



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen
Zaak : Togo, medisch specialistische zorg, specificatie nota, tegenstrijdige verklaringen
Zaaknummer : 201701019
Zittingsdatum : 8 november 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van medische zorg die hij in Togo heeft genoten (verder: de aanspraak). Bij brief van 16 maart 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 23 mei 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 5 juli 2017 telefonisch medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is hierbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.4. Op 5 juli 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) telefonisch verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. De commissie heeft verzoeker, onder verwijzing naar het toepasselijke reglement, verzocht om vertalingen van de in het dossier aanwezige Franstalige stukken. Verzoeker heeft aan dit verzoek niet voldaan.
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 september 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 oktober 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 oktober 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 12 oktober 2017 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.9. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker verbleef van 5 oktober 2016 tot en met 31 oktober 2016 in Togo. Aldaar heeft hij medische kosten gemaakt. Na terugkeer in Nederland heeft hij de nota hiervan ter declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar.
- 4.2. Naar aanleiding van de ter declaratie ingediende nota, heeft verzoeker op 5 januari 2017 een gesprek gehad met de zorgverzekeraar op diens kantoor te Groningen. Tijdens dit gesprek heeft verzoeker het volgende verklaard.
Op 16 oktober 2016 is hij onwel geworden en buiten bewustzijn geraakt. Hij had diarree, koorts en buikpijn. Omdat het in Togo te lang duurt om op een ambulance te wachten, heeft zijn zus haar chauffeur gebeld. Zij hebben verzoeker, terwijl hij bewusteloos was, in een taxi gelegd en naar het ziekenhuis gebracht. Verzoeker is drie dagen buiten bewustzijn geweest.
De behandelend arts heeft de diagnoses gastro-enteritis en malaria gesteld. Verzoeker heeft twaalf dagen in het ziekenhuis verbleven. Eigenlijk moest verzoeker nog langer in het ziekenhuis blijven, maar omdat hij kort daarna naar Nederland zou afreizen, is hij op 28 oktober 2016 als patiënt ontslagen.
- 4.3. Verzoeker heeft op 22 juni 2017 verklaard dat hij na terugkeer uit Togo niet in Nederland is gezien door zijn huisarts, omdat de arts in Togo hem na de behandeling gezond had verklaard. Volgens de behandelend arts was een controle in Nederland niet noodzakelijk.
- 4.4. Het is voor verzoeker niet duidelijk waarom de zorgverzekeraar niet overgaat tot vergoeding van de door hem ter declaratie ingediende nota. Op de nota is door middel van een stempel aangegeven dat deze is betaald. Het lijkt verzoeker niet aan de orde dat door de zorgverzekeraar nog een nadere - en naar Nederlandse maatstaven - beoordeling van de redelijkheid van de kosten en de verleende zorg dient plaats te vinden. Verzoeker heeft voldoende aangetoond dat de betreffende zorg daadwerkelijk is verleend, dat deze noodzakelijk was, en dat de kosten hiervan door hem zijn betaald.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. Verzoeker heeft een nota ter declaratie ingediend ter zake van in Togo gemaakte zorgkosten. Omdat de zorgverzekeraar een aantal vragen had naar aanleiding van voornoemde declaratie, heeft hij verzoeker bij brief van 19 december 2016 uitgenodigd voor een gesprek, dat op 5 januari 2017 heeft plaatsgevonden ten kantore van de zorgverzekeraar. Naar aanleiding van dit gesprek heeft de zorgverzekeraar verzoeker gevraagd om toestemming teneinde aanvullende

informatie op te vragen bij onder andere de behandelend arts. Deze schriftelijke toestemming heeft de zorgverzekeraar ontvangen op 17 januari 2017.

