

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E  
en F, beide te G  
Zaak : Turkije, geneeskundige zorg, MRI-scan  
Zaaknummer : 2012.02928  
Zittingsdatum : 7 augustus 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10 en 11 Zvw, art. 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, art. 13 lid 1 Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te D,

tegen

1) E te G, en

2) F te G,

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 verzekering ZorgZó (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 ExtraVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten verzekering TandVerzorgd 3 is niet in geschil, en blijft om die reden 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 een MRI-scan, uitgevoerd te Antalya (Turkije) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 februari 2012 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 22 juli 2012 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 16 april 2013 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 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 juni 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 juni 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 juni 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 juli 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 5 juni 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 juni 2013 (zaaknummer 2013068980) heeft het CVZ de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen (spoedeisende) indicatie voor een MRI-scan aanwezig was. Uit het dossier zijn geen aanwijzingen voor acute uitvalsverschijnselen gebleken. Een afschrift van het CVZ-advies is op 16 juli 2013 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Van de geboden gelegenheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster kreeg tijdens haar vakantie in Turkije hevige rugpijn. Zij heeft zich, vergezeld door haar echtgenoot, per taxi naar het ziekenhuis in Antalya laten vervoeren. Onderweg is door haar echtgenoot contact opgenomen met de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar, en is de situatie uitgelegd. De arts in het ziekenhuis adviseerde een MRI-scan te laten uitvoeren. Hierop heeft de echtgenoot van verzoekster wederom contact opgenomen met de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar om te informeren of hiervoor een akkoordverklaring kon worden gegeven. Nadat verzoeksters identiteit was vastgesteld, werd medegedeeld dat de beslissingsbevoegde persoon niet aanwezig was, en dat verzoekster en haar echtgenoot zouden worden teruggebeld. Aangezien het ziekenhuis verzoekster had ingepland voor de MRI-scan en zij hevige pijn had, heeft de echtgenoot van verzoekster later nogmaals zelf contact opgenomen met de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar. Er werd hem medegedeeld dat de beslissingsbevoegde persoon nog steeds niet aanwezig was. Inmiddels drong het ziekenhuis aan op een beslissing, en bleef de pijn bij verzoekster aanhouden. Uiteindelijk is door de echtgenoot van verzoekster ingestemd met het uitvoeren van de MRI-scan. De arts diagnosticeerde een hernia, waarop pijnbestrijding volgde.
- 4.2. De kosten van de MRI-scan dienen te worden vergoed. Er is sprake van medisch noodzakelijke zorg. Verzoekster heeft gehandeld volgens de geldende regels. Zij heeft vertrouwd op de deskundigheid van de Turkse arts. Het is onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar enkel op basis van telefoongesprekken kan bepalen dat geen sprake was van medische noodzaak. Verzoekster betoogt dat nimmer door een medewerker van de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar om een medisch

rapport is gevraagd.

- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Spoedeisende zorg is zorg die niet kan wachten tot na terugkeer in Nederland. Bij spoedeisende zorg tijdens verblijf in het buitenland krijgt een verzekerde service en ondersteuning van de alarmcentrale. De alarmcentrale verzorgt onder andere contacten met de behandelend artsen, repatriëring en garantiestelling indien nodig (artikel B9 van de zorgverzekering). De alarmcentrale kan beoordelen welke zorg spoedeisend is en welke niet.
- 5.2. Binnen de zorgverzekering is de ziektekostenverzekeraar bij het vergoeden van behandelingen strikt gebonden aan hetgeen is bepaald in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid. Uit deze regelgeving vloeit voort dat verzoekster enkel aanspraak kan maken op zorg en diensten voor zover zij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De vraag of een verzekerde een bepaalde vorm van zorg of dienst nodig heeft, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord (artikel B5 van de zorgverzekering).
- 5.3. In artikel 2.2 lid 2 sub b Besluit zorgverzekering staat dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering worden gebracht “de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten”. Daarmee heeft de wetgever tot uitdrukking willen brengen dat de kostenvergoeding op basis van een zorgpolis voor zorg in het buitenland nooit meer kan zijn dan de vergoeding voor de behandeling in Nederland.
- 5.4. Verzoekster is tijdens haar vakantie in Turkije door haar rug gegaan. Op 21 december 2011 heeft de echtgenoot van verzoekster telefonisch contact opgenomen met de alarmcentrale. In dat gesprek is verteld dat verzoekster met rugklachten in het ziekenhuis was en dat de arts een MRI-scan wilde maken. De medewerker van de alarmcentrale heeft verteld dat een medisch rapport nodig is om te beoordelen of er een medische noodzaak bestaat voor het laten maken van een MRI-scan. Dezelfde dag heeft een medewerker van het Turkse ziekenhuis contact opgenomen met de alarmcentrale om te vragen of er een garantie kon worden afgegeven voor de MRI-scan. Er is geantwoord dat hiervoor geen garantie werd afgegeven. Wel is een garantie afgegeven voor het consult en de daarbij behorende kosten. Een en ander is gebaseerd op de gegevens van het ziekenhuis. Verzoekster was zodoende ervan op de hoogte dat een goedkeuring moest komen voor de MRI-scan. Ook het ziekenhuis is hierover ingelicht. Desondanks heeft de MRI-scan plaatsgevonden. Verzoekster heeft hierdoor bewust een financieel risico genomen.
- 5.5. Uit het medisch rapport van verzoekster blijkt niet dat sprake was van een spoedeisende situatie die het uitvoeren van een MRI-scan noodzakelijk maakte. De MRI-scan heeft dan ook geen meerwaarde met betrekking tot het verhelpen van de pijnklachten van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar verwijst in deze naar artikel B5 van de zorgverzekering.

5.6. De kosten van het consult en van de pijnbestrijding zijn op basis van artikel 13 lid 1 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid volledig vergoed als zijnde spoedeisende zorg. De MRI-scan heeft drie dagen na het ontstaan van de pijnklachten plaatsgevonden. Zowel een medisch adviseur van de alarmcentrale als een medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar kwamen tot de conclusie dat geen sprake was van spoedeisendheid. Door het consult en de spuiten was verzoekster in voldoende mate ter plekke geholpen. Verder onderzoek had ook in Nederland kunnen plaatsvinden. Vergoeding van de MRI-scan is derhalve niet aan de orde.

5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B9 tot en met B36 van de zorgverzekering. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van medisch specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“(…)

### **Welke zorg**

*U heeft recht op vergoeding van kosten van:*

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek.

“(…)

### **Welke zorgaanbieder**

*U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat specialistische zorg biedt. Let op: zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van specialistische zorg.*

**Verwijzing en toestemming**

*U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische zorg als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, kaakchirurg of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts). (...) Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig. (...)*

Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

*“(...)*

*Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-Verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing. Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden.*

**Welke zorg**

*U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg van een buitenlandse zorgaanbieder. (...) Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:*

*- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of*

*(...)*

*- recht op vergoeding van kosten van zorg tot maximaal het geldende Wmg-tarief als de zorg in Nederland zou zijn verleend, of tot een in Nederland geldend marktconform bedrag.*

*(...)*

**Toestemming**

*(...) Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.*

*Als u in het buitenland bent en u heeft daar zorg nodig dan kunt u bellen met de alarmcentrale op [telefoonnummer]. Dit telefoonnummer staat ook op uw zorgpas. De alarmcentrale is dag en nacht bereikbaar. Schakelt u de alarmcentrale in bij spoedeisende zorg.*

*(...)”*

Artikel B5 van de zorgverzekering betreft de indicatie en doelmatigheid. Dit artikel luidt:

*“Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet ‘redelijkerwijs zijn aangewezen’ op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.”*

- 8.3. De artikelen B5, 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 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.
- Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

- 8.5. 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.
- 8.6. In artikel E8 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland geregeld. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

***“E8 Buitenland***

*Bij spoedeisende zorg tijdens verblijf in het buitenland krijgt u service en ondersteuning van de Alarmcentrale van [naam ziektekostenverzekeraar]. De Alarmcentrale verzorgt onder andere contacten met behandelend artsen, repatriëring en garantiestellingen.(...)*

