



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen

Zaak : Turkije, rugoperatie, trombosebehandeling, spoedeisendheid, hoogte vergoeding

Zaaknummer : 201500991

Zittingsdatum : 13 januari 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014, art. 13 Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid)

---

1. Partijen

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

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,  
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 ZorgVerzorgd (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 GarantVerzorgd 1 + G1 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 verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Garant TandVerzorgd 1 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van een rugoperatie en trombosebehandeling, uitgevoerd te Istanbul (Turkije), ten bedrage van totaal TRY 27.480,14 (€ 9.779,40) (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 24 november 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat voor de rugoperatie € 2.075,83 wordt vergoed, en voor de trombosebehandeling € 4.696,14.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 20 februari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven, in die zin dat voor de rugoperatie € 1.492,48 wordt nabetaald, en dat de vergoeding voor de trombosebehandeling € 3.227,96 bedraagt, hetgeen na verrekening leidt tot een nabetaling van € 24,30.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 22 augustus 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag 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 e-mailbericht van 9 november 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 november 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 15 november 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 december 2015 telefonisch medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 11 november 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 17 december 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015143794) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit het dossier niet blijkt dat een indicatie voor een spoedoperatie bestond. De richtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom 2008 van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie geeft twee aanbevelingen. De eerste is dat het caudasyndroom een indicatie is voor een spoedinterventie. De tweede is dat bij een progressieve parese een spoedoperatie kan worden overwogen. Verzoeker had klachten van ernstige ischias links en moeizaam lopen. Dit levert geen indicatie voor spoedoperatie op. De door de ziektekostenverzekeraar toegepaste DBC's zijn passend. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 28 december 2015 aan partijen gezonden, en op 4 januari 2016 desgevraagd nogmaals aan verzoeker.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 januari 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 15 januari 2016 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. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 20 januari 2016 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 verzoeker
- 4.1. Verzoeker is op 8 augustus 2014, tijdens zijn vakantie, opgenomen in het Memorial Ziekenhuis te Istanbul en hij heeft daar op 9 augustus 2014 een herniaoperatie ondergaan. Deze operatie is uitgevoerd door twee chirurgen, die hebben verklaard dat de operatie met spoed diende plaats te vinden. Was dit niet gebeurd, dan had dit nadelige gevolgen voor verzoeker gehad. Op 12 augustus 2014 is verzoeker ontslagen uit het ziekenhuis. Vervolgens is hij van 20 augustus 2014 tot 27 augustus 2014 wederom opgenomen in het Memorial Ziekenhuis te Istanbul in verband met een trombosebehandeling. De totale kosten van de rugoperatie en trombosebehandeling bedragen TRY 27.480,14 (€ 9.779,40).
- 4.2. Bij terugkomst in Nederland zijn alle relevante documenten met betrekking tot de twee opnames in Turkije aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Op 31 oktober 2014 ontving verzoeker een ontvangstbevestiging. De ziektekostenverzekeraar deelde mede dat originele nota's moesten worden ingediend en dat de documenten moesten worden vertaald. De originele nota's zijn persoonlijk overhandigd aan de ziektekostenverzekeraar op het kantoor in Enschede en alle documenten zijn door een beëdigd tolk vertaald. Op 24 november 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail zijn primaire beslissing uitgebracht. De totale