- 5.2. Uit navraag bij de ambassade is gebleken dat zowel de arts als het ziekenhuis bekend zijn in Togo. De zorgverzekeraar heeft meermaals geprobeerd in contact te komen met deze arts, maar van deze is geen inhoudelijk antwoord ontvangen op de vragen van de zorgverzekeraar. De behandelend arts heeft alleen verklaard dat verzoeker gedurende twaalf dagen opgenomen is geweest.
- 5.3. Verzoeker heeft op het declaratieformulier verklaard dat hij bij de alarmcentrale heeft gemeld dat hij was opgenomen. Uit de informatie van de alarmcentrale blijkt dat verzoeker op 25 oktober 2016 heeft gebeld. Verzoeker heeft tijdens dit gesprek verklaard dat hij toen net wakker was geworden, en dat hij een hartstilstand had gehad.
- 5.4. De zorgverzekeraar heeft de verklaring van verzoeker en de door hem ter declaratie ingediende nota voorgelegd aan zijn medisch adviseur. De medisch adviseur heeft toegelicht dat een opname van twaalf dagen voor diarree en malaria buitenproportioneel is. Een normale behandeling hiervoor duurt twee tot drie dagen. Het is mogelijk dat verzoeker door de malaria in coma is geraakt, maar dan zou sprake moeten zijn van een gecompliceerde situatie. Uit de verklaring van de arts, de uitgevoerde behandeling en de in rekening gebrachte kosten blijkt evenwel niet dat bij verzoeker sprake was van een dergelijke situatie. Bovendien is het in dat geval niet waarschijnlijk dat hij in Nederland niet verder zou zijn (na)behandeld.
- 5.5. De zorgverzekeraar heeft geconstateerd dat er diverse tegenstrijdigheden zijn in de verklaringen van verzoeker. Verzoeker heeft in het gesprek op 5 januari 2017 verklaard dat hij drie dagen buiten bewustzijn is geweest, en op 19 oktober 2016 weer bij bewustzijn is gekomen. De alarmcentrale heeft hij echter medegedeeld dat hij pas op 25 oktober 2016 weer 'wakker' was geworden, en hierdoor pas op die dag kon bellen. Tegen de alarmcentrale heeft verzoeker verklaard dat hij een hartstilstand had gehad. De behandelend arts heeft evenwel in zijn rapport verklaard dat verzoeker gastro-enteritis en malaria had. Daarnaast is de behandeling gezien de gestelde diagnose niet doelmatig. Voorts zijn in de nota optelfouten gemaakt. Gezien het bovenstaande kan de zorgverzekeraar niet beoordelen welke behandeling verzoeker heeft ondergaan, en of de nota rechtmatig is. Hierdoor kan de ziektekostenverzekeraar niet vaststellen of de ter declaratie ingediende nota voor vergoeding in aanmerking komt.
- 5.6. De zorgverzekeraar 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 bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de door verzoeker ter declaratie ingediende nota ter zake van door hem in Togo gemaakte medische kosten alsnog 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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 8.3. De voorwaarden van de zorgverzekering regelen onder andere de aanspraak op medisch specialistische zorg. De betreffende passage op de bladzijden 31 tot en met 33 luidt, voor zover hier van belang:

“Een medisch specialist is een arts die na zijn basisopleiding een specialistische opleiding heeft gevolgd en als medisch specialist geregistreerd is. Er zijn in Nederland ongeveer 30 verschillende specialismen. De meeste medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.

Welke zorg

U heeft recht op:

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek,
- mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. (...)

- 8.4. Op de bladzijden 9 en 10 van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland geregeld, en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 83/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.

Welke zorg

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 Menzis gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)

Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland door een niet gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn verleend.

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. U kunt voor meer informatie bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als de vraag en noodzaak voor die zorg ontstond terwijl u in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland. (...)

- 8.5. Op bladzijde 7 van de zorgverzekering is ter zake van de indicatie en doelmatigheid het volgende bepaald:

"Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering."

- 8.6. In artikel A16 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

"(...)

- *De nota moet zo gespecificeerd zijn dat het recht op vergoeding kan worden vastgesteld.*
 - *Als een nota aan het voorgaande in dit artikel niet voldoet, ontvangt u geen vergoeding.*
 - *De gegevens op de nota moeten juist zijn en naar waarheid ingevuld.*
- (...)"

- 8.7. Voornoemde passages van de zorgverzekering en artikel A16 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens het gestelde op bladzijde 7 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. Artikel 11, eerste lid, 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 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.9. 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 zorgverzekeraar 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. In artikel 5 van het Reglement van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen is bepaald dat alle voor de beoordeling van belang zijnde berichten en afschriften van relevante stukken aan de commissie dienen te worden overgelegd. Voor zover in een andere vreemde taal dan de Engelse taal gestelde stukken worden meegestuurd, kan de commissie hiervan een vertaling in de Nederlandse taal door een beëdigd vertaler verlangen. De kosten hiervan komen voor rekening van betrokkene.
De commissie heeft verzoeker verzocht om vertalingen van de in het dossier aanwezige Franstalige stukken. Verzoeker heeft om hem moverende redenen niet aan dit verzoek voldaan. Daarom blijven de door hem overgelegde in het Frans gestelde stukken bij de beoordeling van het onderhavige geschil buiten beschouwing.
- 9.2. De zorgverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch-specialistische zorg. De zorg dient te zijn verleend door een medisch specialist. De vergoeding betreft de medisch-specialistische behandeling en het verblijf. Tevens worden de kosten vergoed van de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname. Daarnaast is in artikel A16 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaald dat de nota zodanig moet zijn gespecificeerd dat het recht op vergoeding kan worden vastgesteld. Als een nota hieraan niet voldoet, wordt geen vergoeding verleend.
- 9.3. De commissie constateert dat de ingediende nota niet voldoet aan het gestelde in artikel A16 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en dat de verklaringen van verzoeker wat betreft de in Togo uitgevoerde behandeling ten aanzien van een drietal punten niet consistent zijn. Ten eerste de datum waarop hij weer bij kennis is gekomen. Tijdens het gesprek met de zorgverzekeraar op 5 januari 2017 heeft verzoeker volgens de zorgverzekeraar verklaard dat hij drie dagen buiten

bewustzijn was geweest. Dit is door verzoeker nadien niet weersproken, zodat de commissie uitgaat van de juistheid hiervan. Aangezien verzoeker op 16 oktober 2016 onwel was geworden, zou dit betekenen dat hij op 19 oktober 2016 weer bij bewustzijn was. Dit wordt ook bevestigd door de (Engelstalige) verklaring van de behandelend arts. Verzoeker heeft evenwel de alarmcentrale pas op 25 oktober 2016 gebeld, waarbij hij heeft gemeld dat hij toen pas bij bewustzijn is gekomen. Ten tweede zijn er uiteenlopende verklaringen ten aanzien van de indicatie. De behandelend arts heeft in zijn Engelstalige verklaring gesteld dat sprake was van gastro-enteritis en malaria. Verzoeker heeft daarentegen op 25 oktober 2016 aan de alarmcentrale medegedeeld dat hij in het ziekenhuis was opgenomen in verband met een hartstilstand.

Ten derde is in de brief van de zorgverzekeraar van 16 maart 2017 gesteld dat verzoeker tijdens het gesprek van 5 januari 2017 heeft medegedeeld dat hij op 28 oktober 2016 uit het ziekenhuis was ontslagen, omdat hij kort daarna weer naar Nederland zou gaan, maar dat hij eigenlijk nog langer in het ziekenhuis had moeten blijven. Dit is door verzoeker niet weersproken, zodat de commissie uitgaat van de juistheid hiervan. Daarentegen heeft verzoeker, in reactie op een vraag van de Ombudsman Zorgverzekeringen, bij brief van 22 juni 2017 verklaard dat hij na terugkeer in Nederland niet is gezien door de huisarts, omdat de arts in Togo hem na de behandeling gezond had verklaard. Volgens de betreffende arts zou een controle in Nederland niet noodzakelijk zijn. Bovendien is door de zorgverzekeraar gesteld - en door verzoeker niet bestreden - dat uitgaande van de indicaties gastro-enteritis en malaria de opname buitenproportioneel lang heeft geduurd, tenzij sprake was van een gecompliceerde situatie. In dat geval zou (na)behandeling in Nederland zijn aangewezen. Tot slot ligt het in de rede dat indien sprake was van malaria de medicamenteuze behandeling zou zijn voortgezet en dat controles zouden plaatsvinden. Ook hiervan is niet gebleken.

- 9.4. Gezien voornoemde tegenstrijdigheden, die door verzoeker niet dan wel onvoldoende zijn opgehelderd, alsmede de ontbrekende controle/nabehandeling in Nederland, is de commissie van oordeel dat verzoeker onvoldoende heeft aangetoond dat de door hem ter declaratie ingediende nota correct is. De ziektekostenverzekeraar mocht daarom vergoeding van de door verzoeker ter declaratie ingediende nota weigeren.

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, 8 november 2017,

A.I.M. van Mierlo