



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen
E en F, beide te G
Zaak : Turkije, Whipple operatie, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201300696
Zittingsdatum : 18 juni 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 13 lid 1 Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te D,

tegen

- 1) E te G, en
- 2) F te G, hierna gezamenlijk 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (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 Compleet 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 door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Tand Compleet is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een Whipple operatie, uitgevoerd te Istanbul (Turkije), ten bedrage van 34.589,80 TL (ongeveer € 14.800,--)(hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot vergoeding van een bedrag van € 7.918,51.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld de vergoeding te verhogen met € 559,43.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 18 november 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag van € 8.517,94 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 31 januari 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 februari 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 februari 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 juni 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 6 februari 2014 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 10 maart 2014 heeft het CVZ (zaaknummer 2014015101) bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld dat niet in geschil is of verzoekster een indicatie heeft voor de ondergane operatie, en dat de door de ziektekostenverzekeraar toegepaste DBC-code passend is voor de behandeling die verzoekster heeft ondergaan. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 22 april 2014 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 juni 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 20 juni 2014 heeft de commissie het CVZ (thans: Zorginstituut Nederland) 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. In reactie daarop heeft het Zorginstituut Nederland bij brief van 25 juni 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen 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 verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft op 17 april 2012 in Istanbul een Whipple operatie ondergaan. Voorafgaand aan de operatie heeft meermalen contact plaatsgevonden met de ziektekostenverzekeraar, meer specifiek met het servicecentrum in Turkije. Door het servicecentrum werd zij naar een gecontracteerd ziekenhuis verwezen. Aangezien alles via en in overleg met het servicecentrum van de ziektekostenverzekeraar was geregeld, ging verzoekster ervan uit dat de kosten volledig zouden worden vergoed. Het Turkse ziekenhuis heeft verzoekster een nota van € 14.800,-- gestuurd. Door verzoekster zijn bedragen van 500,- TL, € 4.500,- en € 10.000,- betaald aan het betreffende ziekenhuis. De ziektekostenverzekeraar heeft een totaalbedrag van € 8.517,94 vergoed, waardoor € 6.322,06 voor rekening van verzoekster is gebleven. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar alsnog dient over te gaan tot volledige vergoeding van de kosten van de operatie.
- 4.2. Verzoekster verklaart in dit verband dat zij er niet van op de hoogte is gebracht dat met gecontracteerde ziekenhuizen in Turkije tariefafspraken zijn gemaakt en dat die Turkse ziekenhuizen volgens de maximale Nederlandse tarieven werken of onder deze maximale tarieven. Evenmin is verzoekster ervoor gewaarschuwd dat er kosten voor haar rekening zouden blijven. Het niet vergoede deel van de ziekenhuisnota is aanzienlijk, en verzoekster heeft dit bedrag moeten lenen. Dit rechtstreekse gevolg van het handelen van de ziektekostenverzekeraar is in strijd met de redelijkheid en billijkheid. Verzoekster stelt voorts dat de ziektekostenverzekeraar niet aan zijn zorgplicht heeft voldaan. Het is de taak van het servicecentrum in Turkije om verzekerden te begeleiden en om de administratieve processen rondom het ontvangen van medische zorg in Turkije te regelen. Kennelijk is door het servicecentrum een fout gemaakt, maar dit kan verzoekster niet worden verweten. Zij is een leek en was volledig afhankelijk van de medische zorg in Turkije en de begeleiding aldaar door (het servicecentrum van) de ziektekostenverzekeraar.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij tijdens haar vakantie in Turkije in een verschrikkelijke situatie is terechtgekomen. Verzoekster kreeg buikklachten en werd eerst geopereerd in Antalya. Daar kreeg zij te horen dat ze kanker in de galwegen had. Vervolgens werd zij verwezen naar het ziekenhuis in Istanbul voor verdere behandeling. Op de vraag van verzoekster of zij kon terugkeren naar Nederland werd door de ziektekostenverzekeraar geantwoord dat dit niet mogelijk was. Volgens de ziektekostenverzekeraar is verzoekster bij faxbericht van 16 april 2012 geïnformeerd over de maximumvergoeding voor de operatie in het ziekenhuis in Istanbul. Dit faxbericht is door verzoekster echter niet ontvangen. Zij was op dat moment al

