

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door de E te F, vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg buitenland, consult neurochirurg, onderzoek,
MRI en röntgenfoto; rugoperatie
ziekenvervoer ten behoeve van onderzoek
Zaaknummer : 2008.00190
Zittingsdatum : 25 maart 2009

BINDEND ADVIES

Zaak: 2008.00190, geneeskundige zorg, buitenland, consult neurochirurg, onderzoek, MRI en röntgenfoto; ziekenvervoer ten behoeve van onderzoek

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in deze vertegenwoordigd door E te F,
tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 11 oktober 2006 een rekening van 4 oktober 2006 uit Turkije voor een consult neurochirurgie, een onderzoek, een cervicale MRI en een röntgenfoto, alsmede het ziekenvervoer ten behoeve van onderzoek in verband met een door verzoeker gewenste rugoperatie in Turkije niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgFlexibel polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zvw.
- 3.2. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "Lumbale lordose, hemangioom en spondylose L3, protusie T12-L1, bulging annulus L1-L3 en protusie L3-5". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "het onderzoek door de orthopeed, onderzoek door de neurochirurg, kosten zittend ziekenvervoer voor een neurochirurgisch consult, een MRI, een röntgenfoto en een operatie aan de rug om de zenuwen vrij te leggen en de ruimten tussen de wervellichamen te vergroten" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij e-mail van 11 oktober 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Eind september/begin oktober 2006 hebben de onderzoeken, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 15 november 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn besluit te handhaven.

- 3.5. Bij brief van 6 januari 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 23 april 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 mei 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 mei 2008 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 21 mei 2008 schriftelijk te kennen gegeven eveneens af te zien van het horen.
- 3.9. Bij brief van 9 mei 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 28 mei 2008 heeft het CVZ de commissie geadviseerd vast te stellen of verzoeker de originele nota's heeft ingediend en te beoordelen of verzoeker aanspraak heeft op grond van het Nederlands-Turkse verdrag danwel de zorgverzekering, waarbij de meest gunstige regeling voor verzoeker moet worden toegepast. Een afschrift van het CVZ-advies is met de tussenuitspraak aan partijen gezonden.
- 3.10. Op 25 juni 2008 heeft de commissie een tussenuitspraak gedaan. Daarin is de zorgverzekeraar opdracht gegeven om tot tarifiering in Turkije over te gaan. Hiervoor is hem een termijn van zes maanden gesteld.
- 3.11. Bij brief van 17 december 2008 heeft de zorgverzekeraar de commissie medegedeeld dat aan deze opdracht niet is voldaan.
- 3.12. Bij brief van 10 februari 2009 heeft de commissie de zorgverzekeraar alsnog in de gelegenheid gesteld binnen zes weken met een inhoudelijke reactie te komen.
- 3.13. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 12 februari 2009 medegedeeld dat tarifiering binnen deze termijn niet mogelijk is.
- 3.14. Bij brief van 11 maart heeft de commissie de zorgverzekeraar medegedeeld dat op basis van stukken een bindend advies zal worden uitgebracht.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zijn klachten spoedeisend waren. In verband met uitvalsverschijnselen van het rechterbeen en heel veel pijn heeft de Turkse huisarts, in overleg met de orthopedisch chirurg, besloten verzoeker voor een MRI in te zenden. Gezien de uitslag van het neurochirurgisch consult, was een operatie geïndiceerd.

- 4.2. Ten behoeve van een neurochirurgisch consult moest verzoeker vervoerd worden van Kusadasi naar Izmir.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzoeker al meerdere jaren rugklachten heeft. De ondergane onderzoeken, noch de gewenste operatie zijn daarom spoedeisend, hetgeen wordt ondersteund door de mededeling van de ANWB daaromtrent.
- 5.2. Verzoeker beschikt daarnaast niet over een deugdelijke verwijzing van de huisarts.
- 5.3. Verzoeker heeft voorts geen originele nota's ingezonden. Bovendien is geen vertaling door een beëdigd tolk meegezonden, zoals bedoeld in artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.4. De kosten voor zittend ziekenvervoer komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.5. Indien de zorgverzekeraar, ondanks het bovengestelde, toch tot enige betaling verplicht zou zijn, dan is dat op grond van de polisvoorwaarden slechts het in Nederland geldende tarief, te weten € 296,75 op basis van DBC-prestatiecode 08.11.00.2501.0011.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 8 van de zorgverzekering. Artikel 8.4 lid 1 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Hierin staat, voor zover hier relevant, in lid 1 het volgende vermeld:

“Geneeskundige zorg omvat zorg zoals (...) medisch specialisten (...) plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorende laboratoriumonderzoek (...)”

