

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Turkije, geneeskundige zorg, operatie in verband met endometrio-
se
Zaaknummer : 2009.02701
Zittingsdatum : 19 januari 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 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 2 oktober 2009 de kosten verbonden aan een operatie in verband met endometriose, ondergaan te Adana (Turkije) (hierna: de aanspraak) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie 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).
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 15 oktober 2009 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 3 augustus 2010 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 11 november 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 november 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 november 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 12 november 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 26 november 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010135347) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit het dossier niet blijkt dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de betreffende operatie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 januari 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 20 januari 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 25 januari 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 stelt dat zij sinds enige tijd kampt met endometriose. Daarvoor is zij onder behandeling bij een gynaecoloog in Nederland. Omdat verzoekster eerst zwanger wilde worden, is de operatie aan de cysten uitgesteld tot eind 2009. Verzoekster is met vakantie gegaan naar Turkije. Op 18 augustus 2009 ondervond verzoekster ernstige pijnklachten, waarop zij een arts in Turkije heeft geconsulteerd. Deze achtte een operatie noodzakelijk. Verzoekster heeft eerst getracht of het mogelijk was met behulp van pijnstillers terug te reizen naar Nederland. Dit bleek echter geen optie te zijn. De zus van verzoekster heeft contact opgenomen met de Alarmcentrale, die haar niet goed heeft geholpen. Op 21 augustus 2009 heeft de operatie waarop verzoekster aanspraak maakt plaatsgevonden.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zijn verweer meerdere malen heeft gewijzigd. De laatste afwijzingsgrond was het niet spoedeisend zijn van de zorg. Het feit dat verzoekster niet direct is geopereerd, ligt aan de slechte communicatie. Haar zus heeft voor haar toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft onderzoek gedaan, maar daarbij alleen de huisarts geraadpleegd. Men kon het medisch dossier niet inzien. De Turkse arts raadde aan om verder te gaan met de behandeling. Verzoekster is niet naar de Eerste Hulp gegaan, omdat zij dan waarschijnlijk haar eierstokken kwijt zou raken. Ver-

zoekster stelt vier dagen lang met pijn op bed te hebben gelegen.

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. De ziektekostenverzekeraar stelt dat uit het verslag van de operatie en de verklaring van de Alarmcentrale blijkt dat geen sprake was van spoedeisende zorg. Verzoekster heeft op 18 augustus 2009 contact opgenomen met een arts, en is eerst op 21 augustus 2009 geopereerd. Verzoekster had geen verwijzing van een arts in Nederland voor de operatie in Turkije, zodat zij geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten daarvan ten laste van de zorgverzekering.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat bij contact met de Alarmcentrale geen toestemming is gegeven om gegevens bij de arts op te vragen. Het operatieverslag biedt geen beeld van een spoedeisende operatie. Ook blijkt niet van een indicatie voor een operatie op dat moment.

5.3. 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, verpleeghuisarts of een bedrijfsarts, als de klachten met uw werk te maken hebben. Voor spoedeisende zorg heeft u geen verwijzing nodig. (...)

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 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. (...)”

- 8.3. De artikelen 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 zorgverlener 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 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. De operatieve verwijdering van cysten bij endometriose vormt een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Gelet op de verklaring van de gynaecoloog van verzoekster van 10 september 2010 was verzoekster voorafgaand aan de vakantie naar Turkije geïndiceerd voor deze ingreep. De vraag die partijen verdeeld houdt, is of de pijnklachten die verzoekster in Turkije ondervond ertoe leidden dat de operatie niet langer kon worden uitgesteld. Mocht dit niet het geval zijn, dan wordt geconcludeerd dat sprake was van een gezondheidstoestand waardoor onmiddellijke geneeskundige

behandeling noodzakelijk was, en kunnen de kosten van de ingreep worden vergoed conform de in Turkije van toepassing zijnde socialeziektekostenverzekering, een en ander op basis van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid (Trb. 1966, 155). Voor zover vergoeding volgens het verdrag niet mogelijk is, dient te worden nagegaan of sprake is van spoedeisende zorg in de zin van artikel B24 van de zorgverzekering.

- 9.2. De commissie is van oordeel dat niet gebleken is dat de gezondheidstoestand van verzoekster onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakte. Voorts is de commissie – gelet op het medisch rapport van 21 augustus 2009 – van oordeel dat geen sprake was van spoedeisende zorg in de zin van artikel B24. Verzoekster heeft immers op 18 augustus 2009 een arts geconsulteerd en is eerst op 21 augustus 2009 geopereerd.
- 9.3. Volgens artikel B24 van de zorgverzekering is bij een operatie die niet spoedeisend is een voorafgaande verwijzing van een huisarts, medisch specialist, verloskundige, kaakchirurg, verpleeghuisarts of bedrijfsarts vereist. Een dergelijke verwijzing bevindt zich niet in het dossier. Ook anderszins is niet gebleken dat een verwijzing heeft plaatsgevonden naar een arts in Turkije. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de ingreep, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 februari 2011,

Voorzitter