



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen VGZ
Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem

Zaak : Turkije, geneeskundige zorg, verwijdering aneurysma, spoedeisende
zorg, hoogte vergoeding

Zaaknummer : 201402190

Zittingsdatum : 17 januari 2015



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)



(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013, art. 13 lid 1 Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid)

1. Partijen



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



VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie



2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de VGZ Zorgverzekering Natura (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 VGZ Vitaal Pakket 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).

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 operatie in verband met een aneurysma, uitgevoerd te Ankara, Turkije (hierna: de aanspraak). Bij ongedateerd uitkeringsbericht heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de kosten van de ingreep gedeeltelijk worden vergoed, namelijk tot een bedrag van € 7.745,18.



3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 7 november 2013, 21 maart en 27 mei 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.



3.4. Bij brief van 5 januari 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag dan € 7.745,18 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 26 maart 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 maart 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomende bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 14 april 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 juni 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 31 maart 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 mei 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015039671) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat diagnosecode 0308.1205 met verpleegligdagen leidt tot DBC-code 099999017. Dit is een passende DBC. Ook DBC 990062020 is passend. Uit het dossier is op te maken dat een endovasculaire behandeling is uitgevoerd. Anders dan bij de (klassieke) open operatie wordt bij de endovasculaire behandeling via kleine incisies onder röntgendoorlichting geopereerd. Een radioloog zal hierbij zijn betrokken. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 juni 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 18 juni 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 25 juni 2015 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. De behandelend arts heeft ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *“Endovascular cerebral aneurysm treatment: 53-year-old female patient who had been referred to me with frequent headache attacks and a diagnosis of right internal carotid artery aneurysm of 1.5/2 cm was hospitalized for endovascular treatment. She was informed about the endovascular procedure and given the size and location of the aneurysm, a treatment with Flow Divertor that will be placed across the aneurysm sac, without aneurysm sac occlusion was planned. Using right femoral artery approach and under GAA, a right carotid angiography was first performed revealing a right cavernous ICA aneurysm of 2 cm. The aneurysm neck was bypassed and a FRED flow divertor was placed across the aneurysm neck with no event. Postprocedural angiography revealed a substantial stasis in the aneurysm sac. The patient woke up from the procedure with no neurological deficit. (...)”*.
- 4.2. Verzoekster is in 2013 op vakantie gegaan naar Turkije, en werd daar ziek. Zij is door een aantal medisch specialisten onderzocht en bleek een aneurysma te hebben. Alle specialisten hebben verzoekster ten sterkste afgeraden terug naar Nederland te reizen, omdat het aneurysma door drukverschillen in een vliegtuig en stress tijdens een autoreis zou kunnen knappen, met een hersenbloeding en zelfs de dood tot gevolg.