***E8.1 Spoedeisende zorg en geneesmiddelen***

*U krijgt een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt uit de Basisverzekering. U kunt daarover meer lezen onder B9. De aanvulling is het verschil tussen de vergoeding uit de Basisverzekering en de in rekening gebrachte kosten.  
(...)*

*ExtraVerzorgd 3*

*Ja  
(...)*

*U krijgt vergoeding voor zorg als:*

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

*Let op*

*U krijgt geen vergoeding voor de kosten van ziekenhuisopnames die niet of niet direct bij de Alarmcentrale van [naam ziektekostenverzekeraar] zijn gemeld.  
(...)*

- 8.7. Artikel 13 lid 1 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid (Trb. 1966, 155) bepaalt:

*“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. Verzoekster heeft in Turkije, naar aanleiding van rugpijn, in een ziekenhuis een consult, pijnbestrijding en een MRI-scan gehad. De kosten van het consult en de pijnbestrijding zijn vergoed op basis van artikel 13 lid 1 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid. Zo niet de kosten van de MRI-scan. Kennelijk is door het ziekenhuis geoordeeld dat ter zake geen sprake was van een noodzaak tot onmiddellijke geneeskundige behandeling als bedoeld in artikel 13 lid 1 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid. Dat het anders zou zijn, is in de procedure gesteld noch gebleken. Een eventuele vergoeding zal daarom moeten zijn gebaseerd op de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. De zorgverzekering kent in beginsel werelddekking (artikel B9 van de zorgverzekering). Artikel B24 van de zorgverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch specialistische zorg. Onderdeel van deze zorg zijn onderzoek en diagnostiek.  
De kosten van de MRI-scan zijn, als gezegd, niet vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertoe gesteld dat de MRI-scan niet medisch noodzakelijk was, en dat een MRI-scan geen meerwaarde heeft in het kader van het verhelpen van pijnklachten. De commissie begrijpt dit aldus dat de indicatie niet in geschil is, maar dat de ziektekostenverzekeraar stelt dat de MRI-scan niet doelmatig is.
- 9.3. De vraag of bepaalde zorg voor een verzekerde doelmatig is, is - gelet op de Memorie van Toelichting bij artikel 14 Zvw - voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. De commissie komt in zodanige situatie slechts een marginale toetsing toe.  
Door verzoekster is gesteld dat zij heeft vertrouwd op de deskundigheid van de Turkse arts. Deze achtte een MRI-scan noodzakelijk. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn stellingen, zoals verwoord onder 9.2, niet verder onderbouwd. Dat de MRI-scan geen meerwaarde heeft – omdat uiteindelijk kon worden volstaan met pijnbestrijding - is in zekere zin wijsheid achteraf. Eerst na de diagnostiek kon immers worden bepaald dat bijvoorbeeld operatief ingrijpen niet noodzakelijk was.  
De commissie is daarom van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar niet in redelijkheid heeft kunnen oordelen dat het uitvoeren van de MRI-scan in verzoeksters situatie niet doelmatig was. De ziektekostenverzekeraar dient de kosten van de MRI-scan derhalve alsnog te vergoeden met inachtneming van het bepaalde in artikel B9 van de zorgverzekering ten aanzien van de hoogte van de vergoeding.

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland. De vergoeding is een aanvulling op de vergoeding die wordt verleend ten laste van de zorgverzekering, en bedraagt het verschil tussen laatstgenoemde vergoeding en de in rekening gebrachte kosten.
- 9.5. Nu onder 9.3 is geoordeeld dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de MRI-scan alsnog dient te vergoeden ten laste van de zorgverzekering, zal hij op grond van artikel E8 van de aanvullende ziektekostenverzekering tevens een aanvulling moeten verlenen tot het bedrag dat door het ziekenhuis voor de MRI-scan in rekening is gebracht.

## **Conclusie**

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
- 10. Het bindend advies
  - 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
  - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 7 augustus 2013,

Voorzitter