

ANONIEM TUSSENUITSPRAAK

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door de C te D
, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem

Zaak : Medisch specialistische zorg, buitenland, Afghanistan, afwijsggrond, specificatie nota

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden
aanvullende ziektekostenverzekering 2018

Zaaknummer : 201900849

Zittingsdatum : 4 december 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

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

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 1 april 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 augustus 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 14 augustus 2019 aan verzoeker gezonden, waarbij hem is gevraagd hierop te reageren. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 19 augustus 2019 gereageerd op voornoemde brief van de ziektekostenverzekeraar. Een kopie van deze reactie is op 23 augustus 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 december 2019 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering GemeentePakket Compleet (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker verbleef in september en oktober 2018 in Afghanistan. Aldaar is hij ziek geworden en is hij opgenomen in een ziekenhuis te Kabul. Na terugkomst in Nederland heeft hij de nota ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 december 2018 aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van de betreffende ziekenhuisopname niet worden vergoed.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 30 januari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. De behandelend cardioloog in het ziekenhuis te Kabul heeft over verzoeker verklaard: *“This is to certify that [naam verzoeker] holding [ID-nummer] had been admitted at ER of this hospital on Oct. 05.2018 at 06.00 am for his critical condition due to Hypertensive crisis and the patiënt was identified with ischemic changes (ST elevation/MI).*

Patiënt was under in-bed care till Oct. 23.2018 and discharged by medical physician with required prescription and advices for home rest."

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 augustus 2019 verklaard dat hij niet langer het standpunt inneemt dat het verzoek moet worden afgewezen, omdat hem niet voorafgaand om toestemming is gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker gevraagd aanvullende informatie te sturen. Een kopie van deze brief is aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft in reactie hierop, op 19 augustus 2019, per e-mail aan de commissie meegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar volgens hem al over alle benodigde informatie beschikt. Een kopie van dit e-mailbericht is op 23 augustus 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Verzoeker heeft op 23 oktober 2019 zijn medicatieoverzicht aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 29 oktober 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de nota voor de in Kabul, Afghanistan, genoten zorg moet vergoeden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoeker was in september 2018 op familiebezoek in Afghanistan. Tijdens zijn verblijf aldaar heeft hij ernstige hartritmestoornissen en hypertensie ervaren en is daarom op 5 oktober 2018 om 06.00 uur met spoed met de ambulance naar het ziekenhuis te Kabul gebracht, alwaar hij is opgenomen. Hij verkeerde op dat moment in een kritieke toestand. Verzoeker was daardoor niet in staat aan de ziektekostenverzekeraar vooraf toestemming te vragen voor de opname van één of meer nachten. Nadat zijn gezondheidstoestand wat stabielere was geworden, is verzoeker op 23 oktober 2018 ontslagen uit het ziekenhuis. De kosten van de ziekenhuisopname zijn door zijn familie voorgeschoten. Deze moet hij terugbetalen. Verzoeker is na het ontslag met de eerst mogelijke vlucht op 26 oktober 2018 teruggekeerd naar Nederland om zijn behandeling hier voort te zetten.

Bij terugkomst in Nederland heeft verzoeker direct contact opgenomen met zijn ambulante begeleidster. Verzoeker heeft een geestelijke beperking, een laag IQ alsmede PTSS en depressieve klachten. Hij wordt daarom al een aantal jaren bijgestaan door deze ambulante begeleidster. Zij heeft namens verzoeker de nota van de opname ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Nadat de vergoeding hiervan was afgewezen, heeft de ambulante begeleidster telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, waarbij zij heeft uitgelegd dat ten tijde van de opname sprake was van een spoedsituatie. Op verzoek van de ziektekostenverzekeraar heeft de begeleidster alle relevante documenten toegezonden. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om aanvullende informatie

van de behandelend arts. Deze informatie is op 6 december 2018 aan de ziektekostenverzekeraar gemaild. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn afwijzende beslissing evenwel gehandhaafd. Tijdens de hoorzitting heeft verzoeker verklaard dat hij bereid is een machtiging aan de ziektekostenverzekeraar af te geven voor het opvragen van informatie bij de zorgverlener.

