



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep  
Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg

Zaak : Buitenland, Turkije, operatie en opname in privékliniek, hoogte vergoeding, voorschotnota,  
beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering

Zaaknummer : 201600430

Zittingsdatum : 9 november 2016



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



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

---



1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,  
tegen



OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.



2. De verzekeringssituatie



2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).



3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding



3.1. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van het door haar betaalde voorschot voor een operatie met opname in een privékliniek te Antalya, Turkije (verder: de aanspraak). Bij brief van 22 april 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.



3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 31 juli 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.



3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.



3.4. Bij brief van 26 april 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brieven van 1 en 2 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 4 augustus 2016 aan verzoekster gezonden.

-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 12 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 8 november 2016 telefonisch medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 4 augustus 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 22 augustus 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016102149) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het door de zorgverzekeraar toegepaste zorgproduct passend is. Daarnaar gevraagd licht het Zorginstituut toe, dat op grond van het Turkse sociale stelsel alleen aanspraak bestaat op zorg verleend in een particuliere instelling indien deze is gecontracteerd door de Sosyal Guvenlik Kurumu (hierna: SGK). Omdat het Zorginstituut dit niet kan vaststellen, blijft alleen een tarifieringsverzoek over. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
-  3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 9 november 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.10. Bij brief van 18 november 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 22 november 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 verzoekster
-  4.1. Verzoekster is in januari 2015 op vakantie gegaan naar Turkije. Daar heeft zij een hart- en ademstilstand, een hersenbloeding en epileptische aanvallen gehad. Zij is daarom direct opgenomen in het ziekenhuis. Tijdens het onderzoek aldaar bleek dat verzoekster een tumor in haar hersenen had. Deze tumor is met spoed verwijderd. Verzoekster werd, omdat zij van buitenlandse afkomst is, opgenomen in een privékliniek. Zij was op dat moment buiten bewustzijn, en was dus niet in staat kenbaar te maken dat zij opgenomen wilde worden in een staatsziekenhuis. Er was sprake van een levensbedreigende situatie en zij kon niet worden overgeplaatst. Verzoekster dan wel haar zoon en/of dochter hebben een voorschotnota van € 4.880,-- voldaan aan het ziekenhuis. Verzoekster heeft de nota na terugkeer in Nederland ter declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar, maar deze weigert de nota te vergoeden.
-  4.2. De zoon en de dochter van verzoekster hebben destijds contact gehad met de zorgverzekeraar. Aan de zoon is toen telefonisch medegedeeld dat de kosten van de behandeling in Turkije volledig zouden worden vergoed. Daarnaast heeft het Turkse ziekenhuis - mogelijk op grond van de EHIC-pas van verzoekster - medegedeeld dat hij een overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan deze mededelingen niet zomaar naast zich neerleggen.
-  4.3. Verzoekster is steeds aanvullend verzekerd geweest bij de zorgverzekeraar. Volgens de zorgverzekeraar zou verzoekster evenwel vanaf november 2014 niet meer aanvullend verzekerd zijn. Verzoekster is hierover echter pas in februari 2015 geïnformeerd.
-  4.4. Verzoekster heeft ook een Europese zorgpas. Uit de brief van de zorgverzekeraar ter zake hiervan blijkt dat bij het tonen van deze zorgpas nota's voor zorg in het buitenland niet hoeven te worden voorgesloten.

