



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Marokko, geneeskundige zorg, alarmcentrale, repatriëring, schadevergoeding
Zaaknummer : 201700097
Zittingsdatum : 31 mei 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna 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 Univé Zorg Geregeld Polis (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 Univé Extra Zorgpolis Beter 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).

De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Univé Tand Best Pakket is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een schadevergoeding ten bedrage van € 1.850,28 in verband met te late repatriëring na een ziekenhuisopname in Marokko in augustus 2016 (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft de klacht van verzoekster doorgezet naar de ANWB Alarmcentrale, die haar op 28 november 2016 een excuusbrief en een bos bloemen heeft gezonden.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 2 januari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat, behalve een akkoordverklaring voor de neusoperatie, het verplicht eigen risico 2017 ten bedrage van € 385,- wordt vergoed.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten een aanvullende vergoeding van € 180,- te verlenen, zijnde de extra premiekosten die verzoekster over 2017 moet betalen, aangezien zij vanwege de uitgestelde neusoperatie in 2017 niet heeft kunnen kiezen voor een vrijwillig eigen risico.

3.4. Bij brief van 17 maart 2017 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 11 april 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 april 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 18 april 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 mei 2017 medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 mei 2017 telefonisch gehoord.
- 3.10. Bij e-mailbericht van 13 juni 2017 heeft verzoekster de commissie een afschrift gezonden van het dossier dat zij van de ANWB Alarmcentrale heeft ontvangen. Een kopie is op 26 juni 2017 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster was op 13 augustus 2016 onderweg naar het vliegveld om na een vakantie in Marokko terug te vliegen naar Nederland. Onderweg kreeg zij een auto-ongeluk waarbij zij een kaakfractuur beiderzijds, een neusfractuur en een breuk aan de oogkas rechts heeft opgelopen. De nicht en het zusje van verzoekster hebben na het ongeval direct contact opgenomen met de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar. In het ziekenhuis bleek al dat verzoekster moest worden geopereerd aan haar kaak en neus. Door de behandelend artsen in Marokko werd haar verteld dat dit binnen zeven dagen diende te gebeuren teneinde verdere schade te voorkomen en het herstel zo spoedig mogelijk te laten verlopen.
- 4.2. Verzoekster wilde graag in Nederland worden geopereerd, aangezien zij hier haar familie, vrienden en werk heeft. Daarnaast voelde zij zich niet prettig in een vreemd land waarvan zij de taal niet spreekt. De artsen in Marokko hebben hierop verklaard dat verzoekster in staat was te vliegen, zij het onder begeleiding van een arts en met zuurstof.
- 4.3. De procedure bij de alarmcentrale verliep echter enorm stroef en op een zeer klantvriendelijke manier waardoor verzoekster pas dertien dagen later, op 24 augustus 2016, naar Nederland kon vliegen. Zo werd door de alarmcentrale gesteld dat niet alle dossiers waren opgestuurd en werd door een medewerker een vreemde opmerking gemaakt over de artsen in Marokko. Vervolgens heeft een medewerker van de alarmcentrale aan verzoekster medegedeeld dat de arts in Nederland een schedelfractuur had geconstateerd en dat vliegen daardoor niet mogelijk was. De artsen in Marokko hebben de aanwezigheid van de schedelfractuur echter bestreden. Uiteindelijk is de medewerker van de alarmcentrale hier op terug gekomen, en heeft hij verzoekster medegedeeld dat de arts het verkeerd had gezien en het waarschijnlijk ging om een zwelling in de hersenen. Verzoekster en de

ziekttekostenverzekeraar spraken vervolgens af een second opinion hieromtrent te vragen, waardoor verzoekster genoodzaakt was nog langer in Marokko te verblijven.

Ook bij de second opinion werd gezegd dat verzoekster in staat was te vliegen, zij het onder begeleiding van een arts en met zuurstof. Verzoekster voelde zich in de tussentijd enorm in de steek gelaten door de ziektekostenverzekeraar en alsof zij al die tijd aan het lijntje was gehouden. Nadat de alarmcentrale de second opinion had ontvangen, werd het dossier van verzoekster, als betrof het geen spoed, doorgeschoven naar de reisverzekeraar. Het advies om een arts en zuurstof mee te sturen werd genegeerd. Op maandag 22 augustus 2016 heeft de reisverzekeraar het dossier van verzoekster opgepakt. Vervolgens is verzoekster op 24 augustus 2016 teruggevlogen naar Nederland om de dag daarna te worden opgenomen in het ziekenhuis. Het handelen van en de advisering door de medewerkers van de alarmcentrale verliepen gedurende de gehele procedure op een onverantwoorde manier.