- 6.3. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 19 augustus 2019 - in reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 13 augustus 2019 - aan de commissie meegedeeld dat hij alle gegevens betreffende de ziekenhuisopname reeds heeft ingediend. Ook tijdens de interne klachtenprocedure heeft de ziektekostenverzekeraar al aanvullende informatie bij hem opgevraagd. Vervolgens heeft verzoeker samen met zijn begeleidster contact opgenomen met het ziekenhuis te Kabul om aan te tonen dat sprake was van een spoedopname. Deze informatie is destijds overgelegd. Verzoeker begrijpt niet welke gegevens de ziektekostenverzekeraar nog concreet wil hebben om de aanvraag te kunnen beoordelen.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de gedeclareerde nota in eerste instantie - en ook in de fase van de heroverweging - afgewezen, omdat verzoeker hem niet voorafgaand aan de opname om toestemming had gevraagd. Dit is wel vereist voor een opname in het buitenland. Daarnaast had verzoeker de opname niet gemeld bij de alarmcentrale. Nadat verzoeker het geschil had voorgelegd aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar erkend dat hij de vergoeding niet op de juiste grond had afgewezen, omdat wél sprake was van spoedzorg. Uit de ontvangen informatie wordt volgens de ziektekostenverzekeraar echter niet duidelijk wat gedurende de opname in het ziekenhuis is gebeurd, en wat er medisch gezien precies aan de hand was met verzoeker. De ontslagbrief geeft de indruk dat er eigenlijk geen lichamelijke problemen (meer) waren, omdat geen aftercare of medicatie is voorgeschreven aan verzoeker. Daarnaast is een opname van achttien dagen bij de klachten die verzoeker had medisch gezien niet passend. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker daarom verzocht hem (rechtstreeks) aanvullende informatie over de gestelde diagnose en een kopie van het behandelplan te sturen. Na ontvangst van deze informatie zal de ziektekostenverzekeraar beoordelen of verzoeker aanspraak heeft op een vergoeding. Tijdens de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de overgelegde stukken onduidelijk zijn. Daarom kan hij geen DBC vaststellen. Er is bij de ziektekostenverzekeraar geen informatie bekend over zorg die in Nederland vóór of ná het verblijf in Afghanistan is verleend. Ten aanzien van het nagezonden medicatieoverzicht van verzoeker merkt de ziektekostenverzekeraar op dat dit dateert van maanden na de ziekenhuisopname. Het is dus niet duidelijk of deze geneesmiddelen zijn voorgeschreven naar aanleiding van de opname in Afghanistan. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat het eenvoudiger is als verzoeker zelf de informatie opvraagt bij de zorgverlener in Afghanistan. De ziektekostenverzekeraar beheerst de taal namelijk niet. Daarnaast is de ziektekostenverzekeraar niet bekend met wat er aan informatie zou kunnen komen. De huidige informatie is althans heel erg onduidelijk. Normaal is het zo dat iemand bij opname belt en dan kan op dat moment navraag worden gedaan bij de zorgverlener. Het is bovendien de vraag of een en ander goed is gedocumenteerd. De ziektekostenverzekeraar tekent aan dat verzoeker in 2015 ook een spoedopname in Afghanistan heeft gehad. Toen heeft hij wel de alarmcentrale gebeld. Hij zou dus moeten weten dat dit de procedure is. De ziektekostenverzekeraar wil wel proberen om - met toestemming van verzoeker - via de alarmcentrale informatie op te vragen in Afghanistan. Maar als hier niets uitkomt, blijft hij bij zijn afwijzing.
- 6.5. De commissie stelt vast dat tussen partijen niet meer in geschil is dat ten tijde van de ziekenhuisopname sprake was van spoedzorg. Blijft over de vergoeding van de kosten van de in Afghanistan verleende zorg. De commissie overweegt hierover als volgt.

6.6. De diagnose is door de behandelend arts overgelegd. De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel verklaard dat hij uit de nota van het ziekenhuis niet kan opmaken tot welke vergoeding hij is gehouden.

De commissie overweegt dat op basis van de huidige informatie niet is vast te stellen of verzoeker aanspraak heeft op een vergoeding ten laste van de zorgverzekering, en als dit het geval is, welke vergoeding moet worden toegekend. Met name ontbreken het behandelplan en een toelichting van de behandelend arts op de duur van de opname. Daarom wil de commissie nog éénmaal proberen om de benodigde informatie boven tafel te krijgen. Verzoeker wordt daarom verzocht een machtiging verlenen aan de ziektekostenverzekeraar om via diens alarmcentrale voornoemde informatie op te vragen bij de zorgverlener in Afghanistan. Vervolgens zal de ziektekostenverzekeraar via zijn alarmcentrale informatie opvragen bij het ziekenhuis in Afghanistan over de opname van verzoeker in 2018. De op te vragen informatie betreft het behandelplan en een toelichting van de behandelend arts op de duur van de opname. De ziektekostenverzekeraar dan wel zijn alarmcentrale stelt de zorgverlener een termijn van zes weken om de gevraagde informatie over te leggen. Als de ziektekostenverzekeraar voornoemde informatie heeft ontvangen en deze toereikend is, bepaalt hij de hoogte van de te verlenen vergoeding ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar informeert de commissie hierover. Ook als de ziektekostenverzekeraar voornoemde informatie niet dan wel niet tijdig ontvangt, informeert hij de commissie hierover.

6.7. De commissie houdt iedere verdere beslissing aan.

7. Tussenuitspraak

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) verzoeker binnen twee weken na dagtekening van deze tussenuitspraak door de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid wordt gesteld een machtiging te verlenen aan de ziektekostenverzekeraar teneinde - via diens alarmcentrale - informatie bij het ziekenhuis in Afghanistan op te vragen over de opname in 2018;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar, zo spoedig mogelijk ná het ontvangen van voornoemde machtiging, via zijn alarmcentrale informatie zal opvragen bij het ziekenhuis in Afghanistan over de opname van verzoeker in 2018. De op te vragen informatie betreft het behandelplan en een toelichting van de behandelend arts op de duur van de opname. De ziektekostenverzekeraar dan wel zijn alarmcentrale geeft de zorgverlener een termijn van zes weken om de gevraagde informatie over te leggen;
- (iii) als de ziektekostenverzekeraar voornoemde informatie heeft ontvangen en deze daartoe toereikend is, hij de hoogte van de te verlenen vergoeding ten laste van de zorgverzekering zal vaststellen. De ziektekostenverzekeraar informeert de commissie hierover;
- (iv) als de ziektekostenverzekeraar voornoemde informatie niet dan wel niet tijdig ontvangt, hij de commissie hierover eveneens informeert.

7.2. De commissie houdt iedere verdere beslissing aan.

Zeist, 18 december 2019,

J.A.M. Strens-Meulemeester

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

3. Europese wet- en regelgeving
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

4. Overige stukken

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Zorgverzekeringswet

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde

- embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
- 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
- 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.