vergoeding bedroeg € 6.771,97. Hiermee bleef een groot bedrag voor rekening van verzoeker. Volgens de ziektekostenverzekeraar was de maximale vergoeding bereikt. Deze maximale vergoeding werd echter niet gespecificeerd. Verzoeker heeft hierop een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Naar aanleiding hiervan werd de zoon van verzoeker (als gemachtigde) telefonisch benaderd door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Hem werd verzocht nogmaals een verklaring op te vragen bij de Turkse chirurgen. Daarbij werd toegelicht dat de ziektekostenverzekeraar een beter beeld wilde hebben van de urgentie van de situatie. Wellicht zou daarna kunnen worden overgegaan tot het verlenen van een hogere vergoeding. Verzoeker heeft hierop het Memorial Ziekenhuis te Istanbul verzocht nogmaals een (medische) verklaring af te geven. Deze verklaring (d.d. 4 februari 2015) is ontvangen, vertaald door de beëdigd tolk, en op 9 februari 2015 doorgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar. De zoon van verzoeker heeft op 16 februari 2015 wederom telefonisch contact gehad met dezelfde medewerker van de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid hem werd medegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar het dossier wilde sluiten. Voorstel was een coulancebetaling van € 900,-- te doen. De zoon van verzoeker heeft gereageerd met de mededeling dat het niet de voorkeur van verzoeker had om in Istanbul te worden geopereerd. Dit is op advies van de artsen aldaar gebeurd. De medewerker van de ziektekostenverzekeraar deelde hem hierop mede dat de kans klein was dat verzoeker in Nederland zou zijn geopereerd aan zijn rug. Zijn leeftijd zou daarbij ook een rol spelen. Het probleem had wellicht met fysiotherapie kunnen worden opgelost. Dit laatste is voor verzoeker, na alles wat hij heeft meegemaakt, volkomen onbegrijpelijk.

- 
- 
- 4.3. Een chirurg van een privékliniek in Duitsland heeft de MRI-scan van de rug van verzoeker bekeken en een korte verklaring afgeven. Hierin is te lezen hoe belangrijk de symptomen zijn die hij heeft geconstateerd. Verzoeker stelt dat de MRI-scan in samenhang moet worden gezien met de klachten die hij had. Bovendien is het van belang dat een arts een patiënt ook daadwerkelijk ziet. De medische verklaringen van de chirurgen in Istanbul dienen dan ook leidend te zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft te weinig oog gehad voor de klachten van verzoeker. Er was sprake van een spoedoperatie.

- 
- 
- 4.4. Vervolgens ontving verzoeker de brief van de ziektekostenverzekeraar van 20 februari 2015. Hierin wordt niet gerept over de coulancebetaling van € 900,--, maar wordt gesteld dat teveel is vergoed. Tevens wordt gerefereerd aan een vage nota die door verzoeker is overgelegd. Dit is onbegrijpelijk en onacceptabel, aangezien de ziektekostenverzekeraar verzoeker hier nooit eerder mee heeft geconfronteerd. Volgens de ziektekostenverzekeraar hebben de behandelend artsen geen melding gemaakt van uitvalsverschijnselen. Echter, de medische verklaringen geven de ernst van de situatie juist weer.



Als de diverse berichten van de ziektekostenverzekeraar worden vergeleken, wordt duidelijk dat afwijkende bedragen oftewel tarieven behorend bij de zorgproducten worden genoemd. Uitgaande van het oordeel van de chirurgen in Istanbul, kan worden gesteld dat verzoeker geen standaard herniaoperatie heeft ondergaan. Zodoende kunnen vraagtekens worden gezet bij het door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde zorgproduct. Daarnaast licht de behandelend arts in zijn verklaring van 4 februari 2015 toe dat het schadelijk werd geacht als verzoeker per vliegtuig zou reizen. De ziektekostenverzekeraar negeert dit oordeel van de specialist. De adviserend geneeskundige van de ziektekostenverzekeraar stelt dat niets wijst op een indicatie voor een herniaoperatie, maar motiveert dit niet. Aan verzoeker is niet gevraagd welk zwaar beroep hij tot de leeftijd van zeventig jaar heeft uitgeoefend. Voorts is het onduidelijk welke facturen zijn betrokken in de vergoedingen en met welke valutakoers de ziektekostenverzekeraar heeft gerekend. Verzoeker heeft, bij wijze van second opinion, de MRI-scan van zijn rug ook door een radioloog (online) laten beoordelen. Deze radioloog heeft op 13 augustus 2015 een rapport uitgebracht. Zijn specialistische mening is eenduidig: het oordeel van de Turkse specialisten was juist. Verzoeker stelt dat een volledige kostenvergoeding dient plaats te vinden aangezien sprake was van spoedeisende zorg.

