



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te
Zeist en Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort

Zaak : Turkije, geneeskundige zorg, resectie hersentumor, hoogte vergoeding,
spoedeisende zorg

Zaaknummer : 201701654

Zittingsdatum : 7 februari 2018

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, art. 13 Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd C te D,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
 - 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (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 Aanvullend drie sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Aanvullend Tand vier sterren is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de resectie van een hersentumor, uitgevoerd te Istanbul, Turkije (hierna: de aanspraak). Bij e-mailberichten van 25 mei 2017 en 25 juli 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld de aanspraak slechts gedeeltelijk in te willigen, namelijk tot een bedrag van € 9.361,--.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij e-mailbericht van 20 oktober 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 9.361,-- in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 december 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 december 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 3 januari 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 januari 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 22 december 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 25 januari 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017058302) 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 ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-zorgproduct in de situatie van verzoekster passend is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 30 januari 2018 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 februari 2018 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.9. Verzoekster is na de hoorzitting in de gelegenheid gesteld een nadere verklaring van haar arts over te leggen. Bij e-mailbericht van 19 maart 2018 heeft verzoekster medegedeeld dat de arts weliswaar heeft toegezegd met een nadere verklaring te komen, maar hiertoe niet is overgegaan. Zij heeft verwezen naar een eerdere brief van de arts, en heeft de commissie gevraagd op basis hiervan een uitspraak te doen. Een afschrift van dit e-mailbericht is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.10. Bij brief van 20 maart 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 3 april 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen stukken 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 in Istanbul heeft op 6 juni 2017 over de bij verzoekster uitgevoerde ingreep verklaard: *"Cross-sections were taken as 5 mm cross-section thickness at sagittal plane as FSE T2, cross-sections were taken als 5 mm cross-section thickness at coronal plane. After contrast injection, cross-sections were added as 3D FSE T1 gradient at axial plane and 1 mm thick 3D FSE gradient T1 at axial plane and 1 mm thick fat-sat 3D FSE gradient T1 at coronal plane (...)"*.
- 4.2. De behandelend arts in Nederland heeft op 11 oktober 2017 over verzoekster verklaard: *"Patiënt bezocht mij in LUMC i.v.m. rechts pariëtaal meningeoom in LUMC dd 05/2017. Omdat patiënte een familie aangelegenheid in Turkije had (oma was ziek en inmiddels overleden) is de operatie uitgesteld tot augustus. Gezien de omvang en beperkte groei t.o.v. de eerdere beeldvorming was dit medisch gezien verantwoord. Aldaar ervaart patiënte toename van hoofdpijn, duizeligheid en ging patiënte ook overgeven. Deze klachten hebben 10 dagen bestaan. Opnieuw werd een MRI gemaakt: diameter 29x18x23 mm (was 17-01-2017 26x18x21 in LUMC) en operatie volgde in Turkije 10-6-2017: Simpson gr. 1 resectie. Ongecompliceerde opname. Nadien geen hoofdpijn meer. Gebruikt nog Keppra 2 dd 500 (profylactisch). Deze is inmiddels al bijna geheel afgebouwd. (...) Mijns inziens is het onduidelijk of er een relatie tussen de hoofdpijklachten van patiënte en het meningeoom bestaat. Echter i.v.m. gedocumenteerde groei op herhaalde beeldvorming was er absoluut een operatie indicatie. Dat in Turkije is geconcludeerd dat de toename van de hoofdpijklachten met de aanwezigheid van het meningeoom had te maken is voorstelbaar, echter*

bij aanvullend onderzoek aldaar werd geen significante groei waargenomen. Overigens zegt patiënte dat haar hoofdklachten na de operatie wél hersteld zijn. (...)".

