

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F te G tegen C en E beide te D
Zaak : Turkije, geneeskundige zorg, ontbreken indicatie
Zaaknummer : 2011.00121
Zittingsdatum : 28 september 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009, artt. 6:96 lid 2 en 6:97 BW)

1. Partijen

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

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 kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (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 ComfortPlus en Tand Compleet 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 het linker bovenbeen, uitgevoerd te Bodrum (Turkije), en het daarmee gepaard gaande verblijf (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is ingewilligd. De kosten van het verblijf van 30 juni tot en met 15 juli 2009 komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 7 april 2010 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 22 juni 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 juli 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 juli 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 juli 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft afgezien van de mogelijkheid tot horen.
- 3.8. Bij brief van 22 juli 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 17 augustus 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011074817) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op een verblijf in het ziekenhuis tot 15 juli 2009. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 28 september 2011 in persoon gehoord. Zij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 20 oktober 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 26 oktober 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is op 25 juni 2009 tijdens haar vakantie in Turkije gevallen. In overleg met de ziektekostenverzekeraar is verzoekster opgenomen in een plaatselijk ziekenhuis, waar zij is geopereerd aan haar linker bovenbeen. Verzoekster is in het ziekenhuis verbleven tot haar repatriëring op 15 juli 2009. Volgens de ziektekostenverzekeraar had verzoekster geen indicatie voor het verblijf vanaf 30 juni 2009 tot en met 15 juli 2009. Verzoekster kon echter op 30 juni 2009 nog niet op normale wijze vliegen. Ook was het niet mogelijk terug te gaan naar de oorspronkelijke accommodatie. Bovendien was volgens een arts in Nederland wel een indicatie aanwezig voor de gehele opnameduur. Als gevolg van de beslissing van de ziektekostenverzekeraar blijft een bedrag van € 7.000,- voor eigen rekening. Verzoekster wenst tevens vergoeding van de in verband met de procedure gemaakte kosten.
- 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 voert aan dat verzoekster op 30 juni 2009 is ontslagen uit het ziekenhuis. De behandelend arts heeft haar het advies gegeven terug te vliegen naar Nederland, en twee stoelen te boeken. Hij heeft hierbij geen melding gemaakt van een medisch risico voor vervoer. Verzoekster heeft echter, in afwachting van de repatriëring door de reisverzekeraar op 15 juli 2009, ervoor gekozen het verblijf in het ziekenhuis te verlengen. Voor dit verblijf van 30 juni tot en met 15 juli 2009 had zij geen medische indicatie. De kosten hiervan blijven daarom voor haar rekening.

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 volledig 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 2 van de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“medisch specialistisch onderzoek, behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging in een ziekenhuis. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging en paramedische zorg, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. (...)”

8.4. Artikel 13 van de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

- “1. De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg naar de omvang als omschreven in artikel 7 van de Algemene voorwaarden van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.
2. De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:

- a. aanspraak op zorg dan wel vergoeding van kosten van zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
 - b. aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform art. 7 van de Algemene voorwaarden.
 - 3. De verzekerde die woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een zorgverlener of instelling zou zijn verleend.”
- 8.5. Artikel 7 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:
- “Vergoeding van kosten van zorg, als in deze zorgverzekering omschreven, omvat de vormen van zorg die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de Wet, het Besluit zorgverzekering, de regeling zorgverzekering en de [naam ziektekostenverzekeraar] reglementen. (...) U ontvangt slechts vergoeding van de kosten van zorg voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.(...)”*
- 8.6. De artikelen 2 en 13 van de ‘lijst van aanspraken’ van de zorgverzekering en artikel 7 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 4 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van 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 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.8. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Niet in geschil is dat de operatie die verzoekster heeft ondergaan een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat zij hiervoor ten tijde van de ingreep een indicatie had. Ook het daarmee gepaard gaande verblijf van 25 juni tot 30 juni 2009 staat niet ter discussie. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of verzoekster een indicatie had voor het verblijf van 30 juni tot en met 15 juli 2009.

- 9.2. De medisch adviseur van het CVZ heeft uit de stukken opgemaakt dat de verwachting van de behandelend arts op 29 juni 2009 was dat verzoekster de daaropvolgende dag voldoende hersteld zou zijn, en kon worden gerepatrieerd. Dit bleek echter niet het geval te zijn. Verzoekster bleef last houden van een lekkende wond, die driemaal daags moest worden verschoond. Zij was nog niet mobiel. Ook de psychische toestand van verzoekster was er niet naar om te worden gerepatrieerd. Het CVZ is daarom van mening dat het verblijf van 30 juni tot en met 15 juli 2009 redelijkerwijs was aangewezen. De commissie volgt het advies van het CVZ, en maakt de conclusie hiervan tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Schadevergoeding

- 9.4. Ten aanzien van procedures voor de commissie geldt als uitgangspunt dat kosten van rechtsbijstand in beginsel voor rekening van partijen blijven, aangezien met de onderhavige wijze van geschilbeslechting is getracht een voorziening met een laagdrempelig karakter te creëren. Dat karakter zou verloren kunnen gaan indien partijen het risico lopen te worden geconfronteerd met kosten van rechtsbijstand die mogelijk meer bedragen dan het financiële belang in de hoofdzaak. De commissie ziet aanleiding tot afwijking van dit uitgangspunt gezien de bijzondere omstandigheden van het onderhavige geval. De door verzoekster overgelegde declaratie biedt de commissie echter in de door haar advocaat voor afdoening buiten rechte verrichte werkzaamheden onvoldoende inzicht om op basis daarvan te komen tot een integrale toewijzing van het hierin genoemde bedrag. Nu de omvang van de schade niet nauwkeurig kan worden vastgesteld, stelt zij deze in goede justitie vast op een bedrag van € 500,00.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover het de aanspraak betreft. De kosten van rechtsbijstand dienen te worden vergoed tot een bedrag van € 500,--. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe voor zover het de aanspraak betreft. De kosten van rechtsbijstand dienen te worden vergoed tot een bedrag van € 500,--. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 9 november 2011,

Voorzitter