- 4.5. Volgens de zorgverzekeraar is zorgproductcode 972802084 het meest passende DBC-zorgproduct. Dit wordt echter door de zorgverzekeraar niet gemotiveerd. Het is onduidelijk welke afweging heeft plaatsgevonden. Verzoekster stelt zich daarom op het standpunt dat de zorgverzekeraar onvoldoende heeft aangetoond dat dit het meest passende zorgproduct is, en dat het bijbehorende tarief € 13.119,12 bedraagt. Zij merkt hierbij op dat voornoemd bedrag door de zorgverzekeraar is vergoed aan de SOS Alarmcentrale.
- 4.6. Volgens de zorgverzekeraar is het Turks-Nederlandse verdrag niet van toepassing, omdat de zorg is verleend in een privéziekenhuis, en deze zorg op grond van het Turkse stelsel niet is gedekt. Het feit dat verzoekster hierin geen keuze heeft gehad, maakt dit volgens de zorgverzekeraar niet anders. De door de zorgverzekeraar getrokken conclusie volgt echter niet uit voornoemd verdrag en is derhalve onjuist. Daarnaast betwist verzoekster dat een tarifieringsverzoek niet zinvol zou zijn. De zorgverzekeraar heeft niet aangetoond en onvoldoende gemotiveerd dat de uitkomst hiervan € 0,-- is.
- 4.7. De zorgverzekeraar legt de verantwoordelijkheid volledig bij verzoekster. De zorgverzekeraar zou, gezien de spoedeisendheid en het feit dat verzoekster geen andere optie had dan direct in het ziekenhuis waar zij op dat moment verbleef te worden geopereerd, de kosten van de behandeling volledig dienen te vergoeden - desnoods uit coulance.
- 4.8. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij in verband met een hersentumor tijdens haar vakantie in Turkije een spoedoperatie heeft ondergaan. Voorafgaand aan de vakantie was zij niet met deze tumor bekend. Hiervóór was zij wel eens naar de huisarts geweest, maar niet met het vermoeden op een tumor. Verzoekster is naar een privékliniek gebracht, en zij was niet in staat hierop invloed uit te oefenen. Zij was ten tijde van de operatie niet aanvullend verzekerd. Zij had wel haar zorgverzekering en een EHIC. Daarom komt zij in aanmerking voor volledige vergoeding van de aan haar verleende zorg. Als niet was ingegrepen, was zij waarschijnlijk komen te overlijden. Volgens de zorgverzekeraar is gezegd dat 100 percent van het Nederlands tarief zou worden vergoed, maar aan haar familieleden is iets anders gezegd. De zorgverzekeraar heeft geen concreet standpunt ingenomen ten aanzien van het verzoek om een coulancevergoeding. Verzoekster doet uitdrukkelijk een beroep hierop. In het advies van het Zorginstituut leest verzoekster dat door de commissie is gevraagd of in Turkije aanspraak bestaat op vergoeding van zorg in privéklinieken. Dat is alleen mogelijk als deze zijn gecontracteerd door de SGK. Verzoekster heeft hierop evenwel geen zicht. Gevraagd naar de verschillen in de in het dossier genoemde bedragen, antwoordt verzoekster dat het verschil waarschijnlijk wordt veroorzaakt door het eigen risico, en dat daarom feitelijk minder is uitgekeerd dan waarop zij recht heeft. De vergoeding bedraagt - inclusief het eigen risico - € 13.119,12.
- 4.9. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. Verzoekster heeft een naturapolis, en is dus aangewezen op gecontracteerde zorgaanbieders. Indien in het buitenland gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, gelden hiervoor dezelfde voorwaarden als wanneer de verzekerde in Nederland wordt behandeld door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dit betekent dat een korting kan worden toegepast op de uit te keren vergoeding. Deze korting wordt niet toegepast indien sprake is van acute zorg.
- 5.2. Bij verzoekster was in januari 2015 sprake van acute zorg, die niet kon worden uitgesteld tot haar terugkeer in Nederland. De betreffende zorgaanbieder is door de zorgverzekeraar niet gecontracteerd. De kosten van de behandeling worden op basis van de zorgverzekering vergoed tot maximaal het tarief dat hiervoor in Nederland geldt. In Nederland wordt medisch specialistische zorg gedeclareerd met zogenoemde DBC's. Aan iedere code hangt een all-in tarief dat geldt voor het volledige behandeltraject. Voor de zorg die verzoekster in Turkije heeft ondergaan, is

zorgproductcode 972802084 het meest passend. Deze zorgproductcode heeft de omschrijving: "zeer uitgebreide en zeer ingewikkelde operatie met 6 tot 28 verpleegdagen bij een aandoening van de hersenen". Het bijbehorende tarief is maximaal € 13.119,12. Dit is het Nederlandse tarief voor deze zorg.

