



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen ONVZ  
Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.,  
beide te Houten

Zaak : Zuid-Afrika, geneeskundige zorg, verwijderen rectumcarcinoom, hoogte  
vergoeding

Zaaknummer : 201501383

Zittingsdatum : 10 februari 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,  
tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,  
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 grond van de Vrije Keuze Basisverzekering (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 Vrije Keuze Topfit 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).  
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandfit Module B is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

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 twee operaties en een nabehandeling in verband met een rectumcarcinoom, ondergaan te Claremont, Zuid-Afrika (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 oktober 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk wordt ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 18.894,53.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 11 december 2014 en 13 januari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de vergoeding te verhogen naar € 29.365,17.
- 3.4. Bij brief van 5 oktober 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag dan € 29.365,17 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 12 december 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 december 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 december 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 15 december 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 30 december 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015159682) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-zorgproductcodes passend zijn, zodat geen aanspraak bestaat op een hogere vergoeding. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 februari 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 15 februari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en van de door verzoeker voorgedragen pleitnota gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 17 februari 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de pleitnota 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 verzoeker
- 4.1. De behandelend arts in Nederland heeft op 6 februari 2014 ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: *"Bij deze 70-jarige patiënt vonden we een distaal rectumcarcinoom en verwijderden we meerder[e] poliepen uit het colon. Hij komt in aanmerking voor pre-operatieve chemoradiatie waarvoor wij hem verwezen naar de radiotherapeut. De chirurg zal met hem de operatie bespreken zoals voorgesteld bij de oncologie werkgroep: APR met medenemen van levatorplaat. Patiënt overweegt in Zuid-Afrika geopereerd te worden in verband met zijn privé-situatie. (...)".*
- 4.2. Verzoeker is op 4 maart 2014 in Zuid-Afrika geopereerd. De behandelend arts heeft hierover, voor zover hier van belang, het volgende verklaard: *"Very difficult operation due to the long pelvis of the patient and the position of the tumour (the pelvis so long that the St Mark's retractor was not satisfactory in length). The patient had a bifid vas deferens on the right. Transverse colon, left colon, the entire rectum and upper anal canal dissected. Gastro-colic omentectomy performed. The pouch created on the mid-colic vessels using the proximal descending colon. (...) A very difficult total mesorectal excision. The right and left ureters mobilised down to the pelvic floor. (...) The dissection of the tumour performed proximally and distally. (...) The patient will have a stoma for four months and obviously may well have chemotherapy. (...)".*

