



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E  
Zaak : Thailand, geneeskundige zorg, endoscopische discectomie niveau L5-S1,  
hoogte vergoeding  
Zaaknummer : 201302275  
Zittingsdatum : 17 december 2014

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

(Voorwaarden ziektekostenverzekering 2012)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

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 verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Basisfit Internationaal (hierna: de ziektekostenverzekering). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Optifit Internationaal en Privé Kamer afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een endoscopische dissectomie op niveau L5-S1, ondergaan te Bangkok, Thailand (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat een gedeeltelijke vergoeding ter hoogte van € 4.332,15 wordt verleend.


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 9 augustus 2013 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 e-mailbericht van 5 juli 2014 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 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 september 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 september 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 1 oktober 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 december 2014 in persoon gehoord.
- 3.9. Na de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar gevraagd op basis van welke informatie de ANWB Alarmcentrale heeft besloten dat liggend vervoer was aangewezen, terwijl de operatie inmiddels had plaatsgevonden en verzoeker weer terug was in Europa. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 december 2014 medegedeeld dat één en ander is gebaseerd op enkele e-mailberichten van verzoeker, en niet op medische informatie afkomstig van de behandelend arts.  
De reactie van de ziektekostenverzekeraar is aan verzoeker gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 14 januari 2015 heeft verzoeker toegelicht dat het ziekenhuis de ANWB Alarmcentrale de gevraagde medische stukken heeft gezonden. De ANWB Alarmcentrale was derhalve door middel van informatie van de behandelend arts ervan op de hoogte dat sprake was van een fundamentele vermindering van spierfuncties, aldus verzoeker. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend arts heeft over verzoeker het volgende verklaard: *"Herniated disc right L5-S1. (...) he had low back pain 1 month, then followed by right leg numbness and weakness. The clinical was aggravating by standing and alleviating bij lying down. (...) SLRT: 90/90, numbness at right S1 dermatome, weakness right hamstring and gastrocnemius power gr 4 (...) MRI lumbar: Multilevel degenerative disk disease of the L-S spine, with moderate sized Rt central to subarticular zone L5-S1 disk extrusion or free fragment compressing the Rt S1 root. Treatment: Endoscopic discectomy right L5-S1 via interlaminar approach with indication of progressive neurological deficit and significant weakness of leg muscle. Postoperative condition at 1 week: no back and leg pain, right hamstring gr 5, right gastrocnemius gr 4+. (...)"*.
- 4.2. Op 25 oktober 2012 kreeg verzoeker, tijdens een verblijf in Thailand, ernstige pijn die leek op een hernia. Hij heeft hiervoor een arts bezocht, die hem aanvankelijk heeft behandeld met pijnstillers. Toen dit niet bleek te werken, heeft verzoeker injecties gekregen. Op 20 november 2012 had hij echter nog steeds ernstige pijn. Ook waren er problemen met lopen. Verzoeker wilde daarom - alvorens terug te vliegen naar zijn woonland - een medisch-specialist raadplegen.
- 4.3. De medisch-specialist liet een MRI-scan maken, en kwam tot de conclusie dat niet de pijn, maar de aanwezige verzwakking van de spieren de grootste zorg was. Hij adviseerde direct tot operatief ingrijpen over te gaan om verdere beschadiging als gevolg van bekneling van de grote zenuw te voorkomen. Omdat verzoeker aspirine had gebruikt, kon de operatie niet reeds de volgende dag plaatsvinden. Uiteindelijk werd als operatiedatum 24 november 2012 voorgesteld.
- 4.4. Verzoeker heeft hierop contact opgenomen met de ANWB Alarmcentrale. De eerste reactie was dat in geval van een hernia geen sprake is van spoedeisende zorg. Dit kon evenwel anders liggen indien spieruitval zou optreden. Een medewerker van de ANWB Alarmcentrale heeft het dossier van verzoeker beoordeeld, en kwam de avond vóór de operatie tot de conclusie dat geen operatie-indicatie bestond. Aangezien verzoeker meer vertrouwen had in het oordeel van zijn behandelend arts dan in dat van een medewerker van de ANWB Alarmcentrale - waarvan hij niet zeker wist of het daarbij ging om een arts - die hem bovendien niet had gezien, en hij op de avond vóór de ingreep reeds was opgenomen in het ziekenhuis, heeft hij de ingreep laten plaatsvinden.



 4.5. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar de volledige kosten van de ingreep dient te vergoeden, alsmede de door hem gemaakte telefoonkosten en kosten van gevoerde correspondentie. De reden daarvoor is ten eerste dat de ANWB Alarmcentrale te laat was met haar beslissing geen vergoeding toe te kennen. Ten tweede blijkt uit het operatieverslag en uit het verslag van de nacontrole, enkele maanden later, dat geen sprake was van een pijnlijke hernia, maar van ernstige spierverswakking. Hierdoor was direct operatief ingrijpen de enige juiste optie.