- 5.3. Volgens de wettelijke regeling van verdragsland Turkije is geen vergoeding mogelijk voor de onderhavige zorg, omdat het zorg in een privé-ziekenhuis betreft. Tarifiering is derhalve niet mogelijk. Daarom is de vergoeding toegekend waarop verzoekster op grond van de zorgverzekering aanspraak heeft.
- 5.4. Uit de telefoonnotities blijkt niet dat aan de zoon van verzoekster is toegezegd dat de kosten van de behandeling in Turkije volledig worden vergoed. Wel blijkt hieruit dat tweemaal is gezegd dat maximaal 100 percent van het Nederlandse tarief wordt vergoed. De zorgverzekeraar merkt verder op dat niet is aangetoond dat door het ziekenhuis in Turkije aan de zoon en dochter van verzoekster is medegedeeld dat hij een overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar. Bovendien kan de zorgverzekeraar niet verantwoordelijk worden gehouden voor uitspraken van buitenlandse zorgaanbieders. Als men hierover zekerheid had willen hebben, had het op de weg van verzoekster dan wel haar zoon of dochter gelegen om contact op te nemen met de zorgverzekeraar.
- 5.5. Een extra vergoeding kan ten laste van bepaalde aanvullende verzekeringen mogelijk zijn, indien sprake is van spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland. Verzoekster had ten tijde van de onderhavige zorg echter geen aanvullende verzekering. Uit de administratie van de zorgverzekeraar blijkt dat verzoekster sinds 1 oktober 2007 geen aanvullende verzekering meer bij hem heeft. De zorgverzekeraar kan de opmerking van verzoekster over de beëindiging van de aanvullende verzekering in 2014 en het bericht hierover in februari 2015 dan ook niet plaatsen. Voor zover de zorgverzekeraar bekend is, had verzoekster evenmin een reisverzekering met medische dekking afgesloten.
- 5.6. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat niet ter discussie staat dat de zorg nodig was, en ook niet dat duidelijk is dat verzoekster geen keuze had waar zij zou worden opgenomen. Dit zijn echter geen factoren die maken dat de vergoeding hoger uitvalt. De zorgverzekering biedt een bepaalde dekking. Het is niet voor niets dat mensen die naar het buitenland gaan, een aanvullende verzekering of een reisverzekering sluiten. Juist ook voor de spoedzorg is dit van belang. Natuurlijk was de zorg onvoorzien, maar dit is altijd het geval. Het is niet zo dat omdat verzoekster niet wist dat deze zorg nodig zou worden, zij de verzekering niet heeft afgesloten. Verzoekster heeft niet gekozen voor deze verzekeringen, en dit heeft nu bepaalde financiële gevolgen. De zorgverzekeraar begrijpt dat dit heel vervelend is, maar het blijft een keuze van verzoekster, die er nu in resulteert dat een deel van de kosten voor eigen rekening blijft. Gevraagd naar de verschillende bedragen die zijn genoemd in het dossier, antwoordt de zorgverzekeraar dat het bedrag dat bij de DBC hoort, is vergoed. De zorgverzekeraar heeft begrip voor de gang van zaken. Er gebeuren helaas veel meer spoedeisende ingrepen in het buitenland, en hiervoor kan men zich bijverzekeren. Dit komt dus veel vaker voor, en daarom wordt geen uitzondering gemaakt. Daarnaast gevraagd antwoordt de zorgverzekeraar nog niet heeft onderzocht of de betreffende privékliniek is gecontracteerd door de SGK. De zorgverzekeraar is bereid dit alsnog te doen.
- 5.7. De zorgverzekeraar 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 is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van het door haar betaalde voorschot van € 4.880,-- ter zake van de operatie met opname in een Turkse privékliniek, ten laste van de zorgverzekering.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.2 e.v. 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.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen**

*Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. 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.
- (...)"