opgenomen. Bovendien staat in het faxbericht, zoals dit nadien in de procedure door de ziektekostenverzekeraar is overgelegd, niets over een deel van de kosten dat niet wordt vergoed. Verzoekster bestrijdt dat zij door de ziektekostenverzekeraar naar een ander - goedkoper - ziekenhuis is verwezen. Het ziekenhuis in Istanbul is trouwens het enige ziekenhuis waar deze ingreep kon worden uitgevoerd. Daarnaast is het vreemd dat voornoemd faxbericht in het Nederlands is, terwijl dit van het servicecentrum van de ziektekostenverzekeraar in Turkije afkomstig is. Uiteindelijk heeft verzoekster zelf een fors bedrag moeten bijbetalen voor de operatie. De ziektekostenverzekeraar is derhalve tekortgeschoten in zijn zorgplicht. Verzoekster benadrukt dat over iedere stap overleg is gevoerd met de ziektekostenverzekeraar. De alarmcentrale belde elke twee à drie dagen met het ziekenhuis om te informeren hoe het ging. Tot slot maakt verzoekster bezwaar tegen het voorstel van de ziektekostenverzekeraar ter zitting om alsnog de gespreksnotities en het prijsvoorstel van het ziekenhuis in Istanbul op te vragen.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De zorgverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg. Er geldt een zogenaamde werelddekking. Onder spoedeisende zorg wordt zorg verstaan die bij vertrek uit Nederland redelijkerwijs niet is te voorzien en die niet is uit te stellen tot na terugkeer in Nederland. Vanuit de zorgverzekering bestaat in dergelijke situaties aanspraak op maximaal het Nederlandse tarief. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op volledige vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg. Bij spoedeisende zorg in het buitenland kan een beroep worden gedaan op de alarmcentrale en de servicecentra (aanwezig in onder andere Turkije). Daarnaast biedt de zorgverzekering aanspraak op niet spoedeisende zorg in het buitenland (planbare zorg). Hierbij gaat het om zorg waarvoor de huisarts of behandelend arts in Nederland een verwijzing heeft afgegeven en heeft bepaald dat deze zorg noodzakelijk is. De zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Voorafgaand dient toestemming aan de ziektekostenverzekeraar te worden gevraagd. Indien aan de voorwaarden die gelden voor een specifieke vorm van zorg wordt voldaan, bestaat aanspraak op vergoeding tot maximaal het Nederlandse tarief. Voor planbare zorg in Turkije kan contact worden opgenomen met het servicecentrum aldaar. Er zijn tariefafspraken gemaakt met gecontracteerde ziekenhuizen in Turkije. Deze ziekenhuizen werken volgens de maximale Nederlandse tarieven of onder deze tarieven. Indien een verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerd ziekenhuis, moet er rekening mee worden gehouden dat een gedeelte van de kosten voor eigen rekening blijft.

5.2. Verzoekster is opgenomen geweest in een gecontracteerd ziekenhuis in Turkije. De bemiddeling in het kader van deze opname is via het servicecentrum in Turkije gelopen. Voorafgaand aan de operatie heeft verzoekster contact opgenomen met het servicecentrum. Uit de contactregistratie van de medewerker van het servicecentrum blijkt het volgende. Verzoekster heeft aangegeven in het Memorial Hospital te Istanbul geopereerd te willen worden, terwijl dit ziekenhuis erg duur is. Aan haar is de mogelijkheid geboden te kiezen voor een gecontracteerd ziekenhuis waar de kosten lager zouden zijn. Voorts is bij het contact met het servicecentrum aan verzoekster medegedeeld dat het maximale Nederlandse tarief € 7.918,51 is. Verzoekster heeft een brief met daarin het Nederlandse tarief en de DBC-code meegekregen. Aangezien het om planbare zorg gaat, blijven de overige kosten (de eigen bijdrage) voor rekening van verzoekster. Het servicecentrum heeft de keuze voor behandeling in Turkije of Nederland aan verzoekster gelaten. De door verzoekster ondergane operatie is namelijk reguliere zorg die ook in Nederland had kunnen worden geboden. In eerste instantie is een bedrag van € 7.918,51 (code 15C122) vergoed. Nadien is dit bedrag verhoogd tot € 8.477,94 (code 15C120). Dit is de hoogste vergoeding die kan worden verleend. Hogere vergoedingen zijn enkel van toepassing bij zorg met meer dan 28 verpleegdagen. Daarvan is in onderhavig geval geen sprake.