  
  
  
  
 4.6. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat het gaat om twee punten. In de eerste plaats is er de kwestie van het niet tijdig reageren door de ANWB Alarmcentrale. Verzoeker heeft hiermee veel contact gehad, en heeft ook papieren ingestuurd. Er zou contact worden opgenomen met het ziekenhuis. Op de dag vóór de operatie ontving verzoeker de mededeling dat de kosten niet zouden worden vergoed. De operatie zou de volgende dag om 6 uur plaatsvinden. Het andere punt betreft het gegeven dat het niet ging om een hernia. Gebleken was dat een hoofdzenuw was bekneld, waardoor krachtverlies ontstond. Tot voor kort kon verzoeker zelfs niet normaal lopen. In Thailand trof hij, in het hotel, een Australische arts, die hem adviseerde onderzoek te laten doen naar de klachten. Hij heeft dit advies opgevolgd. Zou hij geen aspirine hebben geslikt, dan was de operatie nog op dezelfde dag gepland. De uitgevoerde ingreep wordt in Nederland en België niet verricht. Men opereert namelijk rechtstreeks tussen de wervels. Verzoeker twijfelt of de ANWB Alarmcentrale te goeder trouw heeft gehandeld. Men deelde hem namelijk mede dat na onderzoek en evaluatie was besloten dat - ervan uitgaande dat de operatie nog niet had plaatsgevonden - hij liggend naar Nederland zou moeten worden vervoerd. Hij was ten tijde van die mededeling echter al geopereerd en terug in Europa. De vraag is dan ook hoe goed er naar de zaak is gekeken.


 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. Uit de medische informatie in het dossier is niet op te maken dat het gaat om spoedeisende zorg. De behandelend arts heeft toegelicht dat ingrijpen noodzakelijk was vanwege een "herniated disc right L5-S1". Op basis hiervan is de arts van de ANWB Alarmcentrale tot de conclusie gekomen dat het ging om electieve zorg. Uit de stukken blijkt niet dat sprake was van ernstige spierverswakking.

  
 5.2. Volgens de ANWB Alarmcentrale is aan verzoeker geen tegenstrijdige informatie gegeven. De melding van het poliklinische bezoek aan de arts op 21 november 2012 leidde tot herhaaldelijk rappelleren van het ziekenhuis, teneinde een medisch rapport te ontvangen, zodat kon worden beoordeeld of al dan niet sprake was van spoed. Eerst op 27 november 2012 ontving de ANWB Alarmcentrale een antwoord van de financiële afdeling van het betreffende ziekenhuis, met een kostenopgave en behandelplan. Wederom ontbrak een klinisch gedetailleerde onderbouwing van de behandelend arts. Deze onderbouwing heeft de arts nooit aangeleverd. Hierover is verzoeker steeds geïnformeerd.

  
 5.3. Verzoeker heeft aanspraak op een vergoeding conform het maximale Nederlandse tarief. Hierbij is uitgegaan van de DBC-code 03.08.11.00.2505.0023 met een bijbehorend tarief van € 4.332,15. Hij heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de ziektekostenverzekering. Ook heeft hij geen aanspraak op een aanvullende vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, aangezien geen sprake is van spoedeisende zorg.

 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 12 september 2014 toegelicht dat hij in 2012 nog uitging van DBC-codes, omdat veel ziekenhuizen in dat jaar hun tarieven nog niet hadden gepubliceerd. Het te vergoeden tarief betreft een tarief uit 2011. Aangezien het tarief van de toepasselijke DOT-code in 2012 lager is dan het uitgekeerde bedrag, heeft verzoeker geen aanspraak op een hogere vergoeding.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de ANWB Alarmcentrale vanaf 21 november 2012 bij herhaling heeft getracht contact te krijgen met het ziekenhuis. De gevraagde informatie werd kort vóór de operatie, op 27 november 2012, verkregen. Hieruit bleek dat de ingreep kon worden uitgesteld. Verder had verzoeker in oktober 2012 al klachten. Repatriëring is nooit aan de orde geweest. Er is pas contact gezocht toen de beslissing tot opereren al was genomen. Iemand in een acute situatie zal niet een dag wachten met het opnemen van contact. Bovendien is de ANWB Alarmcentrale 24 uur per dag bereikbaar. Overigens wordt de ingreep sinds 2006 ook in Nederland verricht.

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

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 9 van 'Deel A Algemene Bepalingen' van de ziektekostenverzekering 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. Artikel 4 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, jeugdgezondheidszorgarts of bedrijfsarts, 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.*

*[Naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt de kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt [naam ziektekostenverzekeraar] de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname. (...)"*

8.3. Artikel 1 van de ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*"lid 2 [naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt de kosten tot maximaal:*

*1. het tarief overeengekomen tussen de zorgverlener en [naam ziektekostenverzekeraar];*

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

*lid 3 [naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt nota's van buitenlandse zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij in vrijwel alle landen de gemiddelde wisselkoers in de maand voor de afwikkeling. Alleen bij nota's uit EU- en EER-landen die geen euro voeren, hanteert [naam ziektekostenverzekeraar] de door het College voor zorgverzekeringen berekende koers. Dat is de gemiddelde koers in de eerste maand van het kwartaal voor de afwikkeling."*