- 
- 4.5. De handelwijze van de ziektekostenverzekeraar is niet transparant. Ondanks het feit dat door verzoeker alle relevante documenten in chronologische volgorde, inclusief vertaling, zijn



overgelegd, en een mondelinge toelichting is gegeven, is de ziektekostenverzekeraar niet in staat gebleken zijn standpunt inzake de vergoeding op een eenduidige manier te communiceren. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie de twee opnames administratief niet goed verwerkt. Verzoeker had van de ziektekostenverzekeraar een professionelere houding verwacht bij de behandeling van het dossier en het uitkeren van de bedragen. Het is vreemd dat de ziektekostenverzekeraar ook in het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen niet heeft gerept over de eerder aangeboden coulancebetaling van € 900,--.

- 
- 
- 
- 
- 4.6. Ter zitting heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat is afgegaan op het advies van de artsen in Turkije. Hij was liever teruggegaan naar Nederland, maar er diende een spoedoperatie in Turkije te worden uitgevoerd. Het is onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut stellen dat geen sprake was van een spoedoperatie. Verzoeker heeft verklaard dat het kan kloppen dat op 3 augustus 2014 een melding is gedaan bij de alarmcentrale. Hij en zijn kinderen wisten niet goed welke wegen moesten worden bewandeld. Zij kregen veel medische informatie. Het contact met de alarmcentrale kwam daardoor niet op de eerste plaats. Familieleden ter plaatsen hadden een en ander uitgezocht. Verzoeker had heel veel pijn. Uiteindelijk is ervoor gekozen de operatie in Turkije te laten uitvoeren, en dit is gebeurd op 9 augustus 2014. Voorts heeft verzoeker toegelicht dat contact heeft plaatsgevonden met een chirurg in Nederland. Deze vertelde dat het moeilijk is de situatie op afstand te beoordelen. Daarvoor moet een patiënt gezien worden. Tot slot heeft verzoeker aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat een hernia vaak voorkomt op latere leeftijd, maar dat moet worden gekeken naar de persoon. Een hernia is niet 'standaard' op 70-jarige leeftijd. Verzoeker werkt nog steeds parttime in een slagerij en dit is een van de zwaarste beroepen.

- 
- 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. Sinds 1 januari 2012 wordt in Nederland medisch-specialistische zorg gedeclareerd door middel van DOT (DBC op weg naar transparantie) zorgproducten. Ziekenhuizen worden per 1 januari 2012 betaald op basis van deze zorgproducten. Een zorgproduct omvat alle zorgactiviteiten die horen bij een bepaalde diagnose en behandeling. Ook voor zorg die in het buitenland heeft plaatsgevonden wordt een zorgproduct vastgesteld. Dit gebeurt achteraf op basis van de ingediende nota's en het behandelverslag van de arts. Aan ieder zorgproduct is een tarief gekoppeld.

- 
- 
- 5.2. Door de adviserend geneeskundige is de herniaoperatie van verzoeker in Turkije beoordeeld als *niet-spoedeisend*. Uit de verklaring van de behandelend arts blijkt niet dat een indicatie bestond voor een spoedoperatie, en ook niet dat de operatie medisch noodzakelijk was. De behandelend arts meldt bijvoorbeeld niet dat verzoeker uitvalsverschijnselen had. In Nederland zou de situatie van verzoeker niet leiden tot een (spoed)operatie en daarom wordt de operatie gezien als electieve (planbare) zorg. Voor electieve zorg geldt een vergoeding van 75% van het maximale Nederlandse tarief. Dit is het tarief dat in de marktomstandigheden passend te achten is, en dat wordt betaald voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

De adviserend geneeskundige heeft op basis van de nota's en behandelverslagen voor de rugoperatie zorgproduct 131999267 (declaratiecode 15D651) vastgesteld. Het zorgproduct geldt voor de periode van 7 augustus 2014 tot en met 23 september 2014. Het bijbehorende tarief voor 2014 bedraagt € 3.459,73. De ziektekostenverzekeraar heeft 75% van dit bedrag, zijnde € 2.594,79, aan verzoeker betaald.

