



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A.,
beide te Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, Turkije, rugoperatie, indicatie, doelmatigheid

Zaaknummer : 201601662

Zittingsdatum : 22 maart 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, art. 13 lid 1 Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid)

1. Partijen

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

tegen






- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- 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 Zorg-op-maatpolis (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 Jongeren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met 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 rugoperatie, uitgevoerd te Bursa, Turkije (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 februari 2016 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 6 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 13 juli 2016 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).
- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 januari 2017 aan verzoeker gezonden.

-  3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 januari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 februari 2017 telefonisch medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
-  3.7. Bij brief van 6 januari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 2 februari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017001297) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op basis van de beschikbare informatie niet blijkt dat sprake is van een aangetoonde ernstige instabiliteit dan wel wortelcompressie op niveau L4-L5. De indicatie voor een spondylodese is derhalve niet aangetoond. Ook is niet gebleken van een indicatie voor de heroperatie op niveau L5-S1. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 7 februari 2017 aan partijen gezonden.
-  3.8. Verzoeker is bij brief van 1 maart 2017 uitgenodigd voor de hoorzitting van 22 maart 2017. Bij e-mailbericht van 8 maart 2017 heeft verzoeker medegedeeld op genoemde datum verhinderd te zijn, en heeft hij de commissie verzocht de hoorzitting te verzetten. Omdat 22 maart 2017 door verzoeker niet was opgegeven als verhinderdatum, en hij geen zwaarwegende grond heeft genoemd voor het verzetten van de hoorzitting, heeft de commissie besloten de hoorzitting doorgang te laten vinden, en verzoeker hierover bericht.
-  3.9. De ziektekostenverzekeraar is op 22 maart 2017 in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.10. Bij brief van 24 maart 2017 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. Verder is het Zorginstituut gevraagd in het definitief advies in te gaan op de vraag of de vernauwing van de neuroforamina op niveau L5-S1, zoals geconstateerd op de laatste MRI vóór de operatie, een indicatie oplevert voor de behandeling op dat niveau. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 31 maart 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Het Zorginstituut heeft verder medegedeeld dat een vernauwing van de neuroforamina een indicatie kan vormen voor een operatie bij een patiënt die nog niet eerder op dat wervelniveau is geopereerd, wanneer de klachten van met name de uitstralende pijn in één of beide benen heel duidelijk kunnen worden herleid tot een verhoogde druk op de uittredende zenuwwortels op dat niveau, en wanneer adequaat aangeboden en toegepaste conservatieve behandelingen onvoldoende effect hebben gehad. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier blijkt niet dat bij verzoeker sprake was van een (persisterende) wortelcompressie op niveau L5-S1 door vernauwing van de neuroforamina als oorzaak van de klachten van verzoeker. Tijdens de operatie die is uitgevoerd lijkt ook geen aandacht te zijn besteed aan mogelijke druk op de op dit niveau uittredende zenuwwortels. Derhalve blijft de conclusie dat noch voor de (uitbreiding van de) spondylodese op niveau L4-L5, noch voor de heroperatie op niveau L5-S1 een duidelijke indicatie bestond. De bevindingen van de MRI, met name de aangegeven vernauwing van de neuroforamina, zijn te beschouwen als een resttoestand na de operatie uit 2013. Het definitief advies van het Zorginstituut is op 31 maart 2017 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld binnen zeven dagen op het advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker is in 2013 twee keer aan zijn rug geopereerd in Turkije. Vanwege hevige lage rugklachten is hij door de behandelend medisch specialist in Nederland doorverwezen naar de behandelend medisch specialist in Turkije. Op 28 juli 2015 is hij in Turkije wederom aan zijn rug geopereerd. Voor de vergoeding hiervan heeft hij bij de ziektekostenverzekeraar op 14 september 2015 een aanvraag ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft de betreffende aanvraag afgewezen omdat een indicatie voor de ingreep ontbrak.

4.2. Verzoeker bestrijdt de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat geen indicatie bestond voor de rugoperatie. De Turkse verslagen van de drie operaties zijn op grond van gecertificeerde vertalingen door de ziektekostenverzekeraar beoordeeld. Verzoeker merkt op dat daarentegen het belangrijkste verslag, namelijk dat van 28 juli 2015 inzake het radiologisch onderzoek voorafgaand aan de laatste operatie, niet is vertaald en derhalve niet is meegenomen in de beoordeling. Juist uit dit verslag blijkt dat een noodzaak bestond voor de operatie. Ware het anders geweest, dan had verzoeker niet op de operatietafel gelegen.

