

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Turkije, medisch-specialistische zorg, rechtmatigheid nota, contact Alarmcentrale
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021, art. 13 Nederlands-Turks verdrag inzake sociale zekerheid
Zaaknummer : 202201015
Zittingsdatum : 8 februari 2023

1. Partijen

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

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 22 augustus 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 5 september 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen tussen en met partijen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 12 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 14 oktober 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 februari 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de IZZ Basisverzekering, Variant Natura (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering IZZ Bijzonder Bewust (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft op 8 oktober 2021 bij de ziektekostenverzekeraar een declaratie ingediend in verband met medisch-specialistische zorg in Sorgun, Turkije.
- 3.3. Bij brief van 9 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de declaratie werd gecontroleerd. Verzoeker is bij die gelegenheid gevraagd aanvullende informatie aan te leveren. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker meegedeeld dat de ingediende nota niet wordt vergoed.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij ongedateerde brief heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de nota van het Turkse ziekenhuis in Sorgun alsnog te vergoeden. De nota bedraagt 42.718,63 Turkse Lira.
- 4.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij tijdens een verblijf in Turkije ernstige buikkrampen kreeg, en hiervoor met spoed is opgenomen in het ziekenhuis te Sorgun. De kosten hiervan heeft hij contant betaald met behulp van leningen van familieleden. De nota is vervolgens bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend, die vergoeding hiervan heeft afgewezen. Verzoeker zou meer informatie moeten aanleveren. Hij beschikt echter niet over meer informatie dan hij al heeft opgestuurd, en is van mening dat de ziektekostenverzekeraar op basis hiervan een vergoeding moet verlenen. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, heeft hij wél vliegtickets overgelegd. Ook heeft hij foto's gemaakt van het ziekenhuis, waaruit blijkt dat dit ten tijde van zijn verblijf aldaar bestond. Het ziekenhuis is echter in december 2021 gesloten, wat de oorzaak ervan is dat de ziektekostenverzekeraar geen contact kan leggen. Dit is voor verzoeker overigens ook niet meer mogelijk, zodat hij ook niet langs die weg aan de gevraagde informatie kan komen. Verzoeker heeft destijds geen contact opgenomen met de ANWB Alarmcentrale, omdat hij hiertoe fysiek niet in staat was en hieraan ook nooit heeft gedacht.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de declaratie op 8 oktober 2021 is ingestuurd. Het gaat om een particulier ziekenhuis. Destijds was sprake van een pandemie, en verzoeker vertrouwde het overheidsziekenhuis niet. Dus daarom is hij in twee opeenvolgende jaren naar dit ziekenhuis gegaan. Een particulier ziekenhuis brengt hoge kosten in rekening. De tweede keer is de nota afgewezen, omdat geen contact is opgenomen met de alarmcentrale. Verzoeker heeft met zijn klachten er niet aan gedacht om naar de alarmcentrale te bellen en het ging om spoed. De eerste keer zijn de kosten wel vergoed, en toen was de alarmcentrale ook niet gebeld.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de kosten van de opname in Turkije niet worden vergoed. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat verzoeker geen contact heeft opgenomen met de ANWB Alarmcentrale, terwijl dit in de voorwaarden wel als eis wordt gesteld om spoedeisende zorg vergoed te krijgen. Verzoeker heeft in 2020 dezelfde symptomen gehad en dezelfde nota ingediend. Destijds heeft hij wél contact opgenomen met de Alarmcentrale, en de kosten zijn toen vergoed. Onderzocht wordt nog of dit toen terecht is geweest. Verder geldt dat verzoeker geen betaalbewijzen heeft overgelegd van de opname in 2021. Hij heeft bovendien geen bewijs overgelegd in de vorm van bijvoorbeeld vliegtickets waaruit blijkt dat hij in de betreffende periode in Turkije is verbleven. Op de website van het ziekenhuis staat dat de zorg aldaar gratis is, terwijl de nota juist exorbitant hoog is (omgerekend ruim € 4.000,-). De ziektekostenverzekeraar heeft geen contact kunnen leggen met het ziekenhuis waar de behandeling zou hebben plaatsgevonden. Hij heeft vergoeding van de nota afgewezen, omdat de rechtmatigheid van de nota, gelet op het voorgaande, niet kon worden vastgesteld.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de vergoeding terecht is afgewezen. Het betreft een opname van 9 tot en met 12 september 2021. Op basis van de beschikbare informatie is niet vast te stellen dat sprake was van acute zorg. Er is geen contact geweest met de alarmcentrale. Het is aan verzoeker om te stellen en te bewijzen dat sprake was van zorg conform artikel 13 van het Nederlands-Turks verdrag inzake sociale zekerheid. Op grond van dit verdrag bestaat geen aanspraak. Daarom is de declaratie