-  4.3. De echtgenoot van verzoekster heeft telefonisch contact opgenomen met de ANWB Alarmcentrale, maar kreeg geen toestemming voor de operatie. Hij is met zijn zoon teruggekeerd naar Nederland en heeft aldaar nog een aantal pogingen gedaan de operatie alsnog goedgekeurd te krijgen. De situatie van verzoekster werd echter steeds ernstiger. Daarom is alsnog besloten de ingreep in Turkije te laten uitvoeren. Hiervoor heeft verzoekster geld geleend van familieleden. De kosten van de operatie bedroegen ongeveer € 17.000,--. De ziektekostenverzekeraar vergoedt hiervan slechts een bedrag van € 7.745,18. Dit betreft 80 percent van het gecontracteerde tarief.
-  4.4. Diverse artsen in Turkije hebben verzoekster verteld dat zij in het geheel niet mocht reizen. De ziektekostenverzekeraar legt die oordelen terzijde en heeft slechts het oordeel van de behandelend chirurg in zijn afweging betrokken. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar verzuimd naderhand aan de chirurg te vragen of hij zijn mening wilde herzien. Het aneurysma bleek tijdens de operatie dermate groot te zijn dat ook de chirurg heeft opgemerkt dat het goed is geweest dat verzoekster niet naar Nederland is teruggereisd.
-  4.5. Vanaf het moment dat werd geconstateerd dat verzoekster een aneurysma had, heeft haar echtgenoot voortdurend contact zocht met de ANWB Alarmcentrale en de ziektekostenverzekeraar en heeft hij verzocht om toestemming voor de operatie. Die toestemming werd gegeven noch afgewezen. Toen na vijf weken nog steeds geen toestemming was verleend en niet langer gewacht kon worden, heeft verzoekster zich laten opereren.
-  4.6. De ziektekostenverzekeraar stelt 80 percent van de kosten van de behandeling te hebben vergoed op basis van het Nederlandse tarief. De gehanteerde DBC zorgproductcodes zijn echter gebaseerd op een behandeling door een radioloog. In dit geval is geen radioloog bij de ingreep betrokken, maar een chirurg. Dit zou dus andere codes moeten opleveren. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar geen vergoeding verleend voor het eerste onderzoek en de second opinion.
-  4.7. Verzoekster stelt dat sprake was van spoedeisende zorg, zodat zij recht heeft op een vergoeding tot 100 percent van het Turkse tarief. Voor verzoekster bestond geen alternatief voor de ingreep in Turkije, aangezien de artsen haar dringend hebben afgeraden te reizen. Mocht geen aanspraak bestaan op het Turkse tarief, dan zou ook op basis van de Nederlandse marktconforme tarieven een hogere vergoeding moeten volgen.
-  4.8. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat de ANWB Alarmcentrale in eerste instantie wel toestemming heeft gegeven. Haar echtgenoot moest het adres van het ziekenhuis doorgeven en een kostenopgave vragen. Later sprak haar echtgenoot een andere medewerker, die hem vertelde dat hij eerder te woord was gestaan door iemand die nog moest worden ingewerkt. De verwarring heeft uiteindelijk vijf weken lang bestaan. Er is geen rekening gehouden met de medische en emotionele toestand van verzoekster. Toen het aneurysma was vastgesteld is men op zoek gegaan naar een neurochirurg voor de diagnose en het behandelplan. De drie geraadpleegde artsen verklaarden dat de uiteindelijke uitgevoerde methode de beste was. Zij adviseerden verzoekster ook stress te vermijden en niet te reizen vanwege het risico op blijvend letsel. Volgens verzoekster is de behandelend arts later teruggekomen op zijn verklaring dat verzoekster per vliegtuig terug naar Nederland kon reizen.
-  4.9. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
-  5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
-  5.1. Verzoekster was in 2013 met haar gezin op vakantie in Turkije. De heenreis vond in juli 2013 per auto plaats. In verband met lichamelijke klachten raadpleegde verzoekster enkele artsen. Bij toeval ontdekte men begin augustus 2013 een aneurysma in haar hoofd. Zij is hieraan uiteindelijk op 11 september 2013 geopereerd. Volgens de ANWB Alarmcentrale en de medisch

adviseur van de ziektekostenverzekeraar was bij verzoekster sprake van electieve zorg, en derhalve niet van acute zorg of spoedeisende zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Het ziekenhuis in Ankara is niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd. De kosten van de ingreep zijn daarom vergoed tot 80 percent van het gecontracteerde tarief.

