

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Turkije, geneeskundige zorg, hydrocefalie, spoedeisend, indicatie,
second opinion, geldige verwijzing
Zaaknummer : 2012.01426
Zittingsdatum : 12 juni 2013

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 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, art. 13 Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw).

Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 3 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een operatie aan de hersenen, uitgevoerd te Adana (Turkije) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 januari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij onvoldoende informatie had om de aanvraag te kunnen inwilligen. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij verzocht om een afschrift van een verwijzing door een huisarts of medisch specialist.

3.2. Verzoeker heeft de kwestie voorgelegd aan de SKGZ. De SKGZ heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 20 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.4. Bij brief van 30 januari 2013 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 april 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 april 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 april 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 mei 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 19 april 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 17 mei 2013 (zaaknummer 2013054866) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is gebleken dat sprake was van een spoedeisende situatie waarin de uitgevoerde operatie noodzakelijk was. Niet aangetoond kan worden dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op behandeling in Turkije. Een afschrift van het CVZ-advies is op 21 mei 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 verzoeker
 - 4.1. De Turkse arts heeft met betrekking tot verzoeker het volgende verklaard: *“De mannelijke patiënt van 66 jaar werd met spoed onderzocht vanwege verregerende evenwichtsstoornissen, moeite met lopen en slechtziendheid, waarbij hydrocephalus communicans werd vastgesteld. Op 24.08.2011 werd een ventriculo-peritoneale drain toegepast, vanwege proximaal en dysfunctie werd op 09.09.2011 een revisie gedaan en werd het 3 (drie) maandenlijks vervolgen juist geacht. (...)”*
 - 4.2. Verzoeker heeft sinds 2010 lichamelijke klachten waarvoor hij onder behandeling is bij een ziekenhuis in Nederland. Tijdens zijn vakantie in Turkije is verzoeker op 19 augustus 2011 flauwgevallen en naar het ziekenhuis gebracht. Daar stelde men vast dat bij verzoeker sprake was van hydrocefalie en besloten is toen een operatie in te plannen. Verzoeker is hierop teruggegaan naar zijn appartement in Anamur. Op 22 augustus 2011 viel hij wederom flauw. Hij is toen met spoed naar het ziekenhuis gebracht, en die dag hebben verschillende onderzoeken plaatsgevonden. Naar aanleiding van de uitkomst van die onderzoeken is besloten verzoeker op 24 augustus 2011 te opereren.

- 4.3. Gelet op de gang van zaken is verzoeker van mening dat sprake is geweest van spoedeisende zorg, die ten laste van de zorgverzekering dient te komen. De ziektekostenverzekeraar stelt ten onrechte dat het om geplande zorg ging.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Verzoeker is in Nederland van 26 tot en met 30 april 2011 opgenomen geweest op de afdeling neurochirurgie. De reden van opname was verdenking van normal pressure hydrocephalus. Bij verzoeker is een externe lumbale drain geplaatst om te kijken of dit effect zou hebben op met name de loopstoornissen. Op 19 mei 2011 is verzoeker voor controle teruggegaan naar de neurochirurg. Met hem en zijn familie is uitgebreid overleg gevoerd, en uiteindelijk is besloten dat te weinig verbetering door de drain was opgetreden om een operatie te rechtvaardigen. Hieruit is op te maken dat verzoeker in redelijkheid niet was aangewezen op de zorg zoals deze later in Turkije is verleend.
 - 5.2. Van de Turkse arts zijn geen medische gegevens beschikbaar waaruit de spoedeisendheid van de operatie blijkt. In een telefoongesprek van 3 februari 2012 met de dochter van verzoeker is om aanvullende informatie gevraagd. Tot op heden heeft de ziektekostenverzekeraar de gevraagde informatie niet ontvangen.
 - 5.3. Uit de stukken blijkt dat verzoeker op 19 augustus 2011 voor het eerst een arts in Turkije bezocht. Pas op 24 augustus is hij geopereerd. In de tussenliggende periode is verzoeker niet opgenomen geweest. Hieruit is op te maken dat geen sprake was van spoedeisende zorg. Dit klemt temeer aangezien het materiaal voor de operatie is besteld op 19 augustus 2011. Indien de operatie op 24 augustus spoedeisend was geweest, ligt het niet voor de hand dat het materiaal hiervoor al op 19 augustus was besteld.
 - 5.4. Verzoeker is van 23 augustus 2011 tot en met 26 augustus 2011 opgenomen geweest in het Privé Ortopedia Ziekenhuis. Op grond van artikel B9 van de zorgverzekering is voor de aanspraak op (vergoeding van) intramurale zorg voorafgaande toestemming vereist. Verzoeker heeft voorafgaand aan de ingreep geen toestemming gevraagd of gekregen van de ziektekostenverzekeraar.
 - 5.5. In artikel B24 van de zorgverzekering is opgenomen dat een verwijzing van een huisarts of medisch specialist nodig is. Verzoeker heeft geen verwijzing overgelegd van zijn huisarts of medisch specialist.
 - 5.6. 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 is de commissie 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 zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Welke zorg