- 4.4. Verzoekster is op 29 augustus 2016 aan haar kaak geopereerd. In eerste instantie was de bedoeling gelijktijdig de neus te opereren. Echter, omdat de repatriëring zo lang had geduurd, was het niet meer mogelijk op dat moment ook de neus te herstellen. Het gevolg was dat de neusoperatie op een later tijdstip moest plaatsvinden, er extra zorgkosten bij kwamen en de herstelperiode langer duurde dan nodig was geweest indien de alarmcentrale op de juiste manier had gehandeld. Door de artsen in Marokko werd destijds immers benadrukt dat verzoekster binnen zeven dagen moest worden geopereerd.

Verzoekster vond het verschrikkelijk en angstig om in onzekerheid in een ziekenhuisbed in Marokko te moeten wachten. Dit neemt zij de ziektekostenverzekeraar enorm kwalijk. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster valse hoop gegeven, aangezien haar in het begin werd medegedeeld dat zij zo snel mogelijk zou worden gerepatriëerd. Een bos bloemen met een excuusbrief van de alarmcentrale vindt verzoekster dan ook niet voldoende om haar negatieve ervaring te compenseren.

- 4.5. De ziektekostenverzekeraar komt nu met het voorstel alsnog een machtiging af te geven voor de neusoperatie en een vergoeding te verlenen voor het verplicht eigen risico 2017 ten bedrage van € 385,-. Verzoekster ziet dit echter niet als een tegemoetkoming, aangezien deze kosten helemaal niet nodig waren geweest als zij op tijd had kunnen terugkeren naar Nederland en zij de operatie tijdig had kunnen ondergaan. Het spreekt voor zich dat de ziektekostenverzekeraar deze kosten op zich neemt, aangezien hij deze zelf heeft veroorzaakt. Vanwege de traumatische ervaring en alle kosten die verzoekster door de te late repatriëring heeft moeten maken, verwacht zij een oprecht excuus van de ziektekostenverzekeraar en verzoekt een redelijke schadevergoeding. Haar voorstel in dat verband is kwijtschelding van de gehele jaarpremie 2017 ten bedrage van € 1.850,28. Verzoekster kon vanwege de aanvraag voor de neusoperatie namelijk niet per 1 januari 2017 overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Daarnaast kon zij geen verzekering met een vrijwillig eigen risico afsluiten, met de daaraan verbonden lagere premie, aangezien zij in 2017 zorgkosten heeft door de neusoperatie.

- 4.6. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat zij niet tevreden is over de gang van zaken bij de alarmcentrale. Daarnaast is de tekst in de polisvoorwaarden niet helder. In de polisvoorwaarden staat namelijk vermeld dat de alarmcentrale in overleg met de behandelend arts in het buitenland de medische noodzaak van terugkeer bepaalt. Dit overleg heeft kennelijk plaatsgevonden, maar toch heeft verzoekster het gevoel aan het lijntje te zijn gehouden.

- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoekster heeft alsnog een machtiging gekregen voor de neusoperatie. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar besloten het verplicht eigen risico 2017 ten bedrage van € 385,- voor zijn rekening te nemen. Hiermee heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster een aanbod gedaan, deels ter compensatie van de negatieve ervaring die zij heeft ondergaan in Marokko en deels als

tegemoetkoming voor het door haar nog te ondervinden nadeel vanwege de in 2017 uit te voeren neusoperatie.

Verzoekster stelt dat zij door de extra zorgkosten in 2017 niet heeft kunnen kiezen voor een vrijwillig eigen risico, waardoor zij maandelijks meer premie betaalt. De ziektekostenverzekeraar komt daarom met een aanvullend voorstel om deze extra premie ten bedrage van € 180,-- te vergoeden aan verzoekster. Indien verzoekster voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-- had gekozen, dan zou zij € 15,-- per maand minder premie voor haar zorgverzekering hebben moeten betalen. Over heel 2017 gaat het derhalve om een extra premiebedrag van € 180,-- (12 x € 15,--).