4.3. In het MRI-verslag van 28 juli 2015 staat dat bij verzoeker sprake is van een degeneratie van de tussenwervelschijf op niveau L4-L5, een diffuse uitstulping en druk op de thecale zak. Daarnaast is op niveau L5-S1 onder meer sprake van een grade 1 listhesis. Dit duidt op een verschuiving van de wervelkolom, zodat kan worden gesproken van instabiliteit van de wervelkolom. Verder staat in het verslag dat de schijfruimte op niveau L5-S1 is vernauwd en dat samen met de diffuse uitstulping een cage wordt waargenomen in de schijfruimte alsmede een defect vanwege de (eerdere) ondergane operaties.

4.4. Verzoeker merkt verder op dat hij niet zomaar een zware en kostbare ingreep laat doen. De hevige lage rugklachten die hij had, waren zodanig verergerd dat hij zich opnieuw heeft gewend tot de behandelend arts in Nederland. Deze heeft vervolgens geoordeeld dat een derde ingreep kon worden uitgevoerd. Hierna is verzoeker mondeling doorverwezen naar de behandelend arts in Turkije, die heeft bepaald dat een noodzaak bestond voor een derde ingreep.

4.5. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar op onzorgvuldige wijze tot zijn beoordeling is gekomen. Hij heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht zijn beslissing te herzien. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop geantwoord dat de aangevraagde ingreep niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarom niet voor vergoeding in aanmerking komt. Verzoeker is overrompeld door dit nieuwe argument en heeft niet de mogelijkheid gehad hierop te reageren.

4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. In de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen dat recht bestaat op vergoeding van zorg indien een verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Er moet sprake zijn van doelmatige zorg en de verzekerde moet een indicatie hebben voor de zorg. Tevens moet de zorg voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit laatste betekent dat er voldoende wetenschappelijk bewijs moet zijn dat de behandeling op langere termijn veilig en doelmatig is.

5.2. De ziektekostenverzekeraar ontving van verzoeker een aanvraag voor vergoeding van de kosten van een uitbreiding van de spondylodese op niveau L4/L5 en revisie van de spondylodese op niveau L5/S1. De MRI die is gemaakt in Nederland in maart 2015 toont geen evidente neurogene compressie of instabiliteit van de rug. Uit de MRI die is gemaakt in Turkije blijkt dat sprake is van

enige druk op de thecale zak op niveau L4/L5. Verder blijkt hieruit niet van een compressie van de zenuwwortels en ook niet van spondylolisthesis of instabiliteit op niveau L4/L5.

5.3. Een spondylodese is een ingreep die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk indien er een evidente compressie bestaat met een bewezen listhesis of instabiliteit. Dit is bij verzoeker niet het geval, zodat geen recht bestaat op vergoeding van de kosten van de aangevraagde en reeds uitgevoerde ingreep.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat geen geldige verwijzing door een arts heeft plaatsgevonden, en dat een indicatie voor de ondergane ingreep ontbreekt.

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.22 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 is gehouden de aanspraak alsnog 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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1 tot en met B. 26 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“B.4. Medisch specialistische zorg

(...)

B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

(...)

U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. (...)

B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat:

- medisch specialistische behandeling;*
- opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 3 x 365 dagen;*
- opname, verpleging en verzorging;*
- paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;*
- laboratoriumonderzoek.*

(...)

Voorwaarden
(..)

Zorgverlener

Een instelling voor medisch specialistische zorg, een medisch specialist of een kaakchirurg verleent de zorg.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts of bedrijfsarts. (...)

Plaats

De zorg vindt plaats in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg)."

- 8.4. Artikel B.2 van de zorgverzekering betreft de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"B.2. Buitenlandzorg

(...)

B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland

Zorg: waar hebt u recht op?

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2. (...)

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar hebt u recht op?

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.

Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies aan te vragen. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben we wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen. (...)"