U heeft recht op:

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

8.4. 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 buitenlandse 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. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is. 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 zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of*
- *vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)*”

8.5. 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).

- 8.6. 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 zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.7. 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.
- 8.8. Artikel E8 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“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.”

- 8.9. 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. Gelet op artikel 13 lid 1 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid heeft verzoeker aanspraak op (vergoeding van de kosten van) zorg wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. Vast staat dat verzoeker, toen hij zich bij het ziekenhuis meldde, niet direct is geopereerd, maar dat de operatie enkele dagen later plaatsvond. Om die reden kan niet worden aangenomen dat de zorg *onmiddellijk* noodzakelijk was, zoals voormeld artikel 13 bepaalt. Aangezien aan deze voorwaarde niet is voldaan heeft verzoeker geen

aanspraak op vergoeding van de kosten van de zorg op basis van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid. Rest de vraag of aanspraak bestaat op vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat de aan verzoeker verleende zorg een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Hetgeen hen verdeeld houdt, is in de eerste plaats de vraag of verzoeker hiervoor een indicatie had. De ziektekostenverzekeraar heeft in dat kader aangevoerd dat de behandelend arts in Nederland – die verzoeker enige maanden daarvoor had onderzocht – een operatie niet noodzakelijk achtte, omdat een eerder geplaatste externe drain te weinig resultaat opleverde. Kennelijk deelde verzoeker de mening van de Nederlandse arts niet, en heeft hij zich gewend tot een Turkse arts. De Turkse arts achtte een operatie wel aangewezen. Hierover merkt de commissie het volgende op.
- 9.3. De zorgverzekering biedt dekking voor een second opinion. Een vereiste hiervoor is dat met het resultaat van de second opinion wordt teruggegaan naar de behandelend arts, tenzij dit niet kan worden gevegd. In het onderhavige geval is het laatste niet aannemelijk gemaakt. Verzoeker is – nadat in Turkije onderzoek had plaatsgevonden – aldaar geopereerd. Hij is met de onderzoeksresultaten van de Turkse arts niet teruggegaan naar zijn arts in Nederland. Ook is niet gebleken dat de behandelend arts in Nederland de behandeling heeft overgedragen aan de arts in Turkije. Onder de gegeven omstandigheden kan niet worden gesproken van een second opinion, zodat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten hiervan, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.4. Waar het gaat om de uitgevoerde operatie heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker – naast het ontbreken van een indicatie – tegengeworpen dat geen sprake is geweest van een geldige verwijzing door een huisarts of medisch specialist. Het ontbreken van een verwijzing is meer dan een formeel gebrek. Het verwijzingsvereiste is een middel waarmee de huisarts zijn functie als poortwachter kan waarmaken. Als een verwijzing ontbreekt, bestaat de mogelijkheid dat de huisarts vindt dat de patiënt in redelijkheid niet is aangewezen op de gevraagde specialistische behandeling. Tevens kan de huisarts op goede gronden een verwijzing naar een specifieke arts weigeren, als de huisarts die specifieke arts onvoldoende bekwaam acht, of twijfels heeft over de kwaliteit van de indicatiestelling of het wetenschappelijke gehalte van de specialist, bij wie zijn patiënt zich onder behandeling heeft gesteld. Uit het dossier blijkt niet dat verzoeker beschikt over een geldige verwijzing van een huisarts of medisch specialist. De kosten van de in Turkije uitgevoerde ingreep komen reeds daarom niet voor vergoeding in aanmerking.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt een aanvullende dekking voor zorg die in het buitenland is genoten en die gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering is vergoed. Aangezien verzoeker geen aanspraak heeft op een (gedeeltelijke) vergoeding vanuit de zorgverzekering, bestaat tevens geen aanspraak op een vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering.

Conclusie

9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 juni 2013,

Voorzitter