- 4.3. Op 18 juli 2014 heeft de arts, voor zover hier van belang, verklaard: *"He was subsequently admitted to the Kingsbury Hospital on Monday the 3rd of March 2014 for bowel preparation and he underwent surgery on Tuesday the 4th of March 2014. (...) [Verzoeker] then attended my rooms on the 7th of April 2014 for a post-operative examination. (...) He was seen on Monday the 14th of July 2014 in my consulting rooms for a pre-operative consultation and examination and then admitted to the Kingsbury Hospital for bowel preparation and to be assessed by the physician. On Tuesday the 15th of July 2014 he was taken to theatre for formal closure of his ileostomy. (...)".*
- 4.4. In januari 2014 heeft verzoeker een Nederlands ziekenhuis bezocht in verband met kanker aan het einde van zijn endeldarm. Door de chirurg werd geconcludeerd dat de tumor operabel was, dat daarna een chemokuur was geboden, en dat verzoeker levenslang een stoma zou moeten dragen. Verzoeker is gehuwd met een vrouw van Zuid-Afrikaanse afkomst. Zij was bekend met de prestaties van een arts in Claremont, die een autoriteit is op dit gebied. Deze arts kon de operatie uitvoeren zonder dat levenslang een stoma zou moeten worden gedragen. Verzoeker heeft zich door de betreffende arts laten opereren, en de kosten van de ingreep bedragen € 42.501,24.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie een bedrag van € 18.894,53 vergoed. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is dit bedrag verhoogd naar € 29.365,17. Verzoeker is van mening dat ook deze vergoeding nog te laag is. De operatie die in Zuid-Afrika is uitgevoerd, wordt in Nederland niet verricht, zodat geen passende DBC-zorgproductcode beschikbaar is. In dat geval dient te worden uitgegaan van het marktconforme tarief, hetgeen moet leiden tot een volledige vergoeding. Indien wordt uitgegaan van een vergelijkbare operatie die in Nederland wordt uitgevoerd, blijkt uit navraag bij het Sint Antoniusziekenhuis dat de combinatiebehandeling van chirurgie en chemotherapie bij endeldarmkanker volgens de standaard prijslijst € 39.676,-- kost (zorgproduct 029199025). De prijs van 6 tot 28 verpleegligdagen is € 7.619,70 (zorgproduct 029199025). Hierbij komen dan nog de kosten voor het levenslange gebruik van een stoma, ter hoogte van € 1.000,-- per jaar.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker opgemerkt dat de medische beoordeling door het Zorginstituut hem weinig vertrouwen geeft. Er wordt gesteld dat er op 4 maart 2014 twee buikoperaties hebben plaatsgevonden, hetgeen onjuist is. Voorts wordt geschreven dat is gekozen voor Zuid-Afrika vanwege verzoekers privé-situatie, hetgeen niet de reden is geweest. Die keuze is gemaakt vanwege de kwaliteit van de ingreep in Zuid-Afrika. Aldaar zou volledig herstel plaatsvinden en was geen permanente stoma nodig. Aan het belangrijkste punt, namelijk dat in Nederland geen vergelijkbare medische zorg beschikbaar is, gaat het Zorginstituut volledig voorbij. Ook de ziektekostenverzekeraar blijft hier vaag over. Verzoeker heeft indertijd geïnformeerd, en de bedoelde operaties werden in Nederland toen niet uitgevoerd. De gemaakte kosten zijn redelijk, en deze dienen volledig door de ziektekostenverzekeraar te worden vergoed. De reiskosten die verzoeker heeft gemaakt, zijn niet vergoed, omdat niet aan de voorwaarden zou zijn voldaan. De ziektekostenverzekeraar zal evenwel een gedeeltelijke vergoeding van de reiskosten moeten verlenen, namelijk tot een afstand van 60 kilometer vanaf de Nederlandse grens. Het gaat dan om een bedrag van € 140,40. De kosten van rechtsbijstand bedragen € 215,--, exclusief BTW en reiskosten.
- 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. Voor de door verzoeker in Zuid-Afrika ondergane operatie heeft de ziektekostenverzekeraar uiteindelijk een vergoeding verleend van € 29.365,17. Voor de eerste ingreep is uitgegaan van de declaratiecode 15B517 met een bijbehorend tarief van € 12.763,18 en voor de dagopname op de Intensive Care van DBC-zorgproductcode 190155 met een bijbehorend tarief van € 2.613,20.

Voor de tweede operatie is uitgegaan van declaratiecode 15B527 met een bijbehorend tarief van € 12.521,72. Daarnaast is een los DBC-zorgproduct gekozen voor de nazorg, met declaratiecode 15B512 en een bijbehorend tarief van € 1.467,07.

De gehanteerde DBC-zorgproductcodes zijn passend, zodat verzoeker geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding, ten laste van de zorgverzekering.

Anders dan verzoeker stelt, wordt deze operatietechniek in Nederland wel toegepast. Er zijn hier te lande echter maar weinig chirurgen die deze techniek gebruiken.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar gaat ter vaststelling van de hoogte van de tarieven bij DBC-zorgproducten uit het B-segment, uit van de gemiddelde passantentarieven van vijftien ziekenhuizen, verspreid over Nederland, waaronder ook academische ziekenhuizen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft deze rekenmethode goedgekeurd.
- 5.3. Aangezien sprake is van voorziene zorg, bestaat geen aanspraak op een aanvullende vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat pas achteraf duidelijk werd welke ingreep precies was toegepast. De aanvraag is - samen met enkele nota's - ontvangen op 5 maart 2014. Dit was de dag van de behandeling of de dag erna. Aangezien de aanvraag niet compleet was, is aanvullende informatie opgevraagd. Deze is eerst in augustus 2014 ontvangen. Toen werd pas duidelijk wat precies was uitgevoerd en konden de definitieve DBC-zorgproducten worden vastgesteld.  
De gemaakte reiskosten vallen weliswaar niet onder de dekking van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering, maar de ziektekostenverzekeraar is bereid het bedrag van € 140,40 aan verzoeker te vergoeden.