- 5.2. Verzoekster heeft verklaard dat zij niet akkoord gaat met het voorstel tot compensatie van € 180,--. Zij verwacht dat de ziektekostenverzekeraar de volledige zorgpremie voor 2017 ten bedrage van € 1.850,28 laat vervallen. De ziektekostenverzekeraar wijst dit tegenvoorstel van verzoekster af. Zij had namelijk hoe dan ook zorgpremie moeten betalen, of de vervelende ervaring in Marokko zich had voorgedaan of niet.
- 5.3. Ondanks dat de ziektekostenverzekeraar het betreurt dat verzoekster het voorval negatief heeft ervaren, gaat hij ervan uit dat zijn alarmcentrale op basis van de aanwezige medische informatie de juiste conclusie heeft getrokken, namelijk dat verzoekster niet fit genoeg was om naar Nederland te vliegen. Het verlengde verblijf in Marokko was derhalve niet te voorkomen, hoe vervelend dat verblijf ook is geweest. Het voorgaande wordt bevestigd door een concepttekst van een e-mailbericht van de alarmcentrale aan verzoekster, hetgeen een goed overzicht geeft van de gang van zaken rondom de ziekenhuisopname in Marokko en het contact met de alarmcentrale. De ziektekostenverzekeraar kan dan ook geen excuses aanbieden voor de handelwijze van de alarmcentrale.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoekster niet in Marokko geopereerd wilde worden. Daar komt bij dat sprake moet zijn van een medische noodzaak voor het vervoer terug naar Nederland. Deze was op basis van de beschikbare informatie niet aanwezig. De alarmcentrale maakt een afweging of de medische zorg dient plaats te vinden in het land van verblijf of in Nederland. Belangrijk is hierbij of verzoekster 'fit to fly' was.
- 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 de zorgverzekering en artikel 7 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 aan verzoekster een schadevergoeding te verlenen ten bedrage van € 1.850,28.

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 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 9 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorg in het buitenland bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, hebt u voor zorg recht op:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hebt u recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet op tijd kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kunnen wij de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, hebt u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. De EHIC is ook geldig als u naar Australië gaat. In Australië hebt u hiermee recht op spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening.

(...)

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

(...) U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website; (...)"

8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. Artikel 11, eerste lid, 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.

8.6. 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.

- 8.7. Artikel 15 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op repatriëring en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Uw medisch noodzakelijk vervoer of na uw overlijden het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland. Hieronder valt het volgende:

- de kosten van vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer;
- de kosten van (medisch) noodzakelijke begeleiding;
- de noodzakelijke kosten van communicatie;
- de kosten van het brengen en/of toezenden van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn.

Wie mag de repatriëring verzorgen

Univé Alarmcentrale. U vindt het telefoonnummer op uw zorgpas of voor in de verzekeringsvoorwaarden.

Wordt de repatriëring niet verzorgd door de Univé Alarmcentrale? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

(...)

Extra Zorg polis Beter volledig

Bijzonderheden

De Univé Alarmcentrale bepaalt in overleg met de behandelend arts in het buitenland de medische noodzaak van terugkeer."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt geen aanspraak op repatriëring indien om medische redenen niet op de voorgenomen wijze of op het voorgenomen tijdstip vanuit het buitenland naar Nederland kan worden gereisd. Behandeling ter plaatse wordt conform artikel 9 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden vergoed.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt onder voorwaarden aanspraak op volledige vergoeding van medisch noodzakelijk vervoer naar Nederland. De repatriëring dient te worden verzorgd door de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar. Deze bepaalt in overleg met de behandelend arts in het buitenland de medische noodzaak van terugkeer. Verzoekster is uiteindelijk op 24 augustus 2016 per vliegtuig van Marokko naar Nederland gereisd. Uit de overgelegde stukken maakt de commissie op dat de (alarmcentrale van de) ziektekostenverzekeraar het dossier kort daarvoor had overgedragen aan de reisverzekeraar, en dat deze de betreffende repatriëring heeft georganiseerd (en op basis van de voorwaarden van de reisverzekering heeft vergoed). De vergoeding van de kosten van repatriëring vormt derhalve geen onderwerp van geschil meer tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar. De commissie laat dit onderdeel van het verzoek dan ook verder rusten.
- 9.3. Verzoekster maakt aanspraak op een schadevergoeding, in welk kader door haar een bedrag van € 1.850,28 is genoemd, hetgeen de volledige jaarpremie is voor 2017. Grondslag van deze vordering is dat verzoekster tegen haar wens en het advies van de Marokkaanse artsen in, langer in het ziekenhuis in Marokko heeft moeten verblijven, zonder daar te worden geopereerd. Hierdoor moest,