- 8.4. Artikel B.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorg in het buitenland bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

**"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.

**Let op!**

*Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.*

**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.20 van de zorgverzekering heeft betrekking op de door de zorgverzekeraar gehanteerde tarieven en luidt, voor zover hier van belang:

**"A.20.1. Omschrijving van de tarieven**

In de artikelen van Hoofdstuk B en op uw Vergoedingen Overzicht staat op welke zorg u recht hebt of hoe hoog de vergoeding is die u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat wij dan uw nota volledig voor onze rekening nemen. Wij gaan uit van verschillende tarieven:

**1. Afgesproken tarief**

Dit is het tarief dat, of het gemiddelde van de tarieven die we in een zorg- en/of internet-overeenkomsten met zorgverleners hebben vastgelegd.

Op onze internetsite vindt u de tarieven voor de verschillende zorgvormen.

**2. Vast, wettelijk (punt)tarief**

Dit is het vaste tarief dat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld voor bepaalde zorg. Het zijn tarieven waarbij geen marge (speelruimte) is aangegeven. Het tarief dat een zorgverlener hanteert, mag dus niet hoger maar ook niet lager zijn. Deze tarieven worden ook wel punttarieven genoemd. Ze zijn dus nooit hoger dan de maximale aanspraken vanuit uw verzekering.

**3. Marktconform tarief of redelijke marktprijs**

Dit is het tarief dat voor bepaalde zorg in Nederland gebruikelijk is. Dat is tot ten hoogste het tarief dat in de Nederlandse markt in redelijkheid passend is te achten. De gedeclareerde kosten van de zorg moeten in redelijke verhouding staan tot de prijs van soortgelijke zorg die soortgelijke zorgverleners in Nederland declareren. Als een nota voor zorg buitensporig afwijkt van nota's voor soortgelijke zorg door soortgelijke zorgverleners is in dat geval niet meer sprake van een marktconform tarief of redelijke marktprijs. Wij betalen in dat geval niet het deel van de nota, dat uitkomt boven het marktconform tarief of de redelijke marktprijs; we betalen dus maximaal het marktconform tarief of de redelijke marktprijs.

**4. Gedeclareerde tarief**

Het bedrag dat op de nota staat.

(...)

**A.20.2.1. Zorgverzekering Natura en Zorgverzekering Natura Select**

**a. Afgesproken tarief**

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? Dan hebt u recht op de behandeling volgens het afgesproken tarief.

(...)

**c. Volledig tarief (100%) van het vast wettelijk of afgesproken tarief**

Wij vergoeden dit tarief alleen als:

(...)

o u acute (spoed)zorg nodig hebt, die niet kan worden uitgesteld.

(...)"

- 8.6. De artikelen A.20, B.2 en B.4 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2 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 13 Zvw regelt de aanspraak op vergoeding indien de verzekerde kiest voor een zorg-aanbieder 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 zorgverzekeraar 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 het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid (Trb. 1966, 155) bepaalt, voor zover hier van belang:

*"Lid 1*

*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.*

*(...)*

*Lid 3*

*Wanneer een werknemer of een met hem gelijkgestelde overeenkomstig de bepalingen van de vorige leden recht heeft op prestaties, worden de verstrekkingen gedaan door het orgaan van zijn verblijfplaats of van zijn nieuwe woonplaats overeenkomstig de bepalingen van de wettelijke regeling welke door dat orgaan wordt toegepast, in het bijzonder wat betreft de omvang en de wijze van de verstrekking; de periode gedurende welke deze verstrekkingen wordt verleend is evenwel gelijk aan die voorzien in de wettelijke regeling van het bevoegde land.*

*(...)"*

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 zorgverzekeraar heeft gesteld dat dit verdrag niet van toepassing is, omdat verzoekster is opgenomen en behandeld in een privéziekenhuis, en het Turkse sociale stelsel alleen dekking biedt voor opname en behandeling in een staatsziekenhuis. Verzoekster heeft in dit kader aangevoerd dat dit geen vereiste is dat volgt uit voornoemd verdrag.