- 8.5. Artikel A.3 van de zorgverzekering bepaalt de inhoud en omvang van de zorg, en dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

- de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; en
- het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen; en
- de zorg is als verzekerde zorg genoemd in het Vergoedingen Overzicht van uw verzekering en uitgewerkt en omschreven onder hoofdstukken B of D van deze verzekeringsvoorwaarden; en
- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar álle wetenschappelijke informatie die er is. Ook moet sprake zijn

van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de adequate zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn. Te dure zorg in uw situatie is dus geen adequate zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering. Ook niet als u een deel zelf bijbetaalt."

- 8.6. De artikelen A.3, B.2 en B.4 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
Artikel 13 Zvw regelt de hoogte van de vergoeding indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 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 B.14 van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"D.14. Buitenlandzorg

D.14.1. Spoedeisende zorg in buitenland

(...)

De zorg omvat spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland. Dat is medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden.

(...)

Algemeen

- U krijgt de kosten niet of gedeeltelijk vergoed uit de zorgverzekering of een afzonderlijk afgesloten (reis)verzekering;
- De zorg is spoedeisend. Dat is medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden.
- Uw verblijf is tijdelijk, als u korter dan 365 dagen aaneengesloten in het buitenland bent.
- Het bedrag dat u voor buitenlandse zorg declareert, mag niet hoger zijn dan gebruikelijk is in het land waar u tijdelijk verblijft;
- De zorg was niet te voorzien op het moment dat u naar het buitenland vertrok;
- Nadat wij de kosten hebben betaald, moet u meewerken aan de overdracht van de rechten op een andere (reis)verzekeraar;
- U moet geheel meewerken aan de zorgverlening en u houden aan de aanwijzingen van de ingeschakelde hulpdienst."

- 8.10. Artikel 13 lid 1 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid (Trb. 1966, 155) bepaalt:

"Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker heeft verklaard dat de behandelend medisch specialist in Nederland hem heeft doorverwezen naar de behandelend medisch specialist in Turkije. Het betreft dus in casu planbare zorg en er kan niet worden gesproken van een noodzaak voor onmiddellijke geneeskundige behandeling als bedoeld in artikel 13 lid 1 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid. Derhalve dient de vraag of aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de rugoperatie te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 9.2. Een spondylodese, zoals uitgevoerd bij verzoeker, is een behandeling die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en behoort daarmee tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering.

Hetgeen partijen verdeeld houdt is of verzoeker voor de uitgevoerde spondylodese en heroperatie op niveau L5-S1 ook een indicatie had als bedoeld in artikel A.3.2. van de zorgverzekering. Het Zorginstituut heeft ter zake in zijn advies van 2 februari 2017 geconcludeerd dat op basis van de beschikbare informatie niet is gebleken van een aangetoonde ernstige instabiliteit dan wel wortelcompressie op niveau L4-L5, zodat de indicatie voor een spondylodese niet is aangetoond. Verder is niet gebleken van een indicatie voor de heroperatie op niveau L5-S1. De commissie neemt de conclusie van het Zorginstituut over en maakt deze tot de hare. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de onderhavige kosten ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg en geneesmiddelen in het buitenland. Voorwaarden zijn dat (i) verzekerde de kosten niet of gedeeltelijk vergoed krijgt uit de zorgverzekering of een afzonderlijk afgesloten (reis)verzekering, en (ii) de zorg spoedeisend is. Dit is medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld. Voorts (iii) verblijft de verzekerde niet langer dan een jaar in het buitenland, en (iv) mag het bedrag dat verzekerde voor buitenlandse zorg declareert niet hoger zijn dan gebruikelijk is in het land waar hij tijdelijk verblijft, was (v) de zorg niet te voorzien op het moment dat verzekerde naar het buitenland vertrok, en moet verzekerde (vi) nadat de kosten zijn betaald door de ziektekostenverzekeraar, meewerken aan de overdracht van de rechten op een andere (reis)verzekeraar. Verder moet (vii) verzekerde geheel meewerken aan de zorgverlening en zich houden aan de aanwijzingen van de ingeschakelde hulpdienst.

De vergoeding op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering is een aanvulling op de vergoeding die wordt verleend ten laste van de zorgverzekering. De aanvulling is het verschil tussen de verleende vergoeding en de werkelijke kosten.


Onder 9.1 is reeds vastgesteld dat de rugoperatie geen spoedeisende en onvoorzienbare zorg betrof, zodat niet wordt voldaan aan voorwaarden (ii) en (v). Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op een - aanvullende - vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.




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, 19 april 2017,




A.I.M. van Mierlo