na terugkomst in Nederland, de operatie aan haar neus worden uitgesteld, waardoor verzoekster niet per 1 januari 2017 kon overstappen naar een andere zorgverzekeraar, en zij niet kon kiezen voor een hoog vrijwillig eigen risico.

Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 9.4. Uit de stukken blijkt dat de repatriëring vooral vertraging heeft opgelopen doordat de alarmcentrale niet alle dossiers had ontvangen en een second opinion nodig was omtrent de medische toestand van verzoekster. De tweede beoordeling door de arts in Tanger was noodzakelijk teneinde na te gaan of verzoekster in staat was te vliegen, aangezien sprake kon zijn van een schedel(basis)fractuur. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft de alarmcentrale hierin correct gehandeld en was het verlengde verblijf in Marokko derhalve niet te voorkomen. De commissie begrijpt dat de situatie voor verzoekster erg vervelend en onzeker is geweest. Het is aan de alarmcentrale te bepalen of een medische noodzaak voor repatriëring bestaat en of terugkeer per vliegtuig naar Nederland sowieso mogelijk is. Hiervoor is het nodig dat de alarmcentrale de beschikking heeft over het volledige dossier en eventueel kan het aangewezen zijn een second opinion te vragen. Hierdoor kan het voorkomen dat het langer duurt voordat de verzekerde kan worden gerepatriëerd, hetgeen alleen aan de ziektekostenverzekeraar kan worden toegerekend indien de vertraging onnodig is geweest. Door verzoekster is dit laatste weliswaar gesteld, maar niet aannemelijk gemaakt. Naar aanleiding van de hoorzitting heeft verzoekster het verslag van de alarmcentrale opgevraagd en een afschrift hiervan aan de commissie gezonden. Uit het verslag blijkt dat niet duidelijk was of verzoekster in staat was naar Nederland te vliegen. Op 18 augustus 2016 was sprake van bloedverlies via de neus bij het gaan zitten en kan verzoekster kennelijk niet lopen. Op 20 augustus 2016 werd melding gemaakt van difuus cerebraal oedeem, waarnaar verder onderzoek moest worden gedaan. De commissie concludeert op basis van de overgelegde stukken dat gerede twijfel bestond of uitsluitend sprake was van een aangezichts-/kaakfractuur en dat onderzoek ter plaatse daarom was aangewezen zodat de ontstane vertraging de ziektekostenverzekeraar niet kan worden aangerekend.

- 9.5. Daarnaast staat niet vast dat - in geval van eerdere terugkeer naar Nederland - de operatie aan de neus inderdaad gelijktijdig met de kaakoperatie had kunnen worden uitgevoerd. De enkele verwijzing naar de door de artsen in Marokko genoemde termijn van zeven dagen is in dat verband onvoldoende. De commissie overweegt voorts dat onduidelijk is welke schade verzoekster gecompenseerd wenst te zien. Indien zij met ingang van 1 januari 2017 was overgestapt naar een andere zorgverzekeraar, en zij daar had gekozen voor een basisverzekering met het hoogste vrijwillig eigen risico, had zij hiervoor nog steeds premie moeten betalen. Het gevorderde bedrag van € 1.850,28 lijkt dan ook grotendeels het karakter van immateriële schade te hebben, en tot toewijzing hiervan is de commissie, nog daargelaten of hiervoor een grond bestaat, gelet op het bepaalde in het reglement niet bevoegd. In de beslissing van de ziektekostenverzekeraar het eigen risico 2017 en het premieverschil vanwege het eigen risico te vergoeden bij wijze van compensatie zal de commissie niet treden.

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, 5 juli 2017,

J.A.M. Strens-Meulemeester