Uit het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid volgt niet direct dat aanspraak bestaat op opname en behandeling in een staatsziekenhuis. In artikel 13 lid 3 van voornoemd verdrag is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op verstrekkingen overeenkomstig de bepalingen van de wettelijke regeling van (in dit geval) Turkije. Aangezien het de commissie niet bekend is of op grond van het Turkse sociale stelsel aanspraak bestaat op zorg die is verleend in een privéziekenhuis, heeft de commissie dit gevraagd aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 22 augustus 2016 medegedeeld dat op grond van het Turkse sociale stelsel alleen aanspraak bestaat op zorg die is

verleend in een particuliere instelling indien deze is gecontracteerd door de SGK. Het is het Zorginstituut niet bekend of de kliniek waar verzoekster is behandeld, door de SGK is gecontracteerd. Daarom ligt het op de weg van de zorgverzekeraar in deze situatie na te gaan

of de betreffende kliniek een contract met de SGK heeft, en zo ja welk vergoedingstarief de SGK toepast.

- 9.2. Voor zover op basis van het verdrag geen aanspraak bestaat op vergoeding dan wel na tarifiering nog een bedrag voor rekening blijft van verzoekster, geldt met betrekking tot de dekking van de zorgverzekering het volgende. Ingevolge artikel B.4 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch specialistische zorg. Uit de artikelen B.2 en A.20 van de zorgverzekering volgt dat, ter zake van de kosten van zorg verleend in het buitenland, aanspraak bestaat op vergoeding conform het marktconform tarief dan wel de redelijke marktprijs.
- Uit de door verzoekster en de zorgverzekeraar overgelegde stukken blijkt dat een bedrag van € 12.908,74 in rekening is gebracht ter zake van de door verzoekster in Turkije genoten medisch specialistische zorg alsmede een bedrag van € 99,09 ter zake van het in Turkije genoten ziekenvervoer. Elders in de stukken wordt een bedrag genoemd van € 13.119,12 en verzoekster noemt op enig moment een bedrag van € 13.209,12. De commissie stelt vast dat de twee eerstgenoemde bedragen zijn betaald.
- De zorgverzekeraar heeft ter zake van de hoogte van de vergoeding voor de medisch specialistische zorg toegelicht dat dit het marktconforme tarief was dat in 2015 voor deze behandeling gold. Verzoekster twijfelt aan zowel de door de zorgverzekeraar toegepaste zorgproductcode als het hieraan verbonden tarief, maar heeft dit verder niet onderbouwd. De door de zorgverzekeraar gebruikte zorgproductcode heeft de omschrijving *"zeer uitgebreide en zeer ingewikkelde operatie met 6 tot maximaal 28 verpleegdagen bij een aandoening van de hersenen"*. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 22 augustus 2016 bevestigd dat de gebruikte zorgproductcode in de onderhavige situatie passend is. Verzoekster heeft niet aangevoerd waarom deze zorgproductcode onjuist zou zijn, of welke zorgproductcode in haar geval zou moeten worden toegepast. Haar verweer treft daarom geen doel.
- Ten aanzien van het door de zorgverzekeraar gehanteerde tarief merkt de commissie op dat op de website van de zorgverzekeraar een lijst is gepubliceerd met de 'gemiddeld gewogen gecontracteerde tarieven voor medisch specialistische zorg'. In de lijst van 2016 is bij voornoemde zorgproductcode - die door de commissie als juist wordt beschouwd - een tarief van € 13.291,35 vermeld. Het is aannemelijk dat in 2015 gemiddeld een iets lager tarief was gecontracteerd voor deze behandeling. De vergoeding van € 12.908,74 komt de commissie daarom niet onjuist voor.
- 9.3. Verzoekster beroept zich voorts op de aan haar verstrekte "Europese zorgpas" en de begeleidende brief waarin is vermeld dat de kosten van zorg in het buitenland niet hoeven te worden voor- geschoten. De commissie gaat ervan uit dat verzoekster met de "Europese zorgpas" de European Health Insurance Card (hierna: EHIC) bedoelt. Deze EHIC is geldig binnen de Europese Unie, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein en Zwitserland. Turkije maakt geen deel uit van de Europese Unie en is evenmin één van de andere landen waarbinnen de EHIC geldig is. Daarom kan het beroep van verzoekster op de EHIC en/of de begeleidende brief ter zake van de EHIC niet slagen.

