd.

3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 13 juli 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld de vergoeding te verhogen tot een bedrag van maximaal € 3.027,--. Verzoeker heeft opnieuw om heroverweging gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brieven van 25 oktober en 30 december 2011 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 28 april 2012 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 zorgverzeke-

ring (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 27 juni 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 juli 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 5 respectievelijk 12 juli 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 2 juli 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 20 juli 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012082125) 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 op 23 juli 2012 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Zij hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is op 25 maart 2011, tijdens zijn verblijf in Spanje, met hevige buikklachten naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gegaan. Het was hem niet bekend dat dit een privéziekenhuis is. Overigens is verzoeker van mening dat zulks niet ter zake doet. De ziektekostenverzekeraar gaat voorbij aan het spoedeisende karakter van de ingreep, en vergoedt slechts een bedrag van € 3.027,--.
- 4.2. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de EU-socialezekerheidsverordening niet van toepassing zou zijn omdat een privéziekenhuis de kosten niet in rekening kan brengen bij het Spaanse uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering strookt niet met hetgeen is vermeld in de voorwaarden van de zorgverzekering en eerdere brieven van de ziektekostenverzekeraar.
- 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. De partner van verzoeker heeft op 25 maart 2011 contact gehad met Eurocross, en daarbij medegedeeld dat verzoeker was opgenomen in verband met hevige buikklachten. Eurocross heeft direct gemeld dat geen dekking aanwezig is onder de aanvullende ziektekostenverzekering, en dat rekening moet worden gehouden met een eigen bijdrage in de kosten.

- 5.2. Verzoeker had alleen aanspraak kunnen maken op vergoeding van de kosten conform de EU-socialezekerheidsverordening indien hij in het Staatsziekenhuis in Torrevieja was geopereerd. Een Staatsziekenhuis kan de kosten rechtstreeks declareren bij het Spaanse ziekenfonds. Vervolgens worden de kosten door dit ziekenfonds verrekend met het CVZ. Een privéziekenhuis kan de kosten niet in rekening brengen bij het Spaanse ziekenfonds. Het gevolg is dat geen sprake kan zijn van een verrekening met het CVZ. De EU-socialezekerheidsverordening is dan niet van toepassing.
- 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 16 van de 'algemene voorwaarden' 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 gehouden is 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 onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 1 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"Wij vergoeden bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen de kosten van onderstaande zorg. Voor de berekening van de 365 dagen telt ook mee de opname ten behoeve van revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum en opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.*

*Wij vergoeden de kosten van:*

- verblijf, inclusief verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;*
- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;*
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.*

*De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten en kaakchirurgen als zorg plegen te bieden. (...)"*

- 8.4. Artikel 19 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*“Bij gebruik van zorg in een EU/EER-staat of verdragsland heeft u naar keuze aanspraak op:*  
– *zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;*  
– *zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;*  
– *vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de [de zorgverzekering] tot maximaal:*  
– *wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;*  
– *het op dat moment op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*  
– *wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag. (...)*”

- 8.5. De artikelen 1 van de ‘aanspraken’ en 19 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de ‘algemene voorwaarden’ 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 ziektekostenverzekeraar 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. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.8. 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.”*

- 8.9. 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.”*

8.10. Artikel 25 lid 7 van Vo 987/2009 luidt, voor zover hier van belang:

*“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

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat de bij verzoeker uitgevoerde ingreep een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat hij daarvoor een indicatie had. Enkel de hoogte van de verleende vergoeding houdt partijen verdeeld.
- 9.2. Gelet op de artikelen 19 van Vo 883/2004 en 25 lid 5 van Vo 987/2009 heeft verzoeker aanspraak op vergoeding van de kosten volgens het Spaanse socialezekerheidsstelsel. Verzoeker heeft echter niet zijn European Health Insurance Card getoond dan wel is deze niet door de instelling geaccepteerd. Hij heeft zich niet voor vergoeding tot het Spaanse uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering gewend, maar tot de ziektekostenverzekeraar. Deze dient onder de gegeven omstandigheden een verzoek tot tarifiering te doen bij het Spaanse uitvoeringsorgaan. Spanje tarifeerde vóór 1 juli 2012 echter niet, zodat gelet op artikel 25 lid 7 van Vo 987/2009 moet worden teruggevallen op de tarieven van het bevoegde lidstaat, in casu Nederland.
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar is ter vaststelling van het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief uitgegaan van de DBC-code 03.11.00.0323.0303 met als omschrijving: *“Reguliere zorg // cholecystitis / cholelithiasis / Operatief-endotechniek met klinische episode(n)”*. Het betreft een DBC-code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar ten tijde van de ingreep was overeengekomen met deze zorgaanbieders was € 3.027,-. Dit bedrag is door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker vergoed. De gehanteerde DBC-code komt de commissie – gelet op de bij verzoeker uitgevoerde ingreep – juist voor. In Nederland wordt bij de te vergoeden tarieven geen onderscheid gemaakt tussen een galblaasoperatie die vanwege spoedeisendheid direct wordt uitgevoerd, en eenzelfde operatie die vooraf gepland is. Het verschil tussen de werkelijk gemaakte kosten en het in Nederland van toepassing zijnde tarief wordt waarschijnlijk mede veroorzaakt doordat verzoeker in Spanje een privékliniek heeft bezocht.

## **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, 29 augustus 2012,

Voorzitter