

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F tegen C en E beide te D
Zaak : Brazilië, geneeskundige zorg, ontbreken verwijzing, onduidelijke
nota
Zaaknummer : 2010.02154
Zittingsdatum : 25 mei 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

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

1) C en

2) E beide te D

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 basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 1 en TandVerzorgd 1 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 aan de blaas, uitgevoerd te Campina (Brazilië) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 23 september 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 oktober 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 2 november 2010 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 15 januari 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog 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 ad € 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 april 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 april 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 14 respectievelijk 19 april 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 11 april 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 10 mei 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011041649) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster niet beschikt over een geldige verwijzing.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 13 mei 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 14 mei 2011 op het advies gereageerd. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster was bekend met blaasproblemen. Hiervoor was zij in Nederland onder behandeling van een uroloog. De behandelend uroloog kon niets meer voor verzoekster betekenen. Daarom is zij uitgeweken naar haar geboorteland Brazilië, waar zij is geopereerd. Intussen zijn haar klachten verdwenen. De ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de ingreep aan de blaas te vergoeden.
 - 4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de kosten van de ingreep niet zijn vergoed vanwege het ontbreken van een geldige verwijzing. De uroloog in Nederland zag geen mogelijkheden voor een operatie. Bovendien is onduidelijk welke ingreep in Brazilië heeft plaatsgevonden.
 - 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
 - 6.1. De commissie is 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 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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering. Artikel B24 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:

- onderzoek en diagnostiek,*
- behandeling,*
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*
- laboratoriumonderzoek,*
- second opinion. (...)*

U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, kaakchirurg of een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts). (...)”

Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“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 [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is. (...)”

Artikel A16 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

“(...) Soms komt het voor dat u zelf een nota ontvangt. Als u die indient, let u dan op het volgende:

(...)

- een nota moet zo gespecificeerd zijn dat het recht op vergoeding kan worden vastgesteld. (...)*”

- 8.3. De artikelen A16, B9 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.4. 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 zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel E8 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“U krijgt vergoeding voor zorg als:

- u een deel van de kosten vergoed krijgt uit de Basisverzekering, en*
- de zorg onvoorzien was, en*
- niet kon worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland, en*
- u niet langer dan één jaar in het buitenland bent, en*
- de kosten zouden zijn vergoed als deze in Nederland zouden zijn gemaakt.”*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Vast staat dat bij verzoekster een operatie aan de blaas heeft plaatsgevonden. Uit de nota – die in een andere taal is opgesteld en slechts summier is vertaald door verzoekster – valt niet op te maken welke operatie heeft plaatsgevonden en bij welke indicatie. Op basis van artikel A16 van de zorgverzekering heeft verzoekster daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten.
- 9.2. Verder bevat het dossier geen geldige verwijzing van een huisarts of medisch specialist naar de behandelaar in Brazilië, zodat verzoekster – gelet op artikel B24 van de zorgverzekering – ook om die reden geen aanspraak heeft op de onderhavige zorg ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt uitsluitend een aanvullende dekking voor spoedeisende zorg in het buitenland. Verzoekster heeft niet aannemelijk gemaakt dat hiervan bij haar sprake was.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 mei 2011,

Voorzitter