

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E
en F, beide te G
Zaak : Buitenland, geneeskundige zorg, specificatie nota's
Zaaknummer : 2012.00247
Zittingsdatum : 26 september 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P.Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de C te D,
tegen

- 1) E en
- 2) F, beide te G,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg-op-maatpolis (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 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van kosten van zorg die zij heeft genoten tijdens haar vakantie in Algerije (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 oktober 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 17 oktober 2011 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 11 april 2012 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 van € 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 16 juli 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 juli 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. De commissie heeft verzoekster bij brief van 19 juli 2012 verzocht mede te delen of zij hiervan gebruik wil maken. Nadat de in voornoemde brief vermelde reactietermijn was verstreken, zonder dat een reactie van verzoekster was ontvangen, heeft de commissie verzoekster op 10 augustus 2012 een herinnering gezonden. Ook hierop heeft de commissie geen reactie mogen ontvangen. Verzoekster is daarom uitgenodigd voor een mondelinge hoorzitting. Op 18 september 2012 heeft verzoekster alsnog schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 september 2012 telefonisch medegedeeld mondeling te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster is op 26 september 2012 telefonisch gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft in persoon aan de zitting deelgenomen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster is in 2011 op vakantie geweest in Algerije. Aldaar is zij gevallen en met de ambulance naar het ziekenhuis gebracht. In het ziekenhuis is zij behandeld door een medisch specialist. Vervolgens is zij overgebracht naar een ander ziekenhuis, alwaar zij gedurende zeven dagen opgenomen is geweest in verband met rug- en hartklachten. Dit betrof een spoedopname, die niet kon wachten tot terugkeer in Nederland.
 - 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster verzocht nadere informatie aan te leveren. In Algerije verstrekken artsen echter andere en vaak ook minder informatie aan patiënten.
 - 4.3. In 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar de kosten van door haar echtgenoot in Algerije genoten spoedzorg overigens vergoed zonder dat nadere informatie was vereist. Hierdoor is bij verzoekster het vertrouwen gewekt dat ook de kosten van de aan haar verleende zorg zonder meer zouden worden vergoed. Dit bleek echter niet het geval.
 - 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het Algerijnse systeem heel anders is dan het Nederlandse systeem. Voor toegang tot een Algerijns ziekenhuis heb je geld en een paspoort nodig. Als je het ziekenhuis niet betaalt, wordt het paspoort niet terug gegeven.
 - 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Verzoekster 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 (hierna: DZD) vermeld voor een totaal bedrag van 229.000 DZD. Van de bijlagen zijn er vier aan te merken als een – soort

van – 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 DZD. Het bedrag van 63.000 DZD heeft betrekking op de echtgenoot van verzoekster. De ‘rekening’ van dr. K. Henriche van 164.806 DZD staat niet vermeld op het notabegeleidingsformulier. De op het notabegeleidingsformulier vermelde bedragen van 50.000 en 10.000 DZD zijn niet terug te vinden in de overgelegde stukken.

- 5.2. Gebleken is dat verzoekster chronische rugpijn heeft als gevolg van artrose, hetgeen wordt veroorzaakt door slijtage en leeftijdsgebonden is. Voor deze klachten is op 2 maart 2011 in Nederland een foto van de wervelkolom gemaakt. Verzoekster heeft in verband met haar klachten pijnstillers voorgeschreven gekregen. Op basis van deze informatie is aan verzoekster een vergoeding toegekend op basis van de DBC-code 05110013010111. Verzoekster heeft aanspraak op een maximale vergoeding van 75 percent van het Nederlandse tarief, zijnde € 324,59. Dit bedrag is aan verzoekster vergoed.
- 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 verzoekster op “vrijwel onnavolgbare wijze” de door haar in Algerije gemaakte – hoge – zorgkosten declareert. Van verzoekster mag worden verwacht dat zij in een dergelijke situatie in ieder geval ervoor 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. Verzoekster zal zelf, aan de hand van haar medisch dossier, moeten aantonen dat sprake was van een medisch spoedeisende reden voor de door haar gedeclareerde zorg.
- 5.6. De opmerking van verzoekster over het vermeende gewekte vertrouwen dat zou zijn ontstaan doordat de ziektekostenverzekeraar eerdere medische kosten van haar gezin in het buitenland wél heeft vergoed, laat de ziektekostenverzekeraar onbesproken. Deze opmerking zou namelijk eerder leiden tot een onderzoek naar de eerder ter declaratie ingediende nota's dan tot vergoeding van de onderhavige nota's.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat systemen per land kunnen verschillen. Indien een verzekerde een vergoeding wenst van de Nederlandse ziektekostenverzekeraar, gelden de voorwaarden die voortvloeien uit de Nederlandse zorgverzekering. De eveneens door verzoekster gedeclareerde geneesmiddelen komen niet voor vergoeding in aanmerking, omdat deze niet behoren tot het verzekerde pakket.
- 5.8. 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 verzoekster aanspraak heeft op de vergoeding van kosten van de door haar 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 (vergoeding van) 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. In artikel B.2 van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland opgenomen, en dit 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. 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. In artikel D.14.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland opgenomen, en dit 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar zes nota's ter declaratie ingediend voor door haar tijdens haar verblijf in 2011 in Algerije genoten zorg. Deze handgeschreven stukken zijn opgesteld in het Frans.
- 9.2. Op twee stukken staat vermeld “cabinet specialisee en traumatologie”. Daarnaast vermelden deze stukken de naam van verzoekster en de datum. Op het stuk van 21 juli 2011 ten bedrage van in totaal 164.806 DZD staat tevens een stempel “pharmacie” met een adres en telefoonnummer. De commissie neemt daarom aan dat de vijf items die hierop staan vermeld geneesmiddelen zijn. Op het stuk van 4 augustus

2011 ten bedrage van 4.600 DZD staan drie items vermeld die volgens de verklaring van verzoekster eveneens geneesmiddelen zijn.

- 9.3. Op het stuk van 11 augustus 2011 staat vermeld *“polyclinique”*. Daarnaast vermeldt dit stuk de naam van verzoekster en de datum. Op deze “nota” ten bedrage van 93.400 DZD staat verder: *“(…) controle médicale pendant 7 jours du 5/8/2011 ... 11/8/2011”*.
- 9.4. Aan de commissie zijn in kopie twee betalingsbewijzen overgelegd. Eén daarvan is gedateerd 3 augustus 2011. Op de andere staat een datum die niet leesbaar is, alsmede een niet goed leesbaar stempel met daarop onder andere vermeld “Gynico – obstetrique”. Daarnaast is op het betaalbewijs van 3 augustus 2011 vermeld de naam van verzoekster, het bedrag van 50.000 DZD en “FDM Lombo-Sacrû”. Op het betaalbewijs waarop de datum niet leesbaar is, staat vermeld de naam van verzoekster, het bedrag van 10.000 DZD en “Consultalis + (onleesbaar)”.
- 9.5. Voorts is, op een blaadje met daarop de naam van het geneesmiddel Endornax en een stempel met de naam van een medisch specialist, diens specialisatie en adresgegevens, vermeld: “Consultate orthopedie pour la patiente [naam verzoekster] = 8.000 DA”.
- 9.6. Verder heeft verzoekster een Franstalige verklaring van het ziekenhuis Clinique medico-chirurgicale En-Nadjeh overgelegd waarop de uitkomsten van een aldaar gemaakte scan worden vermeld.
- 9.7. 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 stukken blijkt niet welke diagnose(n) is of zijn gesteld of welke behandeling(en) heeft of hebben plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar was derhalve gerechtigd de ter declaratie ingediende stukken reeds daarom af te wijzen. Dat verzoekster niet op de hoogte was van deze bepaling, doet hieraan niet af.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.8. 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 was de “nota's” af te wijzen.

Gewekt vertrouwen

- 9.9. Verzoekster stelt dat zij 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 de eerder ingediende nota's niet in het geding zijn gebracht, is niet op te maken of deze op dezelfde wijze waren ingericht als de thans voorliggende stukken, zodat het beroep op eventueel gewekt vertrouwen reeds om die reden faalt.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 oktober 2012,

Voorzitter