- 4.3. Verzoekster is tijdens een verblijf in Turkije op 6 juni 2017 met spoed geopereerd aan een hersentumor. Naast ondraaglijke hoofdpijn en overgeven had verzoekster last van dubbel en wazig zien. Ook zag zij flitsen. Als gevolg hiervan was reizen over land niet mogelijk. Tevens was er een dreiging van een epileptische aanval, en was verzoekster mentaal uitgeput. De behandelend arts ter plaatse heeft medegedeeld dat de klachten zouden verergeren zonder operatief ingrijpen. Het tijdstip waarop de ingreep is uitgevoerd, namelijk op een zaterdagochtend, getuigt eveneens van spoed. Zulks is bovendien bevestigd met een second opinion van de behandelend arts in Nederland. Ook de uitslag van de MRI-scan en andere medische informatie van het ziekenhuis wijzen erop dat operatief ingrijpen noodzakelijk was.
- 4.4. De reden dat verzoekster Turkije bezocht was erin gelegen dat haar oma ernstig ziek was en op sterven lag. Er is daarom geen sprake van 'zorgtoerisme'. Het is opmerkelijk dat de ziektekostenverzekeraar op de stoel van de arts gaat zitten. Ook geeft hij geen inzage in de kosten van een vergelijkbare operatie in Nederland. De afwijzingsgrond van de ziektekostenverzekeraar is onzorgvuldig, niet onderbouwd op inhoudelijke en medische gronden, en in strijd met zijn zorgplicht.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster gesteld dat het probleem vooral de onmiddellijke indicatie voor ingrijpen betreft. Zoals eerder is toegelicht, is de vraag aan de orde of de ingreep spoedeisend dan wel gepland was. Uit het advies van het Zorginstituut komt niet naar voren hoeveel nu eigenlijk is betaald aan het ziekenhuis. Verzoekster had de klachten al drie jaren. Omdat deze met de dag verergerden, vermoedden de artsen in Nederland dat er een tumor in haar hoofd zat. Dit bleek ook uit de MRI. Zij kon binnen twee weken worden geholpen, namelijk in maart 2017. Omdat haar oma terminaal ziek was, en deze als een moeder voor haar was, wilde zij graag naar Turkije om bij haar te zijn. Verzoekster ging daarom onderzoeken hoe de vergoeding was geregeld als zij zich in Turkije zou wenden tot een arts. Een medewerker van de ziektekostenverzekeraar vertelde haar dat zij een offerte en behandelplan nodig had. Verzoekster is op zoek gegaan naar een ziekenhuis in Turkije dat in het Engels communiceerde. Dit bevond zich in Istanbul, terwijl haar familie zich in Izmir bevindt. Uiteindelijk heeft zij de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat zij zich in Turkije zou oriënteren. Op 27 mei 2017 is zij op de bus gestapt in Amsterdam richting Turkije. Er was een overstap in Istanbul. Het ging onderweg niet meer en daarom is verzoekster in Istanbul naar een ziekenhuis gegaan. Er is een MRI gemaakt, en hieruit bleek dat de tumor 2.9 cm was. Zij moest in Istanbul blijven en wilde wachten of het beter werd. Dit bleek niet het geval, zodat zij op 6 juni 2017 is geopereerd. In Turkije opereert men snel omdat men geld wil verdienen. Verzoekster heeft de arts verteld dat hij niet had mogen ingrijpen en wilde hem aanklagen, maar zij heeft hiervoor niet de financiële middelen.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoekster heeft geen verklaring of verslag van de behandelend artsen overgelegd waaruit blijkt dat onmiddellijk ingrijpen noodzakelijk was. In het Radiologisch Rapport van 10 juni 2017 wordt vermeld dat geen sprake is van een significante verandering in grootte van de tumor, vergeleken met de situatie op 21 december 2016. Daarnaast waren op de MRI-scan geen afwijkingen zichtbaar. Dat op termijn een operatie noodzakelijk was, was al bekend op het moment van vertrek uit Nederland. Het ligt voor de hand dat de medisch specialist die vóór het vertrek de operatie had voorgesteld, deze ingreep direct aanbeveelt als de patiënte spreekt over toegenomen klachten. Dit maakt niet dat om die reden sprake was van een spoedeisende behandeling. Aangezien geen significante verandering van de tumor werd geconstateerd, is niet met zekerheid te zeggen wat de oorzaak is geweest van de toegenomen klachten van verzoekster.
- 5.2. Het is niet van belang of een bepaalde niet uitgevoerde behandeling goedkoper of duurder is dan de wel uitgevoerde behandeling. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de kosten van de uitgevoerde

behandeling indien deze tot de verzekerde zorg behoort, een en ander conform de voorwaarden van de zorgverzekering en de onderliggende wetgeving. Dit heeft geleid tot het DBC-zorgproduct met code 912802082 met een bijbehorend tarief van € 7.860,35. Tevens is overgegaan tot vergoeding van één IC-dag ten bedrage van € 1.611,37. In totaal is voor € 9.471,72 akkoord gegeven. Aan het ziekenhuis is door de Alarmcentrale een bedrag van € 9.361,-- overgemaakt. Volgens de Alarmcentrale is verzoekster namelijk op 3 juni 2017 voor een consult met dezelfde klacht naar een ander ziekenhuis gegaan. De Alarmcentrale heeft hiervoor een bedrag van € 91,91 afgehaald van het toegekende bedrag. Gebleken is dat de verrekening met verzoekster niet goed is gegaan en daarom zal de Alarmcentrale het verschil van € 18,81 aan het Turkse ziekenhuis nabetalen.

