

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E tegen C
Zaak : Buitenland, hoogte vergoeding, specificatie nota's
Zaaknummer : 2010.00740
Zittingsdatum : 19 januari 2011

1. Partijen

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

tegen

C hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

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). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Dat onder de aanvullende ziektekostenverzekering geen vergoedingsrecht bestaat is niet in geschil en daarom blijft deze verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van door haar, in 2008, in Marokko gemaakte kosten voor ziekenhuisopname, doktersconsulten en geneesmiddelen ten behoeve van haar dochtertje en haarzelf (hierna: de aanspraak), welke aanspraak op 5 juni 2008 is afgewezen. Nadien is verzoekster uitgenodigd de nota's mondeling toe te lichten. Naar aanleiding hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar bij beslissing van 8 oktober 2008 alsnog enkele nota's vergoed.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van de niet-vergoede kosten om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 17 april 2009 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 email van 7 september 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 stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 november 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 december 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 december 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 december 2010 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 1 december 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 16 december 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010140187) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op basis van het dossier niet is te beoordelen of sprake was van zorg die redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot terugkeer naar Nederland, omdat de gemaakte kosten niet zijn verantwoord (niet geda-teerd of gespecificeerd). Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitno-diging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 januari 2011 telefonisch ge-hoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 21 januari 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het ver-slag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aan-leiding 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 aanlei-ding 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 was vanaf 31 maart 2008 op vakantie in Marokko. Op 22 april 2008 heb-ben zij en haar dochtertje aldaar een auto-ongeluk gehad. Als gevolg hiervan zijn beiden twee dagen opgenomen geweest in het ziekenhuis. Ook nadien zijn zij be-handeld voor diverse medische klachten. Daarnaast werd bij verzoekster een begin-nende longontsteking geconstateerd. Ook daarvoor is zij in Marokko behandeld.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar dient de gedeclareerde kosten te vergoeden aangezien sprake is van in het buitenland ingeroepen medisch noodzakelijke zorg, die redelij-kerwijs niet kon worden uitgesteld tot terugkeer in Nederland. De gedeclareerde kos-ten dienen op grond van artikel 11, lid 7 van de zorgverzekering volledig te worden vergoed. De kosten zijn voldoende gespecificeerd en voorts zijn vertalingen van de ingediende stukken overgelegd, waaruit blijkt dat het ziekenhuis in Marokko kosten in rekening heeft gebracht voor het verblijf van twee nachten en dat diverse geneesmid-delen zijn voorgeschreven. Voorts blijkt hieruit dat de kosten van diverse consulten bij een arts in rekening zijn gebracht.

- 4.3. Op 5 september 2008 heeft verzoekster gesproken met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens deze bespreking heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd dat de in Marokko gemaakte medische kosten, die onder de dekking van de polis vallen, vergoed zouden worden.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar gaat ten onrechte uit van een bedrag van € 935,87, waarvan bovendien een bedrag van € 904,09 ten onrechte is afgewezen. Verzoekster heeft een bedrag van 22.241,45 Marokkaanse dirham gedeclareerd. Dit is omgerekend € 1.946,13. Dit bedrag dient als uitgangspunt genomen te worden voor het onderhavige geschil.
- 4.5. Verzoekster heeft, anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, geen kosten voor het ambulancevervoer gedeclareerd.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling het volgende aangevoerd. Na het auto-ongeluk is zij in Marokko opgenomen in het ziekenhuis. Er waren weliswaar geen medische redenen voor haar om opgenomen te worden in het ziekenhuis, maar zij kon haar dochtertje niet alleen achterlaten in het ziekenhuis. Uiteindelijk bleken ook voor verzoekster kosten van opname te zijn berekend. Verzoekster stelt dat het 'certificat medical' de nota is. In Marokko houdt men de administratie niet goed bij. Het was voor haar daarom niet mogelijk meer of andere informatie te verstrekken dan zij heeft gedaan. Verzoekster benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar bij herhaling heeft toegezegd de onderhavige kosten volledig te vergoeden.
- 4.7. 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 de door verzoekster gedeclareerde kosten voor een ziekenhuisopname en ambulancevervoer niet voor vergoeding in aanmerking komen, omdat een nota en een betalingsbewijs ontbreken. De kosten van paracetamol, hoestsiroop en dergelijke worden niet vergoed, omdat hiervoor in de polis geen dekking bestaat, ongeacht of deze kosten in Nederland of elders worden gemaakt.
- 5.2. Niet in geschil is dat het totaalbedrag van de gedeclareerde kosten 22.241,45 Marokkaanse dirham is. Dit komt overeen met € 1.938,97. Dit bedrag is vastgesteld aan de hand van de wisselkoers die het CVZ hanteert bij buitenlandse declaraties. Het door verzoekster afwijkende totaalbedrag van € 2.079,-- wordt veroorzaakt doordat de ziektekostenverzekeraar in die tijd bij af te wijzen declaraties geen gebruik maakte van de exacte CVZ wisselkoers, maar van een ruwe schatting van het gedeclareerde bedrag. Van het totaalbedrag van € 1.938,97 heeft verzoekster slechts € 935,87 verantwoord door middel van nota's en andere schriftelijke documenten. Het resterende bedrag van € 1.003,10 is in het geheel niet verantwoord. Op 8 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster een betaalspecificatie gestuurd, waarbij het bedrag van € 935,87 als uitgangspunt is genomen. Van het laatstgenoemde bedrag is in totaal € 31,78 vergoed en € 904,09 om verschillende redenen gemotiveerd afgewezen.

- 5.3. Tijdens het gesprek op 5 september 2008 is met verzoekster afgesproken dat de in Marokko gemaakte medische kosten, die onder de dekking van de zorgpolis vallen en waarvan destijds de nota's ter declaratie waren ingediend, aan verzoekster zouden worden vergoed. Van een toezegging door de ziektekostenverzekeraar voor vergoeding van het aanvankelijk gevorderde bedrag van € 2.079,-- is geen sprake (ge-weest).
- 5.4. Er is destijds geen E-111 formulier afgegeven op basis van een aanvraag van verzoekster krachtens het Nederlands-Marokkaans Verdrag inzake sociale zekerheid (Trb. 1972,34), zodat geen sprake is van ten behoeve van verzekerde op grond van dit verdrag gedeclareerde kosten.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat nimmer is toegezegd de onderhavige kosten volledig te vergoeden. Enkel is toegezegd dat die nota's te vergoeden waarvan deugdelijke bewijsstukken zijn overgelegd. Uit het overgelegde 'certificat medical' blijkt alleen dat rust is voorgeschreven. Onduidelijk is welke behandeling er heeft plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft om een behandelverslag van de arts gevraagd, maar dat is nooit ontvangen. Er is uitgebreid gecommuniceerd met verzoekster. Zij is uitgenodigd en de ziektekostenverzekeraar is haar steeds ter wille geweest. Van de aangeleverde verpakkingen van medicijnen is uitgezocht welke het zijn en of deze voor vergoeding in aanmerking komen. Waar mogelijk is verzoekster het voordeel van de twijfel gegeven.
- 5.6. 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 of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door verzoekster gedeclareerde kosten voor zorg in Marokko 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 20 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 21 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor spoedeisende zorg.

(...)

lid 2 a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op opname op basis van laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen.

(...)

De aanspraak omvat de medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op medisch-specialistische behandeling in een als ziekenhuis toegelaten instelling, een zelfstandig behandelcentrum of een huispraktijk. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

(...)"

- 8.3. In artikel 33 van de zorgverzekering is de aanspraak op farmaceutische zorg opgenomen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op terhandstelling van:

a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;

(...)

lid 2 De onder lid 1a genoemde aanspraak bestaat uit de ter handstelling van die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering. Een en ander is nader uitgewerkt in de Reglement Farmaceutische zorg dat onderdeel uitmaakt van deze polisvoorwaarden. Dit reglement is op te vragen bij [naam ziektekostenverzekeraar] en tevens te vinden op de website ([www. \[naam ziektekostenverzekeraar\].nl](http://www.[naam ziektekostenverzekeraar].nl)).

(...)"

- 8.4. In artikel 11 van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland opgenomen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 De verzekerde die woont in Nederland, heeft ook 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 19 lid 3 van deze polisvoorwaarden als zou die zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zijn verleend.

