

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van F
tegen C en E beide te D
Zaak : Buitenland, geneeskundige zorg, geneesmiddelen, declaraties
Zaaknummer : 2010.00007
Zittingsdatum : 22 september 2010

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 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van F hierna te noemen: verzekerde,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissingen van de ziektekostenverzekeraar van 20 (2x), 22 en 25 augustus 2009 en 24 en 25 (4x) september 2009 de gedeclareerde kosten in verband met zorg, door verzekerde genoten in India, gedeeltelijk niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basispolis Basic (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] AV Optimaal Basis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de hiervoor genoemde brieven van augustus en september 2009 aan verzoeker medegedeeld dat niet alle kosten verband houdende met de door verzekerde in India genoten zorg worden vergoed.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 16 december 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 25 april 2010 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).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 juli 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 juli 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 juli 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 september 2010 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 3 augustus 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 23 augustus 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010100170) de commissie medegedeeld dat uit de grotendeels onleesbare nota's geen helder beeld is te reconstrueren van het medische probleem en de gevolgde aanpak. Nu een samenhangend medisch betoog over de diagnose, de behandeling of het beloop ontbreekt, is het niet mogelijk tot een zorginhoudelijke beoordeling te komen. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 22 september 2010 in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 24 september 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 1 oktober 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 verzoeker

- 4.1. Verzekerde is tijdens een rondreis door India in 2009 ziek geworden en enkele dagen opgenomen geweest in het ziekenhuis. Verzoeker heeft alle extra kosten en zorgkosten in verband met deze opname na terugkomst in Nederland ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 4.2. Verzoeker stelt dat hem wellicht fraude wordt verweten, omdat bepaalde nota's niet correct zouden zijn. Juist in een dergelijke situatie zou de ziektekostenverzekeraar de zaak tot op de bodem moeten uitzoeken. Verzekerde is in India in twee ziekenhuizen opgenomen geweest; twee dagen in Shanti Mangalik Hospital en vijf dagen in Rama Medical Care in Varanasi. Ook is verzekerde vervoerd van het ene naar het andere ziekenhuis. De tegemoetkoming in deze kosten bedraagt nog geen 30 percent van de

totale kosten. Verzoeker heeft met de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar overlegd over de ziekenhuisopnames.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar wist al vanaf het begin dat er in deze zaak onenigheid was en toch heeft hij de originele nota's vernietigd. Verzoeker stelt dat de nota's door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar zijn ingenomen en gekopieerd. Dat originele nota's zijn zoekgeraakt is niet zijn verantwoordelijkheid.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd. Verzekerde is onwel geworden tijdens de vakantie en daarom opgenomen in het lokale ziekenhuis. Gezien de omstandigheden in dat ziekenhuis heeft verzoeker ervoor gekozen verzekerde naar een ander – beter toegerust – ziekenhuis te laten overbrengen. In India dienen patiënten de benodigde geneesmiddelen, verband en zelfs naalden zelf aan te schaffen bij de apotheek. De arts bepaalt welke middelen moeten worden aangeschaft. Dit is ook in de situatie van verzekerde gebeurd. Daarnaast heeft bloedonderzoek plaatsgevonden. De nota hiervan is in het Hindi opgemaakt. Voorts heeft verzoeker extra kosten moeten maken, doordat hij ergens diende te verblijven terwijl verzekerde in het ziekenhuis lag. Van zijn reisverzekeraar heeft verzoeker een bedrag van tussen de € 800,- en € 1.400,- ontvangen voor niet-genoten reisdagen. Verzoeker merkt op dat de kosten van de opnames evenmin (volledig) zijn vergoed.
- 4.5. Verzoeker 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 in deze zaak geen fraude is geconstateerd. Het bevreemdt de ziektekostenverzekeraar wel dat verzoeker de kosten bij zowel de ziektekostenverzekering als de reisverzekering heeft gedeclareerd. De kosten van hotel, taxi en vliegtickets vallen niet onder de dekking van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft vanwege de grote aantallen declaraties gekozen voor digitalisering van dossiers. De ontvangen nota's worden gescand en daarna verwerkt. De originele nota's worden niet vernietigd, maar gearhiveerd. Het is een tijdrovende, en daardoor dure optie om de originele nota's op te zoeken. Dit wordt alleen in uitzonderlijke gevallen gedaan.
- 5.3. In artikel 9.2 van de zorgverzekering is bepaald dat zorgkosten onder overlegging van de originele nota's ter declaratie kunnen worden ingediend. Verzoeker heeft van twee nota's een kopie ter declaratie ingediend. De medewerkers aan de balie hebben onvoldoende deskundigheid om te beoordelen of een nota een origineel is of niet. Deze beoordeling vindt altijd plaats op de afdeling declaratieverwerking.
- 5.4. In artikel 9.f van de zorgverzekering is bepaald dat alle nota's op zodanige wijze gespecificeerd moeten zijn dat hieruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de ziektekostenverzekeraar is gehouden.
- 5.5. Geneesmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking onder overlegging van het doktersvoorschrift. Daarnaast betreffen de kosten op de apothekersnota's van 10 juli 2009 zogenaamde zelfzorgmiddelen. Deze kosten komen niet voor vergoeding in