- 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 10 van 'Deel A Algemene Bepalingen' 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 gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag dan € 29.365,17 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in 1 tot en met 26 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 5 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Een medisch-specialist verleent de zorg. Voor vergoeding is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, bedrijfsarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts, jeugdgezondheidszorgarts of consultatiebureau-arts, behalve bij onvoorziene behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan een verloskundige ook verwijzen.*

*lid 2 a. Ziekenhuisopname*

*Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor opname in een ziekenhuis op basis van de laagste klasse voor maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.*

*ONVZ vergoedt de kosten voor medisch-specialistische behandeling, zoals hierna omschreven, en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt ONVZ de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname. (...)"*

- 8.4. Artikel 25 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*"lid 1 U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de hiervoor genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.*

*Niet alle zorg in het buitenland voldoet aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1) van de Basisverzekering. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of kunt u de toelichting De grens van zorg in het buitenland raadplegen op [www.onvz.nl/polisvoorwaarden](http://www.onvz.nl/polisvoorwaarden).*

*lid 2 Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of een verdragsland heeft u naar keuze:*

*1. aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag, of*

*2. aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.*

*Dit geldt ook als u in een ander EU/EER-land of een verdragsland woont en tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of een verdragsland. (...)"*

- 8.5. Artikel 1 lid 2 van 'Deel B Omvang Dekking' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

*"ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal:*

- 1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) op het moment van behandeling, of*
- 2. als er geen Wmg-tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag."*

- 8.6. De artikelen 1 lid 2, 5 en 25 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van 'Deel A Algemene Bepalingen' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.8. 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.
- 8.9. Artikel 18 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*"lid 1 Onvoorziene behandelingen*

*Als sprake is van acute ziekte of een ongeval tijdens verblijf in het buitenland, vergoedt ONVZ de kosten van:*

- *zorg die volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering voor eigen rekening blijven, uitsluitend door overschrijding van het bedrag dat zou zijn vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;*
- *zorg die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag;*
- *niet in Nederland geregistreerde geneesmiddelen en van middelen die in Nederland geregistreerd staan als 'Niet geneesmiddel' tot maximaal € 250,- per kalenderjaar.*