5.3. De ziektekostenverzekeraar maakt jaarlijks een lijst van meest voorkomende ingrepen en koppelt daar Nederlandse tarieven aan. Aan de hand van deze lijst worden met verschillende Turkse ziekenhuizen prijsafspraken gemaakt (met betrekking tot die specifieke ingrepen). Dat is de inhoud van de contracten met de ziektekostenverzekeraar. Een groot aantal ingrepen wordt derhalve niet apart gecontracteerd. Wel worden er meestal ook algemene kortingsafspraken gemaakt. Een Whipple operatie staat niet op de lijst van meest voorkomende ingrepen. Er zijn zodoende geen prijsafspraken over gemaakt, maar eventueel wel kortingsafspraken. Het Memorial Hospital is een populair ziekenhuis. Het ziekenhuis was gecontracteerd voor de lijst van meest voorkomende ingrepen. Voor ingrepen buiten die lijst gold

ten tijde van de operatie een korting van 10 procent. Vaak geldt voor deze ingrepen een hoger tarief dan het Nederlandse tarief, zodat verzekerden moeten bijbetalen.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat uit de informatie van het servicecentrum in Turkije blijkt dat in het ziekenhuis in Istanbul een voorlopige diagnose is gesteld. Hierna is door het ziekenhuis een prijsvoorstel gedaan. Verzoekster was er vóór de operatie mee bekend dat een bedrag niet zou worden vergoed. Op grond van het prijsvoorstel is namelijk voorgesteld de behandeling te laten uitvoeren in een ander ziekenhuis. In het faxbericht van 16 april 2012 is het toepasselijke maximumtarief genoemd. Dit faxbericht is zowel in het Nederlands als in het Turks gesteld. Tevens is dit mondeling toegelicht en is voorgesteld naar een ander ziekenhuis uit te wijken. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar het e-mailbericht van 5 augustus 2013 waarin wordt gesteld dat verzoekster behandeld wilde worden in het ziekenhuis in Istanbul. Voorts benadrukt de ziektekostenverzekeraar dat tweemaal met de dochter van verzoekster is gesproken over de keuze voor het ziekenhuis waar de behandeling zou worden uitgevoerd. Tot slot biedt de ziektekostenverzekeraar aan de gespreksnotities en het prijsvoorstel van het ziekenhuis alsnog op te vragen.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. In artikel 18 van de "Algemene Voorwaarden" van de zorgverzekering wordt voor geschillenbeslechting verwezen naar de commissie. Er is echter geen verwijzing naar de bevoegde rechter opgenomen, hoewel dit zou moeten. Dit maakt de bepaling waarin naar de commissie wordt verwezen op grond van de wet vernietigbaar. Om te voorkomen dat de commissie niet over de kwestie kan adviseren, omdat in de loop van de procedure tot vernietiging wordt besloten, en verzoekster zich (alsnog) tot de bevoegde rechter moet wenden, heeft de commissie verzoekster hierop bij brief van 13 januari 2014 gewezen. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 22 januari 2014 bevestigd dat zij gebruik wil maken van de in de verzekeringsvoorwaarden geboden mogelijkheid een bindend advies te vragen aan de commissie. Hierdoor is in geval van vernietiging van bedoelde bepaling toch een formele basis aanwezig voor de bindende advisering.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag van € 8.517,94 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 de artikelen 1 tot en met 14 van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 2 van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg en onderzoek bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"a Medisch-specialistische zorg (met uitzondering van plastische chirurgische behandelingen en kaakchirurgische zorg) in een ziekenhuis

Omschrijving: medisch specialistisch onderzoek, behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging in een ziekenhuis. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging en paramedische zorg, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Zorgverlening: medisch specialist in een ziekenhuis.

Prestatie: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

Verwijzing: huisarts, tandarts, verloskundige, bedrijfsarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg. (...)

Deze polis biedt u maximale keuzevrijheid. [Naam ziektekostenverzekeraar] heeft dan ook met alle gerenommeerde ziekenhuizen afspraken gemaakt. Bij deze ziekenhuizen bent u gegarandeerd van kwalitatief goede zorg en wordt de behandeling rechtstreeks gedeclareerd bij [naam ziektekostenverzekeraar] (u ontvangt dus geen factuur). (...)"