beoordeeld op grond van artikel 9.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Betrokkene dient bij spoedeisende zorg met opname de alarmcentrale in te schakelen. Die beoordeelt en kan onderhandelen over de prijs en overige voorwaarden. Er is geen contact geweest met de alarmcentrale, en de gevolgen daarvan liggen in de risicosfeer van verzoeker. Het contact met de alarmcentrale is geen formaliteit vanwege een goede beoordeling door een medisch adviseur van de alarmcentrale van de aard en noodzaak van de behandeling en de mogelijkheid te onderhandelen over de kosten. Als er geen contact is opgenomen, gaat de verzekeraar kijken of hij zelf kan beoordelen of sprake was van spoedzorg. De zaak is besproken met de medisch adviseur. De medisch adviseur heeft in het verslag niet gelezen dat sprake was van spoedeisendheid. Er was sprake van planbare zorg, en dan is op grond van artikel 9.3 vooraf toestemming nodig. Deze is niet gevraagd en niet gekregen. Daarom is vergoeding afgewezen. Ten aanzien van de rechtmatigheid van de declaratie merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij meerdere keren informatie heeft opgevraagd, maar deze niet heeft ontvangen. Er zijn twee vrijwel dezelfde nota's gedeclareerd en hiervoor zijn geen betaalbewijzen. Verder is de factuur gedateerd op 10 september 2021. Volgens het verslag lag verzoeker toen nog in het ziekenhuis. Hij is pas ontslagen op 12 september 2021. En de factuurdatum mag niet voor de datum van het ontslag liggen. Op de Instagrampagina van het ziekenhuis heeft de verzekeraar gelezen dat zorg voor Nederlanders gratis is. Zij kon dit niet meer navragen, want het ziekenhuis is inmiddels gesloten. Daarnaast heeft de ANWB verklaard dat dit ziekenhuis op de zwarte lijst staat. In het verslag staat dat verzoeker op verzoek is opgenomen. Maar het is niet duidelijk of dat was op verzoek van hemzelf of van een arts.

- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch-specialistische zorg alsmede die uit het Nederlands-Turks verdrag inzake sociale zekerheid zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. De commissie stelt voorop dat in een situatie als de onderhavige een beroep kan worden gedaan op artikel 13 van het Nederlands-Turks verdrag inzake sociale zekerheid. Waarom dit niet is gebeurd is onduidelijk. Wellicht is dit het gevolg van de keuze van verzoeker voor een particulier ziekenhuis, maar dit ligt in zijn risicosfeer. Waar het de vergoeding ten laste van de zorgverzekering betreft is door de ziektekostenverzekeraar gesteld, en door verzoeker niet weersproken, dat uit de website van het ziekenhuis blijkt dat aldaar gratis zorg wordt verleend. Tevens is door de ziektekostenverzekeraar erop gewezen dat het bedrag van de nota exorbitant hoog is. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat verzoeker precies dezelfde kosten ook in 2020 heeft gemaakt. Deze omstandigheden vormden voor de ziektekostenverzekeraar aanleiding te twifelen aan de rechtmatigheid van de door verzoeker ter declaratie ingediende nota. Ten aanzien van de vraag of die twijfel terecht is, overweegt de commissie dat in artikel 1.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering is geregeld aan welke voorwaarden een nota moet voldoen. Onder andere moet een originele nota worden ingestuurd. Bij de stukken bevinden zich een origineel medisch rapport en een beëdigde vertaling hiervan. Hieruit is af te leiden dat verzoeker in verband met onder andere buikpijnklachten is opgenomen

op 9 september 2021 en op 12 september 2021 uit het ziekenhuis te Sorgun is ontslagen. Bij het rapport bevindt zich een overzicht van de met de opname gemoeide kosten, die totaal 42.718,63 Turkse Lira belopen. Dit is omgerekend (naar de stand van 30 september 2022 volgens www.wisselkoers.nl) € 2.345,70. Verzoeker stelt dit bedrag in contanten te hebben voldaan, maar hiervan geen betalingsbewijzen te hebben.

Gelet op de - gerede - twijfels van de ziektekostenverzekeraar aan de rechtmatigheid van de nota en de hoogte van het door verzoeker contant betaalde bedrag, lag het op de weg van verzoeker aannemelijk te maken dat dit ook daadwerkelijk door hem aan het ziekenhuis werd voldaan. Hierin is hij niet geslaagd. Reeds om die reden is de ziektekostenverzekeraar niet gehouden de desbetreffende nota te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Dat verzoeker geen contact heeft opgenomen met de ANWB Alarmcentrale behoeft geen bespreking meer.

Slotsom

7.3. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 februari 2023,

H.A.J. Kroon

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Uitzonderingen

- Als u met spoed behandeld moet worden
- Als u al met een behandeling bent begonnen
- Als uw pasgeboren kind zorg nodig heeft
- Als u zwanger bent.

1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerd tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.

U vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze lijst vindt u op onze website. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met uw eigen risico of een eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

Acute zorg

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

Huisartsenzorg

Gaat u voor huisartsenzorg zoals vermeld in artikel 11, Huisartsenzorg punt 1, 2 en 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Voor onderzoek dat de huisarts voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek) vergoeden wij de kosten tot maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Verpleging en verzorging en Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging en GGZ niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u uw declaraties online indienen via de Mijn-omgeving of via de Zorg app. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen van u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt. Declareren per post kan ook. U kunt een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:

- Uw naam, adres en geboortedatum
- Soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling
- Naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Op de vergoeding brengen wij een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten

Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemming en/of verwijzing

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan heeft u vooraf onze toestemming nodig. U heeft ook toestemming nodig voor zorg in het buitenland waarvoor dit in de zorgartikelen (artikel 11 tot en met 40) is vermeld. U vindt in deze artikelen ook of u een verwijzing of voorschrift nodig heeft.

Heeft u onze toestemming niet nodig, maar wilt u wel graag vooraf weten of uw behandeling in het buitenland voor vergoeding in aanmerking komt. Dan kunt u ons vragen om dit voor u te beoordelen. Kijk voor meer informatie op onze website.

U heeft geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u in de Zorg App, op uw zorgpas en op onze website.

Artikel 10. Klachten en geschillen

10.1. Heeft u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

10.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.