*lid 2 Voorziene behandelingen*

*ONVZ vergoedt de kosten:*

- *van medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 5 van deel B van de Basisverzekering, als de zorg is verleend in een door ONVZ erkend ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit. Het overzicht van door ONVZ erkende ziekenhuizen kan tussentijds wijzigen. Het meest actuele overzicht kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op [www.onvz.nl/polisvoorwaarden](http://www.onvz.nl/polisvoorwaarden);*
- *van ziekenvervoer als vervoer plaatsvindt voor een behandeling die gedekt is volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering. Deze behandeling vindt plaats in een ziekenhuis gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. ONVZ vergoedt het vervoer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis. ONVZ vergoedt taxivervoer of € 0,27 per kilometer bij gebruik van de auto. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet. Als u gebruik wilt maken van taxivervoer kan ONVZ het taxivervoer voor u regelen. Meer informatie vindt u in deel C (Zorgdiensten). Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed;*
- *die volgens deze aanvullende verzekering zijn gedekt. De vergoeding is beperkt tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag. (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Verzoeker is naar een andere staat, te weten Zuid-Afrika, gegaan met het doel daar medische zorg te genieten. Tussen Nederland en Zuid-Afrika bestaat geen verdrag op het terrein van de sociale zekerheid, zodat het recht op vergoeding dient te worden beoordeeld aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden. Niet in geschil is dat de operaties en behandelingen die verzoeker in Zuid-Afrika heeft ondergaan, verzekerde zorg vormen onder de zorgverzekering en dat hij hiervoor een (verzekerings)indicatie had. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag naar de hoogte van de vergoeding. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Voor de eerste operatie, die plaatsvond op 4 maart 2014, is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-zorgproductcode 029199032 (declaratiecode 15B517) met als omschrijving: *"Colorectale maligniteit | Oper onderste tract digest (zeer) zwaar | Zonder endoluminale scopie in operatief traject | Zonder VPLD/Met VPLD 1-28 | Nieuwv maligne spijsvertering (...) Operatie aan het maagdarmkanaal (Zonder of met maximaal 28 verpleegligdagen) bij Dikkedarm-/endeldarmkanker (...)"*.  
Verder is door de ziektekostenverzekeraar voor deze ingreep de DBC-zorgproductcode 190155 gehanteerd met als omschrijving: *"IC-dag zwaar"*.  
Het betreft codes uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven doorgaans tot stand komen door onderhandelingen tussen de zorgverzekeraars en de door hen gecontracteerde zorgaanbieders. Aangezien de ziektekostenverzekeraar enkel restitutieverzekeringen aanbiedt, en zelf geen contracten heeft gesloten met zorgaanbieders, is hij uitgegaan van het gemiddelde van de tarieven van vijftien ziekenhuizen, waaronder academische centra. Naar het oordeel van de commissie kan het aldus berekende gemiddelde worden beschouwd als het in Nederland toepasselijke marktconforme bedrag.  
De bij de hiervoor genoemde codes behorende tarieven zijn € 12.763,18 respectievelijk € 2.613,20.
- 9.3. Voor de tweede operatie, die plaatsvond op 14 juli 2015, is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-zorgproductcode 029199045 (declaratiecode 15B527) met als omschrijving: *"Colorectale maligniteit | Oper onderste tract digest ov middel/zwaar | Met endoluminale scopie in operatief traject | zonder VPLD/Met VPLD 1-28 | Nieuwv maligne spijsvertering (...) Operatie aan het maagdarmkanaal (met behulp van scopie-apparatuur - zonder of met maximaal 28 verpleegligdagen) bij Dikkedarm-/endeldarmkanker (...)"*.  
Volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar is het bijbehorende tarief € 12.521,72.
- 9.4. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar een apart DBC-zorgproduct opgevoerd voor de nazorg die aan verzoeker is verleend. Hiervoor is de DBC-zorgproductcode 029199006 (declaratiecode 15B512) gehanteerd met als omschrijving: *"Colorectale maligniteit | GE activiteiten eenvoudig | Nieuwv maligne spijsvertering (...) Behandeling of onderzoek door de maag-darm-leverarts bij Dikkedarm-/endeldarmkanker (...)"*.  
Het bijbehorende tarief is volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar € 1.467,07.
- 9.5. De door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-zorgproducten en tarieven komen de commissie - gelet op de bij verzoeker uitgevoerde operaties en behandelingen - juist voor. De door verzoeker genoemde DBC-zorgproducten zijn, mede gezien het advies van het Zorginstituut van 30 december 2015, niet de meest passende codes. Verzoeker heeft dan ook geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.6. Verzoeker heeft aangevoerd dat de ingreep, zoals die in Zuid-Afrika bij hem is uitgevoerd, niet op deze wijze in Nederland wordt toegepast. Een operatie in Nederland had volgens hem erin geresulteerd dat hij levenslang een stoma zou moeten dragen. De ziektekostenverzekeraar heeft zulks gemotiveerd weersproken en betoogd dat de betreffende techniek ook hier te lande wel

wordt toegepast, zij het op kleine schaal, en is aan de hand hiervan tot de onder 9.2 tot en met 9.4 genoemde DBC-zorgproducten gekomen. Derhalve moet de stelling van verzoeker dat voor de uitgevoerde ingreep geen passende DBC-zorgproducten bestaan worden gepasseerd.

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

- 9.7. Aangezien het gaat om voorziene zorg - verzoeker wist immers dat een operatie noodzakelijk was, en is speciaal hiervoor uitgeweken naar Zuid-Afrika -, en door verzoeker niet is voldaan aan de voorwaarden die gelden voor een vergoeding voor voorziene zorg, biedt de aanvullende ziektekostenverzekering geen mogelijkheid voor een aanvullende vergoeding.

#### **Reiskosten en kosten van rechtsbijstand**

- 9.8. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij ten minste aanspraak heeft op een gedeeltelijke vergoeding van de gemaakte reiskosten, door hem begroot op € 140,40. Door de ziektekostenverzekeraar is ter zitting toegezegd dat deze kosten aan verzoeker zullen worden vergoed, zodat hierover geen geschil meer bestaat.
- 9.9. Met betrekking tot de door verzoeker eerst ter zitting gevorderde kosten van rechtsbijstand, geldt dat het hier gaat om een vermeerdering van eis, waarmee de ziektekostenverzekeraar niet akkoord is gegaan. De vordering ter zake van de kosten van rechtsbijstand wordt daarom als tardief beschouwd.

#### **Conclusie**

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.11. Aangezien de ziektekostenverzekeraar alsnog is overgegaan tot vergoeding van de door verzoeker gevorderde reiskosten, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

#### **10. Het bindend advies**

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

Zeist, 2 maart 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester