

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Buitenland, geneeskundige zorg, specificatie nota's
Zaaknummer : 2012.00202
Zittingsdatum : 11 juli 2012

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)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C, en

2) D, beide 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgop-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Gemeenten Extra en Bijdrage gemeente afgesloten (hierna: 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van kosten van zorg die hij heeft genoten tijdens zijn vakantie in Algerije (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 oktober 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar driemaal om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 17 oktober en 30 december 2011, en 10 januari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 11 april 2012 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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 mei 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 mei 2012 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 31 mei 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 juli 2012 telefonisch medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker is in 2011 op vakantie geweest in Algerije. Aldaar is hij erg benauwd geworden. De huisarts die hij hiervoor heeft geconsulteerd, heeft hem direct met een ambulance naar het ziekenhuis laten brengen. Verzoeker is vervolgens vijf dagen opgenomen geweest.

4.2. In 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar de kosten van door verzoeker in Algerije genoten spoedzorg vergoed zonder dat nadere informatie was vereist. Hierdoor is bij verzoeker het vertrouwen gewekt dat de kosten van zorg zonder meer zouden worden vergoed. Dit bleek echter niet het geval. Het is thans niet meer mogelijk nadere informatie op te vragen bij de artsen in Algerije.

4.3. Desgevraagd heeft verzoeker de commissie medegedeeld dat hij de ingezonden nota's niet kan vertalen. Hij is niet bij machte de nota's te lezen, omdat de betrokken artsen heel onduidelijk schrijven. Voor de ziektekostenverzekeraar is dat blijkbaar geen probleem, aangezien hij de nota's in behandeling heeft genomen zonder te vragen naar een vertaling.

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 heeft op 21 september 2011 een – niet volledig ingevuld - notabegeleidingsformulier met veertien bijlagen ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Op het formulier zijn zes bedragen in Algerijnse dinar vermeld voor een totaal bedrag van 229.000. Van de bijlagen zijn er vier aan te merken als rekening (er staan in ieder geval bedragen op vermeld). Het betreft de volgende bedragen: 93.400, 63.000, 4.600, 164.806 en 8.000 Algerijnse dinar. De rekening met daarop het bedrag van 63.000 Algerijnse dinar heeft betrekking op verzoeker.

5.2. Geconstateerd is dat verzoeker voor ademhalingsproblemen een arts heeft geconsulteerd tijdens zijn verblijf in Algerije. Verzoeker zou hiervoor met de ambulance zijn opgehaald en vijf dagen opgenomen zijn geweest in het ziekenhuis. Verdere behandeling dan wel verstrekking van medicatie heeft blijkbaar niet plaatsgevonden. De kosten hiervan bedragen 63.000 Algerijnse dinar, dit is omgerekend € 600,50. Nu niet is gebleken van een medische noodzaak en/of medische spoedeisendheid komen deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking. Hetzelfde geldt voor een later ingestuurde rekening van 11.500 Algerijnse dinar (ongeveer € 100,-).

- 5.3. Op grond van artikel A.18.2.e van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering dienen ter declaratie ingediende nota's zodanig te zijn gespecificeerd en vertaald dat de ziektekostenverzekeraar deze zonder vertaling, navraag of verder onderzoek volgens de verzekeringsvoorwaarden kan afhandelen.
- 5.4. Bij bestudering van het dossier is gebleken dat verzoeker op "*vrijwel onnavolgbare wijze*" de door hem in Algerije gemaakte – hoge – zorgkosten declareert. Van verzoeker mag worden verwacht dat hij in een dergelijke situatie in ieder geval zorgt dat het indienen van rekeningen op een ordentelijke wijze geschiedt. Indien de bedragen op het notabegeleidingsformulier en de bijgevoegde nota's niet overeenkomen, wordt de afhandeling hiervan lastig voor de ziektekostenverzekeraar.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar is niet bereid contact op te nemen met het ziekenhuis in Algerije. Verzoeker zal zelf aan de hand van zijn medisch dossier moeten aantonen dat sprake was van een medisch spoedeisende reden voor de door hem gedeclareerde zorg.
- 5.6. De opmerking van verzoeker over het vermeende gewekte vertrouwen dat zou zijn ontstaan doordat de ziektekostenverzekeraar eerdere medische kosten van diens gezin in het buitenland wel heeft vergoed, laat de ziektekostenverzekeraar onbesproken. Deze opmerking zou namelijk eerder leiden tot een onderzoek naar alle ter declaratie ingediende nota's dan tot vergoeding van de onderhavige nota's.
- 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 A.25 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering 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 verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de door hem in 2011 in Algerije genoten zorg, 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 B.2 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel B.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden

aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

B.4.1.1. Omschrijving van de zorg

Deze zorg omvat:

- a. behandeling zoals medisch specialisten die plegen te bieden;*
- b. opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen (na 365 dagen komen kosten voor rekening van de AWBZ);*
- c. verblijf, verpleging en verzorging;*
- d. paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of voedingsvoorlichting met medische noodzaak), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.*

(…)”

- 8.3. Artikel B.2 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

“B.2.1. Wonen in Nederland en zorg in buitenland

Als u in Nederland woont, hebt u recht op:

- a. verzekerde zorg in het buitenland door een zorgaanbieder of zorginstelling met wie wij een overeenkomst hebben gesloten;*
- b. vergoeding van kosten van verzekerde zorg door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener of zorginstelling zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. U kunt in de volgende artikelen van dit hoofdstuk per zorgsoort lezen wat wij dan vergoeden.*

(…)”

- 8.4. In artikel A.18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is ondermeer bepaald dat de ter declaratie ingediende nota's zo gespecificeerd en vertaald moeten zijn, dat de ziektekostenverzekeraar deze zonder vertaling, navraag of verder onderzoek volgens de verzekeringsvoorwaarden kan afhandelen.
- 8.5. De artikelen A.18, B.2 en B.4 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4 van de algemene voorwaarden 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.8. Artikel D.14.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

“De zorg omvat spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland, die geheel of gedeeltelijk buiten de verzekeringsvoorwaarden van de hoofdverzekering en/of een afzonderlijk gesloten (reis)verzekering valt.

(...)

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

(...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar twee nota's ter declaratie ingediend voor door hem tijdens zijn verblijf in 2011 in Algerije genoten zorg. Deze handgeschreven nota's zijn opgesteld in het Frans. Op beide nota's staat vermeld “*polyclinique*”. Daarnaast vermelden beide nota's de naam van verzoeker en de datum. Op de nota van 4 augustus 2011 ten bedrage van 11.050,00 Algerijnse dinar worden vijf data vermeld en “*consultation medicale*”. Op de nota van 16 augustus 2011 ten bedrage van 63.000 Algerijnse dinar staat vermeld “[naam verzoeker] age de 63 a été sous contrôle médicale pour problème respiratoire pendant 5 jours , 12/8 a 16/8/2011.”.

9.2. In artikel A.18.2.e van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de ter declaratie ingediende nota's zo gespecificeerd (en vertaald) moeten zijn, dat de ziektekostenverzekeraar deze zonder vertaling, navraag of verder onderzoek volgens de verzekeringsvoorwaarden kan afhandelen. Uit voornoemde nota's blijkt niet welke diagnose is gesteld of welke behandeling heeft plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar is derhalve gerechtigd de nota's af te wijzen, waarbij onverschillig is of verzoeker al dan niet op de hoogte was van voornoemd artikel A.18.2.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.3. Het in 9.2 genoemde artikel is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering. Daarom geldt ook ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering dat de ziektekostenverzekeraar gerechtigd is de nota's af te wijzen.

Gewekt vertrouwen

9.4. Verzoeker stelt dat hij in 2010 op dezelfde wijze als in 2011 nota's ter declaratie heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Deze zijn toen door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Nu verzoeker geen feiten en omstandigheden heeft gesteld op grond waarvan kan worden geconstateerd dat sprake is geweest van een met het huidige geschil vergelijkbare situatie, faalt het beroep op gewekt vertrouwen reeds om die reden.

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, 11 juli 2012,

Voorzitter