De trombosebehandeling in Turkije is door de adviserend geneeskundige als spoedeisend beoordeeld. Hiervoor is, eveneens op basis van de nota's en behandelverslagen, zorgproduct 099799023 (declaratiecode 15B735) vastgesteld met een bijbehorend tarief van € 4.696,14. Dit is het bedrag dat ook in Nederland wordt vergoed voor een opname bij trombose. Het zorgproduct geldt voor de periode van 19 augustus 2014 tot en met 1 oktober 2014.



Overigens is in eerste instantie voor de rugoperatie een bedrag van € 1.102,31 vergoed, omdat de ziektekostenverzekeraar in de veronderstelling was dat dit de totale kosten van de behandeling waren. Op een gegeven moment is ontdekt dat de (vage) geschreven nota van 19 augustus

2014 van het Aydin Saglik Hizmetleri voor medische diensten met een bedrag van TRY 15.000,-- (€ 5.169,35) waarschijnlijk bij de rugoperatie hoort. Eerst werd gedacht dat deze nota hoorde bij de trombosebehandeling. Om die reden is een correctie uitgevoerd. Voor de rugoperatie is een bedrag van € 1.492,48 nabetaald. Dit betekent wel dat de kosten van de trombosebehandeling niet € 4.696,14 bedragen, maar € 3.227,96. Voor de trombosebehandeling was reeds € 4.969,14 vergoed, oftewel € 1.468,18 te veel. Het teveel betaalde bedrag is verrekend met het bedrag van € 1.492,48 dat verzoeker nog tegoed had. Per saldo resteerde een bedrag van € 24,30 en dit is op 12 maart 2015 aan verzoeker betaald.

Voorts is een bedrag van € 79,65 (€ 8,86 + € 9,74 + € 61,05) aan verzoeker betaald, zijnde de vergoeding voor de medicijnen die hij heeft gehad.

5.3. Op 4 augustus 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar via de ANWB alarmcentrale de hulpaanvraag ontvangen. Bij de ANWB alarmcentrale is geen melding gemaakt van de rugklachten van verzoeker. De ANWB alarmcentrale heeft geen goedkeuring gegeven voor de operatie, omdat deze niet als spoedeisend is beoordeeld. De ziektekostenverzekeraar heeft begrip voor de keus van verzoeker de operatie te laten doorgaan, maar is van mening dat bekend was dat verzoeker daarmee een financieel risico nam.

5.4. De adviserend geneeskundige heeft in het kader van de procedure bij de commissie nogmaals naar de kwestie gekeken. Zijn bevindingen zijn als volgt.  
Er zijn twee discussiepunten: (i) spoedeisendheid van de rugoperatie, en (ii) de opname in verband met het trombosebeen. Wat betreft punt (i) geldt dat indien sprake zou zijn van spoed, een vergoeding via de aanvullende ziektekostenverzekering mogelijk zou zijn, waarbij als voorwaarde geldt dat de ANWB alarmcentrale is ingeschakeld en de spoedoperatie heeft geaccordeerd. Volgens de Nederlandse röntgenoloog is er van alles aan de hand met de rug van verzoeker. De ANWB alarmcentrale heeft de rugoperatie als niet spoedeisend beoordeeld, hetgeen een juiste conclusie is. Een laminectomie voor neurologische claudicatio is geen spoed. Een laminectomie voor een HNP is eveneens geen spoed. Bij verzoeker was geen sprake van acute neurologische progressieve uitval en/of incontinentie klachten. Bovendien had verzoeker reeds een maand last. Wat betreft punt (ii) geldt dat sprake was van spoed. De vergoeding bedraagt maximaal het Nederlandse tarief. De ANWB is niet geïnformeerd, hetgeen een voorwaarde is voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Zodoende bestaat geen aanspraak op vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.  
Voorts merkt de adviserend geneeskundige op dat rugoperaties bij een HNP/neurologische claudicatio worden uitgevoerd op basis van het klinische beeld, en niet op basis van afwijkingen op een MRI. Bij een zeventigjarige verzekerde zijn afwijkingen aan de lumbale wervelkolom te verwachten.