- 5.3. De arts bepaalt de behandeling. De taak van de ziektekostenverzekeraar is te bepalen of de behandeling behoort tot de verzekerde zorg. Daarbij baseert de ziektekostenverzekeraar zich op de medische informatie die wordt verstrekt, alsmede op de geldende wet- en regelgeving en de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat niet is gebleken dat sprake was van spoedeisende zorg. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft alle stukken beoordeeld. Uit het rapport van de radioloog blijkt dat geen groei van de tumor is geconstateerd. Op 10 juni 2017 is een radiologisch rapport gemaakt in het ziekenhuis in Turkije. De behandelend arts in Nederland refereert hier ook nog aan. De conclusie van deze arts is dat er op basis van de groei een operatie-indicatie was. In de brief staat echter een tegenstrijdigheid aan het eind, namelijk dat géén sprake was van een significante groei van de tumor.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en 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 dan wel tot een hoger bedrag dan € 9.361,-- 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 40 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 30 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

a een ziekenhuis;

b een zelfstandig behandelcentrum of

c de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist) verbonden aan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) toegelaten instelling.

De zorg bestaat uit:

a medisch-specialistische zorg;

b uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden. (...)"

- 8.4. Artikel 15 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"15.2 Vergoeding van zorg in land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:

a de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;

b het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);

c het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent. (...)"

- 8.5. De artikelen 15 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en 30 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1.1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op vergoeding indien een 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. 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. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg gedurende een tijdelijk verblijf indien de gezondheidstoestand van de verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt.


Vast staat dat voor verzoekster in Nederland een operatie was gepland in verband met de aanwezige hersentumor. De behandelend arts heeft verklaard dat het verantwoord was indien verzoekster naar Turkije ging voor een bezoek aan haar oma, en na terugkeer de operatie zou ondergaan. Niet gebleken is dat de gezondheidssituatie van verzoekster is gewijzigd, in die zin dat de tumor zodanig in grootte was toegenomen, dat onmiddellijk ingrijpen noodzakelijk was. Noch de behandelend arts ter plaatse noch de behandelend arts in Nederland heeft verklaard dat de klachten die verzoekster tijdens haar verblijf in Turkije ondervond, een direct gevolg waren van de (grootte van de) hersentumor. Dat haar klachten na de operatie zijn afgenomen, vormt hiervoor onvoldoende bewijs. Het voorgaande leidt ertoe dat geen sprake was van een geneeskundige behandeling die onmiddellijk noodzakelijk was, zodat verzoekster op grond van het verdrag geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten hiervan. Een eventuele aanspraak dient daarom te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.

- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat de uitgevoerde ingreep een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoekster hiervoor een indicatie had. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de hoogte van de door de ziektekostenverzekeraar verleende vergoeding.


De ziektekostenverzekeraar is ter vaststelling hiervan uitgegaan van DBC-zorgproduct 972802082 met als omschrijving: *"Bijzondere neurochirurgie zwaartegroep 5 | Met VPLD 1-5 | Zonder neuromonitoring | WBMV - Zenuwstelsel (...) Zeer uitgebreide en zeer ingewikkelde operatie van het zenuwstelsel met maximaal 5 verpleegdagen bij een aandoening van de hersenen (...)"*.

Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de zorgverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. De gekozen DBC-zorgproductcode komt de commissie - gelet op de bij verzoekster uitgevoerde ingreep - juist voor.


- 9.3. Gezien het document 'Vergoeding bij niet gecontracteerde zorgverleners Medisch Specialistische Zorg 2017' van de ziektekostenverzekeraar bedraagt het bijbehorende tarief voor de naturapolis € 7.860,35, zijnde 75 percent van het gemiddelde tarief waarvoor de ziektekostenverzekeraar deze zorg heeft ingekocht bij de door hem gecontracteerde zorgverleners. Dit bedrag is door de Alarmcentrale aan het Turkse ziekenhuis overgemaakt. Verder is door de ziektekostenverzekeraar een bedrag ter beschikking gesteld van € 1.611,37 voor één dag op de Intensive Care met een bijbehorend DBC-zorgproduct met nummer 190154. Naar de commissie begrijpt, is het totale




bedrag van € 9.471,72 - onder aftrek van € 91,91 voor een consult bij een ander Turks ziekenhuis - inmiddels aan het ziekenhuis betaald.


- 
- 9.4. Verzoekster heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding dan € 9.471,72, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


- 
- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de bij verzoekster uitgevoerde ingreep, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.


Conclusie

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

- 
- 9.7. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure heeft medegedeeld dat geen recht bestaat op een vergoeding van € 9.361,-- maar € 9.471,72, acht de commissie gronden aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

- 
10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

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

Zeist, 18 april 2018,




J.A.M. Strens-Meulemeester