- 7.2. Voorts wordt in artikel 8.2 ten algemene bepaald:

“De inhoud en omvang van de zorgvormen ter zake waarvan recht op zorg bestaat wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

*Voor de bovenstaande verzekerde prestatie:
Zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, behorend tot het DBC segment B of niet behorend tot het DBC segment B en niet van plastischchirurgische aard*

*Kan verzekerde zich wenden tot: Medisch specialist
Op voorwaarde van: Verwijzing door huisarts, medisch specialist of verloskundige
Prestatiewijze: Restitutie.”*

- 7.3. De hoogte van de vergoeding van de kosten wordt geregeld in artikel 11 onder b en luidt, voor zover in dit kader relevant:

“Zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg overeenkomstig het WTG-tarief, en bij het ontbreken daarvan de kosten voor zover deze de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten.(...)”

- 7.4. Vergoeding van kosten van zorg in het buitenland is geregeld in artikel 13, waarin, voor zover hier van belang, wordt bepaald:

“Ten aanzien van de vergoeding van kosten van zorg in het buitenland wordt toepassing gegeven aan EG-Verordening 1408/71 en, buiten de EU, aan de daarvoor in aanmerking komende verdragsbepalingen.

a. De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van zorg van een aanbieder buiten Nederland conform artikel 11.

(...)

e. In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, volledige vergoeding van kosten van zorg plaats.”

- 7.5. De regeling van de artikelen 8.2, 8.4, 11 en 13 is volgens artikel 2 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.2, lid 2 is bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen worden medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.

- 7.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 7.8. Artikel 13 lid 1 van het Nederlands-Turkse verdrag inzake sociale zekerheid (hierna: het Verdrag) bepaalt dat recht op prestaties bestaat tijdens verblijf in Turkije, indien sprake is van een noodzakelijke onmiddellijke geneeskundige behandeling.

- 7.9. Ten aanzien van de hoogte van de vergoeding oordeelt de commissie als volgt. Onmiddellijk noodzakelijke geneeskundige behandeling, genoten in een Verdragsland, zoals in dit geval Turkije, kan op twee manieren worden vergoed, te weten op grond van hetzij het Verdrag, hetzij de zorgverzekering. In het eerstgenoemde geval dient gedurende het verblijf in Turkije, het tarief te worden vergoed zoals dat is vastgelegd in het Administratief Akkoord dat bij het Verdrag is overeengekomen. In het tweede geval dient door de zorgverzekeraar het in Nederland geldende markt-

conforme tarief te worden vergoed. Door de zorgverzekeraar is een en ander verwoord in artikel 13 van de zorgverzekering. Een redelijke uitleg van de overeenkomst brengt met zich dat voor verzoeker de onder omstandigheden meest gunstige regeling wordt toegepast.

- 7.10. In geschil is niet langer óf verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van het door hem in Turkije ondergane onderzoek en de vervoerskosten van Kusadasi naar Izmir. Bij tussenuitspraak van 25 juni 2008 is die vraag immers al beantwoord. Res-teert nog slechts de kwestie van de hoogte van de vergoeding.
- 7.11. Door de commissie is aan de zorgverzekeraar een termijn van zes maanden gegund voor de tarifiering van de onderhavige nota van 4 oktober 2006 in Turkije. Die termijn is verstreken zonder dat de zorgverzekeraar gemotiveerd heeft gesteld dat en waar-om voor de afwikkeling van het tarifieringsverzoek meer tijd nodig is. De commissie heeft vervolgens bij brief van 11 maart 2009 de zorgverzekeraar medegedeeld dat op basis van het dossier een bindend advies zal worden uitgebracht. Dienaangaande oordeelt de commissie als volgt. De zorgverzekeraar heeft de juistheid van de onderhavige nota niet gemotiveerd bestreden,.Evenmin heeft de zorgverzekeraar gemoti-veerd aangevoerd dat en waarom de hoogte van de onderhavige nota disproportio-neel zou zijn of anderszins niet gedeeltelijk voor vergoeding in aanmerking zou kun-nen komen. Het vorenstaande voert tot de conclusie dat de zorgverzekeraar geen dan wel onvoldoende feiten en omstandigheden heeft gesteld die tot het oordeel kunnen leiden dat de nota van 4 oktober 2006 gedeeltelijk niet voor vergoeding in aanmerking zou kunnen komen, zodat het verzoek in zoverre voor toewijzing gereed ligt.
- 7.12. Op grond van hetgeen hiervoor is overwogen komt de commissie tot het oordeel dat de zorgverzekeraar is gehouden tot volledige vergoeding van de nota van 4 oktober 2006 ad € 969,00 over te gaan. Het meer of anders verzochte wordt afgewezen.

8. Uitspraak

- 8.1. De commissie wijst het verzoek, met in achtneming van hetgeen onder 7.12 is be-paald, toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te ver-goeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 25 maart 2009,

Voorzitter