5.5. Samenvattend heeft verzoeker volgens de verzekeringsvoorwaarden recht op een vergoeding voor de zorg die is verleend in Turkije van € 2.594,79 (herniaoperatie, niet-spoedeisend), € 3.227,96 (trombosebehandeling, spoedeisend) en € 79,65 (medicijnen), totaal € 5.902,41.

5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat het niet ging om een spoedoperatie. Ook het Zorginstituut is deze mening toegedaan. Een hogere vergoeding is niet mogelijk. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat als sprake is van spoed, de alarmcentrale een garantieverklaring afgeeft. Dat is in dit geval niet gebeurd. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het probleem vooral is ontstaan door een verschil in interpretatie van de beschikbare stukken.

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

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 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 geheel dan wel tot een hoger bedrag 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 voorwaarden van de zorgverzekering op pagina 9 tot en met 47.

8.3. Op pagina 31 tot en met 33 van de voorwaarden van de zorgverzekering is omschreven wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

**Welke zorg**

*U heeft recht op:*

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek,
- mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

(…)

**Welke zorgaanbieder**

*U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. (...) Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met Menzis, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. (...) De lijst met maximale vergoedingen kan gedurende het jaar wijzigen. Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst met maximale vergoedingen is opgenomen, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat Menzis gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.*

(…)

**Selectieve inkoop**

*Menzis koopt enkele behandelingen selectief in. Het gaat om deze behandelingen:*

(…)

- de operatieve behandeling van de rughernia (lumbosacraal radiculair syndroom; lumbale herniaoperatie).

*Menzis heeft voor deze behandelingen een aantal speciaal geselecteerde zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. (...) Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met Menzis, krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Het kan zijn dat u niet meer terecht kunt bij het dichtstbijzijnde ziekenhuis.*

### **Verwijzing en toestemming**

*U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of een arts verstandelijk gehandicapten. (...)*

- 8.4. Op pagina 9 en 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland omschreven. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

**"Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing**

### **Welke zorg**

*Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:*

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

*Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland of in een ander EU/EER-land of Verdragsland verblijft. (...) U krijgt niet meer vergoed dan het gemiddeld door Menzis in Nederland gecontracteerde tarief.*

### **Toestemming**

*Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als de vraag en noodzaak voor die zorg ontstond terwijl u in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.*

### **Alarmcentrale**

*Als u in het buitenland bent en u heeft daar zorg nodig, belt u dan met de Alarmcentrale (...). Dit telefoonnummer staat ook op uw zorgpas. De Alarmcentrale is dag en nacht bereikbaar. Schakelt u de Alarmcentrale in bij spoedeisende zorg. (...)"*

- 8.5. Voormelde bepalingen zijn volgens artikel A1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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 13 Zvw regelt de aanspraak op vergoeding indien de verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.7. 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.