aanmerking.

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, 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de door verzekerde in India genoten zorg volledig te vergoeden 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 1 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 2 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“medisch specialistisch onderzoek, behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging in een ziekenhuis. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging en paramedische zorg, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

(...)”

Artikel 7 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op farmaceutische zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

*“farmaceutische zorg omvat terhandstelling van:
a de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;*

(...)

Voorschrift: arts, tandarts, (tandarts)specialist verpleegkundige of verloskundige.

(...)

Uitsluitingen: de volgende middelen komen niet voor vergoeding in aanmerking:

(...)

• andere dan in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorggeneesmiddelen (middelen die zonder recept verkrijgbaar zijn). Voor meer informatie zie www.medicijnkosten.nl;

(...)”

In artikel 13 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland opgenomen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"1 De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg naar de omvang als omschreven in artikel 7 van de Algemene voorwaarden van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend. Eén en ander onverminderd het bepaalde in lid 6.

(...)

6 Bij het inroepen van zorg in een ander land dan waar de verzekerde woont of werkt heeft de verzekerde voor het inroepen van klinische medisch-specialistische zorg (ziekenhuisopname) als bedoeld in punt 2a en 2b en klinische geestelijke gezondheidszorg (opname) als bedoeld in 3c van de Lijst van aanspraken, voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig, tenzij er sprake is van medisch noodzakelijk zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland.

(...)"

In artikel 9, onder 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat de verzekeringnemer of de verzekerde de voor vergoeding in aanmerking komende kosten - onder overlegging van de originele nota's - bij de zorgverzekeraar kan declareren

- 8.3. De artikelen 2, 7 en 13 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering en artikel 9 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel 4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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.
- 8.5. Artikel 13 Zvw bepaalt dat een verzekerde (met een naturapolis) die zorg betreft bij een niet-gecontracteerde zorgverlener aanspraak kan maken op een door de ziektekostenverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg gemaakte kosten.
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7. Artikel 14 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op spoedeisende hulp in het buitenland (werelddekking), en luidt, voor zover hier van belang:

"spoedeisende geneeskundige behandeling tijdens vakantie, zakenreis, studiedoeleinden of ander tijdelijk verblijf van maximaal 12 maanden buiten Nederland, die in verband met een acute ziekte of een ongeval medisch noodzakelijk is. Onder spoedeisende hulp wordt in dit verband verstaan: hulp die redelijkerwijs niet was voorzien bij vertrek en niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland (of woonland).

• geneeskundige kosten, in aanvulling van de vergoeding op basis van de hoofdverzekering of verdrag:

- volledig, werelddekking.

(...)

Bijzonderheden: • ziekenhuisopname wordt uitsluitend vergoed als [naam ziektekostenverzekeraar] via de [naam ziektekostenverzekeraar] Alarmcentrale (...);

• de kosten verbonden aan opname in een ziekenhuis worden uitsluitend vergoed voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen;

• geneesmiddelen worden uitsluitend vergoed onder overlegging van het doktersvoorschrift;

• voor declaratie moet de verzekerde het volledig ingevulde declaratieformulier, samen met de originele nota's en bewijs van betaling indienen;

• vergoeding geschiedt in wettig Nederlands betaalmiddel tegen de omrekenkoersen van munteenheden van EU/EER landen of Zwitserland vastgesteld door het College voor

25 zorgverzekeringen. Voor zover er sprake is van een munteenheid van een verdragsland dan wel een niet-verdragsland, geldt de omrekenkoers op de dag waarop [naam ziektekostenverzekeraar] de desbetreffende vergoedingen uitkeert;

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat de ziekenhuisopnames en de behandeling van verzekerde in India prestaties onder de zorgverzekering vormen. Dit kan daarom verder onbesproken blijven.
- 9.2. De commissie constateert dat de kosten van beide ziekenhuisopnames volledig zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar.
- 9.3. Tijdens de hoorzitting zijn alle ter declaratie ingediende nota's besproken en heeft verzoeker de gang van zaken uiteengezet rondom de aanschaf van geneesmiddelen en andere medische benodigdheden in geval van een ziekenhuisopname in India. Een en ander is door de ziektekostenverzekeraar niet weersproken. De commissie neemt dit daarom als vaststaand feit aan en komt, alles overwegende, tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar de nota's van geneesmiddelen en andere medisch benodigdheden (die tijdens de ziekenhuisopnames zijn aangeschaft) ten onrechte heeft afgewezen op grond dat een verwijzing van een arts ontbreekt. Deze nota's dienen alsnog te worden vergoed.
- 9.4. Daarnaast zijn drie door verzoeker ingediende nota's afgewezen, omdat het hier niet de originele nota's zou betreffen. Verzoeker heeft gesteld de betreffende nota's gelijktijdig met andere nota's te hebben ingediend bij de balie van de ziektekostenverzekeraar. Aldaar zijn de nota's door een medewerker gekopieerd en verzoeker heeft de kopieën meegekregen. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat deze drie nota's – waarvan er twee in het Hindi zijn opgesteld – betrekking hebben op bloedonderzoek. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie gesteld dat de ingediende nota's alleen nog digitaal beschikbaar zijn. In een later stadium is gesteld dat de ingediende nota's weliswaar nog steeds fysiek beschikbaar zijn, maar dat het een tijdrovende, en daardoor dure, optie is om de originele nota's op te zoeken. Het ligt voor de hand om aan te nemen dat verzoeker bij balie van de ziektekostenverzekeraar originele nota's heeft ingediend. Nu de ziektekostenverzekeraar heeft nagelaten de ingediende nota's aan de commissie over te leggen, heeft de ziektekos-

tenverzekeraar zijn stelling dat door verzoeker geen originele nota's zijn ingediend niet aannemelijk gemaakt en gaat de commissie uit van de stelling van verzoeker dat de drie door hem ingediende nota's voor het bloedonderzoek originele nota's betroffen. Een en ander leidt tot de conclusie dat, nu het bloedonderzoek tot de verzekerde zorg behoort en dit blijkbaar geïndiceerd was, deze drie nota's dienen te worden vergoed.

- 9.5. In de polisvoorwaarden is geen aanspraak opgenomen voor de kosten van hotel, taxi, telefoon en vliegtickets. Deze kosten komen daarom niet voor vergoeding in aanmerking.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. Op grond van artikel 14 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat, in aanvulling op de vergoeding op basis van de zorgverzekering, aanspraak op volledige vergoeding van de kosten van spoedeisende geneeskundige behandeling tijdens vakantie. Uit het dossier blijkt niet dat de kosten voor de in India verleende zorg meer hebben bedragen dan hetgeen op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt. Daarom bestaat geen aanspraak op een aanvullende vergoeding op grond van dit artikel.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen in 9.3 en 9.4 is gesteld.
- 9.8. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek deels toe, zoals nader aangegeven in 9.7.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 3 november 2010,

Voorzitter