(...)

lid 7 In aanvulling op lid 1 geldt, dat indien [naam ziektekostenverzekeraar] vooraf toestemming verleent voor het inroepen van extra- of intramurale zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding plaatsvindt tot ten hoogste het op basis van de WMG vastgestelde (maximum)tarief of het in Nederland geldende marktconforme tarief, tenzij [naam ziektekostenverzekeraar] bij haar toestemming de vergoeding hoger vaststelt.

Indien er sprake is van in het buitenland ingeroepen medisch noodzakelijke zorg, die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland, geldt een volledige vergoeding."

- 8.5. In artikel 13 van de zorgverzekering is bepaald dat de verzekerde verplicht is in voorkomende gevallen de originele nota's bij de ziektekostenverzekeraar in te dienen binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden.

- 8.6. De artikelen 11, 13, 21 en 33 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverze-

kering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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, verblijf in artikel 2.10 Bzv, en farmaceutische zorg in artikel 2.8 Bzv
- 8.8. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.9. Artikel 11 van het Nederlands-Marokkaans Verdrag inzake sociale zekerheid (Trb. 1972,34) luidt, voor zover hier van belang:

“Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen aangesloten is 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 hulp, met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de Zorgverzekering

De geneesmiddelen

- 9.1. Uit de overgelegde stukken blijkt niet dan wel onvoldoende dat de gedeclareerde geneesmiddelen door een arts zijn voorgeschreven ten behoeve van verzoekster dan wel haar dochter. De vergoeding van deze kosten is daarom terecht afgewezen.

De ziekenhuiskosten

- 9.2. Verzoekster heeft geen nota's overgelegd betreffende de ziekenhuisopname van haarzelf en haar dochter. Verzoekster heeft wel twee medische verklaringen van een arts aangeleverd voor zowel haarzelf als haar dochter, waarin staat vermeld dat zij een behandeling en rust (stoppen met het werk) nodig hebben voor een periode van vier dagen vanaf 22 april 2008. Tevens vermeldt deze verklaring “twee opnamedagen in het ziekenhuis voor 5000,00 Dhs”. Deze medische verklaring is echter niet aan te merken als nota van het ziekenhuis. De vergoeding van deze kosten is daarom terecht afgewezen.

De doktersconsulten

- 9.3. De door verzoekster overgelegde nota's voor doktersconsulten zijn onvoldoende gespecificeerd. De nota's vermelden enkel het bedrag, de vermelding “doktersconsult” en bij enkele nota's een stempel van de arts. De datum waarop het consult heeft plaatsgevonden en de naam van degene op wie de nota betrekking heeft ontbreken. De nota van dr. Chaad Brahimi Samir vermeldt wel de datum en het adres en telefoonnummer van de arts, maar de overige tekst op de nota is, behoudens enkele be-

dragen, onleesbaar. Hierdoor is niet vast te stellen dat de betreffende kosten ten behoeve van verzoekster of haar dochter zijn gemaakt.
De vergoeding van deze kosten is daarom terecht afgewezen.

Toezegging

- 9.4. Verzoekster beroept zich op een toezegging die de ziektekostenverzekeraar haar op 5 september 2008 heeft gedaan. Tijdens deze bespreking heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd dat de in Marokko gemaakte medische kosten, die onder de dekking van de polis vallen, vergoed zouden worden. Onder de dekking van de polis vallen evenwel slechts die medische kosten die – onder meer – aan het vereiste volgend dat zij voldoende gespecificeerd zijn. Daarvan is in het onderhavige geval geen sprake ten aanzien van de kosten die door de ziektekostenverzekeraar niet zijn vergoed. Het beroep van verzoekster op voormelde toezegging kan daarom niet slagen.

Het Nederlands-Marokkaans Verdrag inzake sociale zekerheid

- 9.5. Op grond van artikel 11 van het Nederlands-Marokkaans Verdrag inzake sociale zekerheid heeft een verzekerde recht op onmiddellijke geneeskundige hulp indien diens gezondheidstoestand dit noodzakelijk maakt. In de onderhavige situatie is niet gebleken dat sprake was van spoedeisende zorg. Het tegendeel is door verzoekster ook niet aannemelijk gemaakt.

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, 2 februari 2011,

Voorzitter