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

- 9.4. Verzoekster voert verder aan dat zij in 2014 aanvullend was verzekerd, en zij stelt dat zij pas in februari 2015 bericht heeft gekregen dat haar aanvullende ziektekostenverzekering was beëindigd met ingang van november 2014. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat verzoekster reeds sinds 1 oktober 2007 niet meer aanvullend is verzekerd.
- De commissie stelt vast dat op het polisblad 2015, dat is afgegeven op 12 november 2014, geen aanvullende ziektekostenverzekering staat vermeld. Verzoekster heeft een betalingsoverzicht overgelegd om haar stelling te onderbouwen. Dit betalingsoverzicht is echter een voorbeeld van hoe betalingen door de zorgverzekeraar worden verwerkt. Hieruit blijkt derhalve niet dat zij ten tijde van de onderhavige kwestie in januari 2015 een aanvullende ziektekostenverzekering had en dat zij hier premie voor betaalde, dan wel dat zij een gegronde reden had te veronderstellen dat zij in 2014 aanvullend was verzekerd en dit in 2015 was gebleven. Voornoemd argument van verzoekster treft daarom geen doel.

 **Verstreckte informatie**

- 
- 9.5. Verzoekster stelt voorts dat de zorgverzekeraar destijds telefonisch aan haar zoon heeft medegedeeld dat de kosten van de behandeling in Turkije volledig zouden worden vergoed. Dit volgt echter niet uit de door de zorgverzekeraar overgelegde telefoonnotities. In de telefoonnotities staat dat tweemaal (eenmaal aan de dochter en eenmaal aan "vader") is medegedeeld dat 100 percent van het Nederlandse tarief zal worden vergoed. Deze laatste mededeling is - mede gezien hetgeen onder 9.2 is overwogen - juist. Dat is toegezegd dat de - hogere - werkelijke kosten volledig zouden worden vergoed is door verzoekster, hoewel dit op haar weg lag, in de procedure niet aannemelijk gemaakt.



Daarnaast heeft verzoekster aangevoerd dat het Turkse ziekenhuis haar heeft medegedeeld dat hij een overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar. Deze zorgaanbieder is echter niet door de zorgverzekeraar gecontracteerd. De commissie merkt op dat de zorgverzekeraar niet verantwoordelijk kan worden gehouden voor de door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder verstreckte, achteraf gezien onjuiste eerste informatie.

 **Coulance**

- 
- 9.6. Verzoekster heeft tot slot aangevoerd dat de zorgverzekeraar in deze specifieke situatie de kosten van de onderhavige behandeling desnoods uit coulance volledig dienen te vergoeden. De commissie is evenwel niet bevoegd te beslissen over een eventuele coulancevergoeding. Het al dan niet toekennen van een zodanige vergoeding behoort in beginsel tot het eigen beleid van de ziektekostenverzekeraar, tenzij sprake zou zijn van willekeur. Dit laatste is echter gesteld noch gebleken.

 **Conclusie**

- 
- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen met inachtneming van hetgeen in 9.1 is bepaald. Voor het overige dient het verzoek te worden afgewezen.
- 
- 9.8. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.

 **10. Het bindend advies**

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, zoals bepaald in 9.1. Voor het overige dient het verzoek te worden afgewezen.
- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.



A.I.M. van Mierlo

  