- 5.2. Van spoedeisende zorg is volgens artikel 12 van de aanvullende ziektekostenverzekering sprake als het gaat om zorg die onvoorzien is en die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer naar Nederland. Op 16 augustus 2013 deelde de behandelend chirurg aan de ANWB Alarmcentrale mede dat verzoekster kon vliegen. Op 23 augustus 2013 meldde dezelfde arts dat er een risico was als verzoekster zou vliegen. Op 27 augustus 2013 deelde de arts mede dat hij aan verzoekster heeft verteld dat er een risico was als zij met het vliegtuig zou reizen. Over het reizen met een ander middel van vervoer wordt niets opgemerkt. Volgens de familie zou de reis per auto teveel stress met zich brengen. Indien de behandelend arts alsnog verklaart dat verzoekster zowel niet met het vliegtuig als per auto mocht reizen, is de ziektekostenverzekeraar bereid het standpunt in heroverweging te nemen. Vooralsnog is echter niet gebleken dat verzoekster niet kon reizen.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de vergoeding vastgesteld aan de hand van de DBC zorgproduct-codes 990062020 en 099999017. Op 30 oktober 2013 ontving de ziektekostenverzekeraar Turkse nota's over de periode van 1 augustus tot en met 13 september 2013 tot een totaal van € 15.278,79. De ziektekostenverzekeraar vergoedde hiervan een bedrag van € 7.745,18. Voor de kosten van de behandelend arts van 35.000 Turkse Lira vergoedde de ziektekostenverzekeraar 80 percent van de kosten van het zorgproduct 990062020. De kosten van de ziekenhuisopname waren 5.000 Turkse Lira. Dit bedrag heeft de ziektekostenverzekeraar volledig vergoed, omdat de kosten lager waren dan 80 percent van de kosten van het zorgproduct 099999017. Verzoekster heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de zorgverzekering.
- 5.4. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat aan verzoekster een N/TUR 111 formulier is verstrekt. De behandelend arts heeft echter medegedeeld niet door middel van dit formulier te kunnen declareren.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het nieuw voor hem is dat de echtgenoot van verzoekster te woord is gestaan door een onervaren medewerker van de ANWB Alarmcentrale die een toezegging zou hebben gedaan. Hij meent dat dit laatste niet het geval is. Er is alleen gezegd dat een aanvraag kon worden gedaan, voorzien van een kostenopgave. Op basis van de zorgverzekering worden de kosten slechts gedeeltelijk vergoed. De behandelend arts heeft op 16 augustus 2013 verklaard dat verzoekster kon reizen. Zij heeft vijf weken gewacht op toestemming, zodat niet van een spoedeisende behandeling kan worden gesproken.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen 2.9 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag dan € 7.745,18 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 zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:

- zorg door een trombosedienst;*
- second opinion door een medisch specialist. U hebt hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. (...)*

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voorin de voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. (...)"

8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

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

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

8.5. Artikel 1.4 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Als u ervoor kiest voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven voor 2013, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven. (...)

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hebt u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren."

-  8.6. Artikel 1.9 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande toestemming is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld. (...)"

-  8.7. De artikelen 1.4, 1.9, 9 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

-  8.8. 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.

-  8.9. 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.

-  8.10. Artikel 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving:

een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit de zorgverzekering ontvangt. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland;*
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;*
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen. (...)*

Vergoeding: volledig"

-  8.11. 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 stukken blijkt dat verzoekster vijf weken heeft gewacht alvorens de ingreep te laten uitvoeren. Indien onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk was geweest, zou echter niet vijf weken zijn gewacht, maar zou de chirurg direct hebben ingegrepen, aldus de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft zich daartegen verweerd door erop te wijzen dat dit uitstel uitsluitend is te wijten aan de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar, aangezien die weken heeft gewacht met het geven van een beslissing op het verzoek tot toestemming voor de ingreep. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld, en is door verzoekster niet bestreden, dat een formulier N/TUR 111 is afgegeven en dat de chirurg heeft verklaard niet door middel van dit formulier te kunnen declareren. Dit kan twee oorzaken hebben: óf verzoekster heeft gebruik gemaakt van zorg die niet onder de Turkse sociale ziektekostenverzekering valt óf de verleende zorg was niet onmiddellijk noodzakelijk, zoals bedoeld in voormeld artikel 13. In beide gevallen heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de zorg op basis van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid.

9.2. Ten aanzien van de zorgverzekering geldt dat de ziektekostenverzekeraar reeds is overgegaan tot een gedeeltelijke vergoeding, zodat de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie en of verzoekster daarvoor ten tijde van de ingreep een indicatie had, bevestigend moet worden beantwoord.

Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van twee DBC zorgproductcodes. Het DBC zorgproduct met code 990062020 heeft als omschrijving: *"Neurointerventie/Radiologie (...) Behandeling van vaatafwijkingen in het hoofd of de hals bij een operatieve ingreep door een radioloog"*. Het DBC zorgproduct met code 099999017 heeft als omschrijving: *"CVA niet bloedig/TIA/ov cerebr aand/Klin kort/Zonder KNF/Hart/Vaat cerebrovasculair (...) Maximaal 5 verpleegligdagen bij Herseninfarct/TIA (Transient Ischemic Attack)/andere aandoening in bloedvaten hersenen"*. Beide codes zijn 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 niet-gecontracteerde zorgaanbieders VGZ 2013' waren de bijbehorende tarieven, waarop reeds een korting van 20 percent is toegepast, € 2.083,51 respectievelijk € 5.443,99. Het te vergoeden bedrag komt daarmee uit op totaal € 7.527,50. Om hem moverende redenen is de ziektekostenverzekeraar overgegaan tot het verlenen van een vergoeding van € 7.745,18.

Gelet op de indicatie van verzoekster en de bij haar uitgevoerde ingreep, zijn de juiste DBC zorgproductcodes gekozen, hetgeen door het Zorginstituut wordt bevestigd in het advies van 1 mei 2015. De vergoeding mag echter niet worden beperkt tot 80 percent, aangezien het - anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt - ging om acute zorg, althans zorg die niet kon wachten tot na terugkeer in Nederland. Gelet op artikel 1.4 van de zorgverzekering bestaat in geval van acute zorg aanspraak op vergoeding tot 100 percent van het Nederlandse tarief. De ziektekostenverzekeraar is gehouden het verschil aan verzoekster te vergoeden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.3. De commissie stelt voorop dat verzoekster vanuit de zorgverzekering reeds een vergoeding heeft ontvangen voor de kosten van de aan haar verleende zorg, welke vergoeding, gelet op hetgeen onder 9.2 is overwogen, nog dient te worden verhoogd tot 100 percent van het toepasselijke Nederlandse tarief. In aanvulling daarop biedt de aanvullende ziektekostenverzekering dekking voor zorg in het buitenland die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer

in Nederland, waarbij de verzekerde niet langer dan 365 dagen in het buitenland verblijft, en - voor zover thans van belang - de zorg in Nederland voor gedeeltelijke vergoeding in aanmerking komt.

- 9.4. Niet ter discussie staat dat het aneurysma bij verzoekster vóór haar vertrek naar Turkije niet bekend was, zodat de aan haar verleende zorg onvoorzien was. De behandelend arts heeft op 23 augustus 2013 verklaard dat vliegen een risico vormde. Door verzoekster is gesteld dat haar door de betrokken artsen is medegedeeld dat zij stress moest vermijden en dat - mede om die reden - ook vervoer per auto een aanzienlijk risico vormde. De commissie acht dit, gelet op haar omstandigheden, aannemelijk. Verzoekster verkeerde hierdoor de facto in de onmogelijke situatie dat zij vanwege dat aanzienlijke risico redelijkerwijs niet naar Nederland kon terugkeren om aldaar de operatie te ondergaan, terwijl medisch ingrijpen noodzakelijk was. Dit leidt tot het oordeel dat is voldaan aan het vereiste van artikel 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering dat sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland (omdat terugkeer naar Nederland in het licht van de omstandigheden van het geval redelijkerwijs niet van verzoekster kon worden gevergd), en derhalve sprake is van spoedeisende zorg in de zin van die bepaling. Zij heeft derhalve aanspraak op de hieruit voortvloeiende vergoeding in aanvulling op het bedrag dat op basis van het onder 9.2 overwogene ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster dient te vergoeden.

Zeist, 15 juli 2015,

A.I.M. van Mierlo