

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E tegen C te D
Zaak : Turkije, geneeskundige zorg, verwijzing huisarts
Zaaknummer : 2010.00281
Zittingsdatum : 11 augustus 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk, en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10, 11, 13 en 14 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door E
tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van de ter declaratie ingediende nota's voor geneeskundige zorg in Ankara, Turkije, (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 5 mei 2009 is afgewezen.

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 Basisverzekering (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 AV-Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde en blijft daarom verder onbesproken. Beide 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 22 december 2008 (waarschijnlijk is hier 22 december 2009 mee bedoeld) heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt 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 26 maart 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 (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 28 mei 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 juni 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 3 juni 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 juli 2010 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 1 juni 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 24 juni 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010072098) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen, met uitzondering van de kosten van het eerste consult aangezien ten tijde van dat consult sprake was van spoedeisende hulp waarvoor geen verwijzing van de huisarts noodzakelijk was. Uit de stukken is niet gebleken van medisch inhoudelijke redenen voor het uitvoeren van de resterende onderzoeken. 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 11 augustus 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 12 augustus 2010 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 25 augustus 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is van 12 tot 27 maart 2009 voor familiebezoek in Ankara geweest. Op 15 maart 2009 kreeg zij last van koorts, rode ogen en oververmoeidheid. Haar zwager vond deze klachten zo ernstig dat hij haar op 16 maart 2009 naar het ziekenhuis heeft gebracht. Na uitgebreid onderzoek werd geconstateerd dat verzoekster reuma heeft en problemen met haar cholesterolgehalte, bloeddruk, lever en suikerspiegel. Haar werden medicijnen voorgeschreven, maar een opname was niet noodzakelijk.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de ter declaratie ingediende nota's voor voornoemde zorg uiteindelijk afgewezen, omdat verzoekster niet was doorverwezen door een huisarts. In Turkije is het echter gebruikelijk om met medische klachten direct naar het ziekenhuis te gaan. Daarbij komt dat in Turkije vrijwel geen huisartsen zijn.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd, dat de ziektekostenverzekeraar de ter declaratie ingediende nota's in eerste instantie heeft afgewezen, omdat zij

geen verwijzing van een huisarts had. Nu is de afwijzingsgrond dat er geen sprake is van een spoedeisende behandeling. Verzoekster bestrijdt deze argumenten van de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster benadrukt dat de zorg in Turkije anders geregeld is dan in Nederland. Desgevraagd ** verzoekster dat de kosten van het eerste consult naar schatting een bedrag van € 60,-- bedraagt. Verzoekster benadrukt dat echter het volledige bedrag van ongeveer € 600,-- gevorderd wordt.

4.4. 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 op grond van de zorgverzekering medisch specialistische zorg alleen vergoed wordt indien sprake is van een verwijzing door een huisarts. Dat medische zorg in Turkije anders is geregeld dan in Nederland, doet hier niet aan toe of af. Inwoners van Turkije die volgens de Turkse staatszorg verzekerd zijn, hebben op grond van hun verzekering niet de plicht eerst naar een huisarts te gaan. Zij wendden zich doorgaans direct tot een staatsziekenhuis. Het is de ervaring van de Nederlandse consul in Ankara dat Nederlandse toeristen meteen naar een duur privéziekenhuis gaan en de Turkse staatsinstellingen mijden. Anders dan verzoekster stelt, zijn in Ankara genoeg huisartsen beschikbaar. Dit is bevestigd door diverse medewerkers van de ziektekostenverzekeraar die van Turkse origine zijn en tevens door de Nederlandse consul.

5.2. Verzoekster is op eigen initiatief naar een universiteitsziekenhuis gegaan en heeft zich uitvoering, gedurende meerdere dagen, laten onderzoeken. Verzoekster heeft ruim de tijd gehad om contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar, maar heeft dit nagelaten. Uit de stukken blijkt niet wat de diagnose is geweest voor de onderzoeken noch dat sprake was van een spoedeisende oorzaak. Eén van de onderzoeken is een mammagrafie, zonder dat gebleken is van een medische indicatie voor dit onderzoek. Een mammagrafie past echter uitstekend in een algehele check-up; de onderzoeken die verzoekster heeft laten uitvoeren doen daar ook sterk aan denken. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster verzocht nadere medische informatie over te leggen, maar heeft niets van haar ontvangen.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat hij niet beschikt over voldoende informatie om tot een goede beoordeling te kunnen komen. Normaal gesproken wordt een eerste consult bij een huisarts of medisch specialist vergoed; het is echter onduidelijk om welke medisch specialist het hier gaat. Gezien het voorlopig advies van het CVZ is de ziektekostenverzekeraar echter bereid de kosten van het eerste consult te vergoeden. Hoewel een eerste consult in Nederland ongeveer € 22,-- bedraagt, is de ziektekostenverzekeraar desgevraagd bereid een bedrag van € 60,-- te vergoeden voor het eerste consult.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is de vraag of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van medisch-specialistische zorg verleend in Ankara (Turkije), zonder verwijzing van een huisarts, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
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 11 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 32 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorg in het buitenland bestaat, en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:
- “lid 1 De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg door een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgverlener of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgverlener of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde in artikel 6 lid 4 en het Reglement Restitutie.*
lid 2 De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:
a. aanspraak op 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 zorg door een zorginstelling of zorgverlener die door zijn zorgverzekeraar in het woonland of het land van verblijf is gecontracteerd;
c. aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde in het Reglement Restitutie.
(...)”
- 8.3. In artikel 12 van de zorgverzekering is de aanspraak op medisch-specialistische zorg opgenomen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:
- “Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg. (...)”*
- 8.4. De artikelen 12 en 32 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

In artikel 13 Zvw is bepaald dat als een verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.

- 8.6. 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. Verzoekster heeft een in het Turks gestelde verklaring van de behandelend arts overgelegd. De nota's zijn eveneens in het Turks gesteld. Verzoekster heeft geen vertaling van voornoemde stukken overgelegd, ook niet nadat de commissie daarom heeft verzocht. Deze stukken worden daarom buiten de beoordeling van het geschil gelaten.
- 9.2. De door verzoekster genoten zorg behoort tot de medisch specialistische zorg, zodat overeenkomstig artikel 12 van de zorgverzekering een verwijzing door één van de aldaar genoemde zorgverleners is vereist. Voor acute zorg is evenwel geen verwijzing vereist. Door het CVZ is in zijn advies van 24 juni 2010 overwogen dat het niet onredelijk is dat verzoekster, "uit ongerustheid vanwege blijkbaar ernstiger klachten dan zij gewend was, in deze situatie en in dit land, rechtstreeks naar een ziekenhuis is gegaan voor een eerste consult". Deze overweging neemt de commissie over en maakt zij tot de hare. Voor dit eerste consult is daarom op grond van de polisvoorwaarden geen verwijzing vereist. De kosten van dit eerste consult komen daarom voor vergoeding in aanmerking.
- 9.3. De onderzoeken die volgen op het voornoemde consult kunnen niet worden aangemerkt als acute zorg. Voor deze zorg is daarom, op grond van de polisvoorwaarden, een gerichte verwijzing vereist. Er is niet gebleken van een gerichte verwijzing voor deze zorg. Daarom komen deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek voor wat betreft het eerste consult dient te worden toegewezen. Voor het overige dient het verzoek te worden afgewezen. Aan gezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe voor zover het betrekking heeft op het eerste consult. Voor het overige wordt het verzoek afgewezen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 8 september 2010,

Voorzitter