- 8.4. Artikel 14 van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering betreft buitenlanddekking. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"(...)

2 De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:

a aanspraak op zorg dan wel vergoeding van kosten van zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de toepasselijke EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag;

b aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

"(...)"

- 8.5. Artikel 7 van de "Algemene Voorwaarden" van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

2 a De vergoeding van kosten bedraagt nooit meer dan de werkelijke kosten;

b De vergoeding van kosten vindt plaats op basis van het op het moment van behandeling door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen, en voorts – tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum) tarief, danwel – indien en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum) tarief bestaat tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

3 a Verzekerden hebben desgevraagd recht op zorgbemiddeling (...)"

- 8.6. De artikelen 2 en 14 van de "Lijst van verstrekkingen" en artikel 7 van de "Algemene Voorwaarden" van de zorgverzekering zijn volgens artikel 4 van de "Algemene Voorwaarden" 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.

Geneeskundige 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 13 van de "Lijst van verstrekkingen" van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft spoedeisende hulp in het buitenland (werelddekking) en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving: spoedeisende geneeskundige behandeling tijdens vakantie, zakenreis, studiedoeleinden of ander tijdelijk verblijf van maximaal 12 maanden buiten Nederland, die in verband met een acute ziekte of een ongeval medisch noodzakelijk is. Onder spoedeisende hulp wordt in dit verband verstaan: hulp die redelijkerwijs niet was voorzien bij vertrek en niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland (of woonland).

(...)

Vergoeding: • geneeskundige kosten, in aanvulling van de vergoeding op basis van de hoofdverzekering of verdrag:

– volledig, werelddekking;

(...)

[Naam ziektekostenverzekeraar] Alarmcentrale: volledig, voor het organiseren van hulpverlening door de [naam ziektekostenverzekeraar] Alarmcentrale, telefoonnummer (...).

Bijzonderheden: • ziekenhuisopname wordt uitsluitend vergoed als [naam ziektekostenverzekeraar] via de [naam ziektekostenverzekeraar] Alarmcentrale of via de servicecentra van Marokko, Turkije en Suriname voor opname, binnen 24 uur na opname, of zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is, goedkeuring heeft verleend. [Naam ziektekostenverzekeraar] kan ook besluiten tot repatriëring;

• de kosten verbonden aan opname in een ziekenhuis worden uitsluitend vergoed voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen;

(...)

• [Naam ziektekostenverzekeraar] kan besluiten om kosten van behandeling in het buitenland te vergoeden.

Voorwaarde hiervoor is dat de toestemming wordt gegeven voordat de behandeling plaatsvindt. [Naam ziektekostenverzekeraar] zal alleen toestemming geven, als er sprake is van een uitzonderlijke situatie en behandeling in het buitenland naar het oordeel van [naam ziektekostenverzekeraar] medisch noodzakelijk is;

(...)

Het recht op vergoeding van ziektekosten bestaat uitsluitend als voldaan is aan de volgende voorwaarden:

• het verblijf in het buitenland heeft niet uitsluitend of mede ten doel aldaar een opname of behandeling te ondergaan, en de hulpverlening houdt geen verband met wedstrijdsport;

• de hulpverlening heeft een spoedeisend karakter en kan niet worden uitgesteld tot terugkeer in Nederland;

(...)"

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. Artikel 13 lid 1 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg wanneer de gezondheidstoestand van een verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat in dit geval sprake is van planbare zorg. Uit de door verzoekster overgelegde verklaring van de Turkse behandelend arts blijkt dat verzoekster zich vóór de operatie reeds meermalen tot hem had gewend en dat de onderhavige operatie gepland was. De commissie is derhalve van oordeel dat geen sprake is van zorg die onmiddellijk noodzakelijk was, zoals bedoeld in voormeld artikel 13. Verzoekster heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de zorg op basis van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid. Rest de vraag of aanspraak bestaat op vergoeding ten laste van de zorgverzekering, en, zo ja, tot welk bedrag.

- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat de onderhavige zorg een verzekerde prestatie vormt in het kader van de zorgverzekering en dat verzoekster hiervoor een indicatie had. Hetgeen hen verdeeld houdt is de hoogte van de vergoeding.
- 9.3. Op grond van artikel 14 van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering heeft verzoekster aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform artikel 7 van de "Algemene Voorwaarden". Voor de onderhavige zorg bestaan Wmg-tarieven. De ziektekostenverzekeraar is ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding uitgegaan van zorgproductcode 029199213 (declaratiecode 15C120) met als omschrijving "*Operatie aan het maagdarkanaal (Zonder of met maximaal 28 verpleegligdagen) bij kanker van het spijsverteringsstelsel*". Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Het afgesproken tarief bedraagt € 8.477,94. Uit het CVZ-advies van 10 maart 2014 blijkt dat de ziektekostenverzekeraar de juiste zorgproductcode heeft gehanteerd. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Verzoekster heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van een geneeskundige behandeling in het buitenland, zijnde een aanvulling op de vergoeding in het kader van de zorgverzekering of het verdrag. Hierbij dient het spoedeisende hulp te betreffen. Onder 9.1 is overwogen dat in het geval van verzoekster geen sprake was van spoedeisende zorg. Derhalve bestaat geen aanspraak op een aanvullende vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Werking privaatrecht

- 9.5. Door verzoekster is gesteld dat zij door de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de operatie niet is gewaarschuwd voor de mogelijkheid dat een deel van de kosten voor haar rekening zou blijven, en dat - nu zij een bedrag van ruim € 6.000,- zelf heeft moeten voldoen -, sprake is van strijd met de redelijkheid en billijkheid. Voorts is door verzoekster gesteld dat de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht heeft geschonden. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.6. Dat de ziektekostenverzekeraar de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden, is de commissie niet gebleken. Het betreft hier een restitutiepolis waarbij de zorgplicht zodanig wordt vormgegeven dat de verzekerde krachtens de zorgverzekering recht heeft op vergoeding van de kosten van de verzekerde zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Zoals hiervoor is vastgesteld, heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding verleend conform de verzekeringsvoorwaarden. Gesteld noch gebleken is dat hij is tekortgeschoten in de bemiddelingsactiviteiten.
- 9.7. Een andere vraag is of de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen beperking tot het Wmg- dan wel het marktconforme tarief houdbaar is. Dienaangaande overweegt de commissie dat verzoekster een oudere vrouw is die tijdens haar verblijf in Turkije werd gediagnosticeerd met een ernstige ziekte. In de fase tot en met de pre-operatieve onderzoeken is er kennelijk sprake geweest van regelmatig contact tussen het servicecentrum van de ziektekostenverzekeraar en (de familie van) verzoekster. Het servicecentrum heeft de keuze de pre-operatieve onderzoeken te laten verrichten in het Memorial Hospital te Istanbul blijkbaar gefiatteerd. Volgens verzoekster is haar door het servicecentrum ook verteld dat zij niet voor verdere behandeling kon terugkeren naar Nederland. Door de ziektekostenverzekeraar is zulks niet gemotiveerd bestreden. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar niet aannemelijk gemaakt dat hij - al dan niet met tussenkomst van het servicecentrum - (de familie van) verzoekster tijdig heeft geïnformeerd over de financiële gevolgen van de keuze de operatie in het Memorial Hospital te laten uitvoeren. Zo is niet gebleken dat verzoekster het faxbericht van 16 april 2012 waarin de maximumvergoeding is vermeld heeft ontvangen, en evenmin dat zij kennis heeft genomen van het prijsvoorstel van het ziekenhuis. Het aanbod ter zitting van de ziektekostenverzekeraar het betreffende prijsvoorstel en de telefoonnotities alsnog over te leggen wordt door de commissie als tardief beoordeeld. Onder deze omstandigheden leidt de in artikel 7 van de "Algemene Voorwaarden" van de zorgverzekering opgenomen beperking tot het Wmg- dan wel het marktconforme tarief tot een uitkomst die naar maatstaven van

redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. De ziektekostenverzekeraar dient dan ook, na overlegging van originele betaalbewijzen door verzoekster, over te gaan tot het verlenen van een aanvullende vergoeding van € 6.322,06.

Conclusie

9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot volledige vergoeding van onderhavige behandeling.

9.9. Aangezien het verzoek dient te worden toegewezen, ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster vergoedt.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als onder 9.8 is omschreven.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 9 juli 2014,

Voorzitter