- 8.8. Op pagina 53 en 54 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland geregeld. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

**"Tijdens verblijf in het buitenland kan het voorkomen dat u snel medische zorg of geneesmiddelen nodig heeft. Bij spoedeisende zorg tijdens verblijf in het buitenland krijgt u service en ondersteuning van de Alarmcentrale van Menzis. De Alarmcentrale verzorgt onder andere contacten met behandelend artsen, repatriëring en garantiestellingen. (...)**

**Spoedeisende zorg en geneesmiddelen in het buitenland**

**Er moet sprake zijn van een situatie waarin medische hulp zo snel nodig is dat terugkeren naar Nederland niet meer mogelijk is. Het was niet voorzien dat deze medische hulp nodig zou zijn. Dit wordt spoedeisende zorg genoemd.**

U krijgt een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt uit de Basisverzekering. De aanvulling is het verschil tussen de vergoeding uit de Basisverzekering en de in rekening gebrachte kosten.

GarantVerzorgd 1

Ja

(...)

U krijgt alleen vergoeding voor kosten als:

- er sprake is van een situatie waarin zorg en/of geneesmiddelen zo snel nodig zijn dat terugkeer naar Nederland niet meer mogelijk is,
  - het niet te voorzien was dat deze zorg en/of geneesmiddelen nodig zouden zijn,
  - direct melding is gedaan bij de Alarmcentrale van Menzis bij opname in een instelling,
  - u niet langer dan 1 jaar in het buitenland bent,
  - u een recept heeft gekregen van een huisarts of medisch specialist in het geval van geneesmiddelen, en de werkzame stof van het geneesmiddel voorkomt in een geneesmiddel dat in Nederland uit de Basisverzekering wordt vergoed, en
  - de kosten zouden zijn vergoed als deze in Nederland zouden zijn gemaakt.
- (...)

**Vervoer bij ziekte, ongeval of overlijden**

**Het kan gebeuren dat u in het buitenland ziek wordt of een ongeval krijgt en naar Nederland terug moet keren.**

U krijgt vervoer vanuit het buitenland naar een instelling in Nederland vergoed.

GarantVerzorgd 1

Ja

(...)

U heeft recht op deze vergoeding als de medische noodzaak door de Alarmcentrale van Menzis is bepaald en zij ook het vervoer regelt.  
(...)"

- 8.9. 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 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. Met betrekking tot de rugoperatie heeft verzoeker gesteld dat sprake is van spoedeisende zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden; volgens hem betreft het planbare zorg.
- Uit de stukken en hetgeen door partijen ter zitting is verklaard blijkt dat verzoeker, althans iemand anders namens hem, op 3 augustus 2014 contact heeft opgenomen met de alarmcentrale. Uit het afschrift van de melding van de alarmcentrale blijkt dat het linkerdeel van het lichaam van verzoeker veel pijn deed. Van rugklachten is geen melding gemaakt. Verzoeker is op 8 augustus 2014 opgenomen in het ziekenhuis in Istanbul. De rugoperatie (in verband met een hernia) is uitgevoerd op 9 augustus 2014. Volgens de ziektekostenverzekeraar had verzoeker geen indicatie voor een spoedoperatie, en bovendien zou in de situatie van verzoeker, als die zich in Nederland had voorgedaan, ook niet zijn overgegaan tot een (spoed)operatie. Verzoeker heeft zich hiertegen verweerd door te wijzen op het oordeel en advies van de behandelend artsen in Turkije. Een spoedoperatie was noodzakelijk, anders zouden voor hem nadelige gevolgen optreden. De alarmcentrale heeft geen garantieverklaring voor de operatie afgegeven.
- De commissie is van oordeel dat de gezondheidstoestand van verzoeker op 8/9 augustus 2014 geen onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakte. Een herniaoperatie kan naar zijn aard in het algemeen niet als spoedeisend worden beschouwd. Het caudasyndroom vormt evenwel een indicatie voor direct medisch ingrijpen en bij een progressieve parese kan een spoedoperatie worden overwogen. Dat een van deze situaties zich bij verzoeker heeft voorgedaan, is niet aannemelijk gemaakt. Het voorgaande wordt bevestigd door het advies van het Zorginstituut van 17 december 2015. Derhalve heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de rugoperatie op basis van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid. Vervolgens rijst dan de vraag op welke vergoeding verzoeker krachtens de zorgverzekering aanspraak kan maken. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de rugoperatie - als gezegd en naar het oordeel van de commissie terecht - beoordeeld als planbare zorg. Op basis van de zorgverzekering is hiervoor een gedeeltelijke vergoeding verleend. Hiermede kan de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie, en of verzoeker daarvoor ten tijde van de ingreep een indicatie had, bevestigend worden beantwoord.
- Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC zorgproductcode 131999267 (declaratiecode 15D651). Dit zorgproduct heeft als omschrijving "*Operatie aan de wervelkolom waaronder rughernia of verwijderen van de wervelboog (Met verpleegligdagen)*". Deze DBC zorgproductcode is afkomstig uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Gelet op de 'Lijst maximale vergoedingen medisch specialistische zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders' van de ziektekostenverzekeraar, is het bijbehorende tarief, waarop reeds een korting van 25% is toegepast, € 2.594,79.
- Gelet op de indicatie van verzoeker en de uitgevoerde ingreep, is voor de rugoperatie de juiste DBC zorgproductcode gekozen, hetgeen door het Zorginstituut wordt bevestigd in het advies van 17 december 2015.
- 9.3. De trombosebehandeling is door de ziektekostenverzekeraar wèl als spoedeisend beoordeeld. Op basis van de door verzoeker ingediende nota's is overgegaan tot vergoeding. In eerste instantie is ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding uitgegaan van DBC zorgproductcode 099799023 (declaratiecode 15B735), met een bijbehorend tarief van € 4.696,14. Nadien bleek echter dat de werkelijke kosten lager waren dan dit tarief. De vergoeding voor de trombosebehandeling is hierop gecorrigeerd naar € 3.227,96. Aangezien door verzoeker niet is gesteld dat de werkelijke kosten hoger zijn dan dit bedrag, gaat de commissie ervan uit dat met de verleende vergoeding alle