- 8.4. Artikel 17 van 'Deel B Omvang Dekking' van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*"[Naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt de volgende kosten van geneeskundige zorg buiten uw woonland:*

*lid 1 Onvoorziene behandelingen*

*Als sprake is van acute ziekte of een ongeval tijdens verblijf in het buitenland vergoedt [naam ziektekostenverzekeraar] de kosten van zorg:*

- *binnen een EU-/EER of verdragsland die volgens de Basisfit Internationaal 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 Basisfit Internationaal of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;*
- *binnen een EU-/EER of verdragsland die volgens voorgaande artikelen zijn gedekt tot maximaal het in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag;*
- *buiten een EU-/EER of verdragsland die volgens de Basisfit Internationaal 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 uitkering is in een voorkomend geval beperkt tot maximaal tweemaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de Basisfit Internationaal of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit;*
- *buiten een EU-/EER of verdragsland die volgens voorgaande artikelen zijn gedekt, tot maximaal tweemaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag.*


*lid 2 Voorziene behandelingen*

- *[naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt de buiten uw woonland gemaakte medische kosten, vermeld in voorgaande artikelen, als er sprake is van een voorziene behandeling. De vergoeding wordt verleend volgens de in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedragen tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag of het in de voorwaarden genoemde maximum bedrag.*
- *[naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt de kosten van medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), volledig voor zorg verleend in een door [naam ziektekostenverzekeraar] erkend ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding volgens de Basisfit Internationaal of een andere zorgverzekering maakt deel hiervan uit. Een overzicht van de erkende ziekenhuizen kunt u aanvragen bij het [naam ziektekostenverzekeraar] Service Center of raadplegen op [naam website] (...)"*

9. Beoordeling van het geschil



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

- 9.1. Gelet op de artikelen 1 en 4 van de ziektekostenverzekering bestaat ingeval van niet-gecontracteerde zorg - zoals hier aan de orde - aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch-specialistische zorg tot maximaal het Wmg-tarief dan wel, indien een dergelijk tarief niet bestaat, tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

- 
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar is ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding uitgegaan van de DBC-code 03.08.11.00.2505.0023 met als omschrijving: "*Verwijzing/Rughernia, verwijder. deel tussenw. schijf, minim. invasieve verwijdering kern tussenw. schijf/Operatief met klinische episoden*". Hoewel verzoeker stelt dat het bij hem niet ging om een hernia, maar om een ernstige spiervzwakking, blijkt zulks niet uit de medische informatie. Derhalve moet ervan worden uitgegaan dat de omschrijving die hoort bij genoemde DBC passend is bij de situatie van verzoeker. Deze DBC-code betreft een code uit het B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Het voor 2011 gecontracteerde bedrag is volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar € 4.332,15. Dit bedrag is aan verzoeker uitgekeerd. Daarnaast gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat - gelet op de behandeldatum - het tarief dat hoort bij de DOT-code in 2012 had moeten worden gehanteerd, maar dat dit tarief lager is dan € 4.332,15. Verzoeker heeft een en ander niet gemotiveerd bestreden, zodat de commissie als vaststaand aanneemt dat het uitgekeerde bedrag hoger is dan dat waar verzoeker op grond van de polisvoorwaarden aanspraak op heeft.




### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.3. Gelet op artikel 17 lid 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoeker ingeval van onvoorziene behandelingen buiten een EU-/EER- of Verdragsland, zoals in dit geval Thailand, aanspraak op maximaal tweemaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag. Op grond van lid 2 van genoemd artikel blijft de vergoeding ingeval van voorziene behandelingen beperkt tot de in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedragen tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag of het in de voorwaarden genoemde maximumbedrag. Beoordeeld moet daarom worden of sprake was van een voorziene dan wel een onvoorziene behandeling. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 
- 9.4. Vast staat dat verzoeker op 25 oktober 2012 reeds klachten had die wezen op een hernia. Eerst op 20 november 2012 werden de klachten zo ernstig dat hij problemen kreeg met lopen. Niet gebleken is dat sprake was van uitvalsverschijnselen die direct ingrijpen noodzakelijk maakten. Verzoeker heeft toegelicht dat de arts hem tot 22 november 2012 de tijd had gegeven na te denken over het al dan niet laten doorgaan van de ingreep. Dat verzoeker klachten had staat niet ter discussie, maar in het dossier ontbreekt een medische onderbouwing van de noodzaak tot direct operatief ingrijpen. Het voorgaande leidt ertoe dat niet kan worden gesproken van een onvoorziene behandeling als bedoeld in artikel 17 lid 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op een vergoeding tot maximaal tweemaal het Nederlandse tarief.





### Vergoeding telefoon- en correspondentiekosten

- 
- 9.5. De commissie acht - gelet op het voorgaande - geen gronden aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten verzoeker de door hem gemaakte telefoonkosten en kosten van gevoerde correspondentie te vergoeden.



### 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, 28 januari 2015,



Voorzitter