ter zake van deze behandeling gemaakte kosten zijn gedekt. De vraag of het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid al dan niet van toepassing was kan, gelet op het bedrag dat is vergoed, derhalve verder blijven rusten.

- 9.4. Bij de toegepaste correctie zijn de beide posten terecht onderling verrekend. Het aanbod van de ziektekostenverzekeraar voor een coulancevergoeding van € 900,-- - zo daar al sprake van is geweest - is kennelijk door verzoeker verworpen en behoeft, gelet op het onverplichte karakter van het aanbod geen verdere bespreking. Dit laatste geldt eveneens voor de door de ziektekostenverzekeraar verleende vergoeding voor medicijnkosten van totaal € 79,65, aangezien de juistheid van genoemd bedrag niet gemotiveerd door verzoeker is bestreden.

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

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg en geneesmiddelen in het buitenland. Voorwaarden zijn dat (i) sprake moet zijn van een situatie waarin medische hulp zo snel nodig is dat terugkeren naar Nederland niet meer mogelijk is, en dat (ii) de medische hulp onvoorzienbaar moet zijn. Voorts (iii) moet direct melding zijn gedaan bij de alarmcentrale als sprake is van opname in een instelling, (iv) is de verzekerde niet langer dan een jaar in het buitenland, (v) heeft de huisarts of medisch specialist een recept afgegeven en zou het geneesmiddel (de werkzame stof) in Nederland vanuit de basisverzekering zijn vergoed, en (vi) zouden de kosten zijn vergoed als deze in Nederland zouden zijn gemaakt. 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 (i) en (ii). Aan de overige voorwaarden wordt zodoende niet toegekomen. De trombosebehandeling werd reeds geheel vergoed ten laste van de zorgverzekering. De verleende vergoeding voor de medicijnkosten moet, gelet op het onder 9.4 overwogene, voor juist worden gehouden. Verzoeker heeft geen aanspraak op een aanvullende vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.6. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst.

#### **Conclusie**

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

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

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 januari 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester