



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Buitenland, Iran, geneeskundige zorg, neusoperatie, hoogte vergoeding, specificatie nota

Zaaknummer : 201501861

Zittingsdatum : 22 juni 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

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

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
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 grond van de verzekering Agis Basispolis Basic (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Plus Amsterdam afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 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 de kosten van een in Iran uitgevoerde neusoperatie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 november 2014 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 4 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de nota van 5.400.000 Rial (€ 162,--) te vergoeden, omdat hiervan een betaalbewijs is overgelegd. De gevorderde acht miljoen Toeman blijft afgewezen. Vanwege de onduidelijkheid rond de door verzoekster betaalde kosten, wordt het bedrag van € 162,-- nog niet aan verzoekster vergoed.
- 3.4. Bij brief van 17 februari 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 stukken gevoegd.

-  3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 april 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 mei 2016 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 mei 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 juni 2016 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. Op grond van artikel 114 lid 3 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.
-  3.9. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.10. De gemachtigde van verzoekster heeft de commissie op de ochtend van 22 juni 2016 per fax medegedeeld dat verzoekster ziek is, en dat hij en verzoekster daarom niet bij de hoorzitting aanwezig zullen zijn. De gemachtigde heeft verzocht om de hoorzitting te verzetten. De commissie heeft dit verzoek op 22 juni 2016 per e-mail afgewezen.
De commissie heeft op het vooraf doorgegeven tijdstip geprobeerd telefonisch contact te krijgen met de gemachtigde van verzoekster, maar hij was niet bereikbaar.
-  3.11. De ziektekostenverzekeraar is op 22 juni 2016 telefonisch gehoord.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. Verzoekster had in 2014 last van haar neus. Zij is door de Nederlandse KNO-arts voor een hersteloperatie verwezen naar de arts in Iran die eerder bij haar een neuscorrectie had uitgevoerd. De hersteloperatie is goed verlopen. Na terugkomst in Nederland heeft verzoekster de door haar in Iran gemaakte kosten gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.
-  4.2. De Nederlandse KNO-arts heeft verzoekster op 16 juli 2013 gezien op het spreekuur, omdat zij last had van haar neus. De KNO-arts verklaart het volgende: *"O/ links ter plaatse van overgang neuspunt naar vestibulum fluctuerende zwelling en bloederig ulcus, geen pust te evacueren Lijkt niet op herpes
C/ verdenking achtergebleven hechting links na rhinoplastiek in Iran
B/ gaat nu naar Iran voor herevaluatie bij de operateur die de rhinoplastiek heeft verricht"*.
De (Iraanse) behandelend KNO-arts heeft bij ongedateerde (vertaalde) verklaring medegedeeld dat verzoekster is geopereerd in verband met een vervorming van het neustussenschot en een "nasal deformity". Een septumcorrectie en een correctie van de deformatie van de neus zijn uitgevoerd. De septumcorrectie was noodzakelijk. Voor deze operatie is een bedrag van acht miljoen Toeman betaald.
-  4.3. De artsen in Iran verlangen - vrijwel zonder uitzondering - voorafgaande, contante betaling voor een consult of behandeling. Het verstrekken van een kwitantie is niet gebruikelijk en wordt alleen gedaan op verzoek van de patiënt, zoals ook in de onderhavige situatie is gebeurd. De door de arts Ahmad Khas Ahmadi opgemaakte verklaring is te beschouwen als een dergelijk bewijsstuk. Verzoekster heeft acht miljoen Toeman betaald aan deze arts. Het bedrag van 5.400.000 Rial voor de dagopname is betaald aan de kliniek waar de ingreep heeft plaatsgevonden. Laatstgenoemd bedrag kon verzoekster wel met haar betaalpas voldoen.

- 4.4. Verzoekster heeft een verklaring overgelegd van haar neef, die zij heeft laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaling hiervan luidt als volgt: *"Ik, Yasser Nazari was op de datum van 2014 / 2015 [Iraanse jaartelling : 1393] samen met mevrouw [naam verzoekster] (mijn tante) voor een neusoperatie met haar samen en ik was er getuige van dat zij een bedrag van 8.000.000 (acht miljoen To[er]man) voor de operatie aan haar dokter chirurg (dr. Ahmad Khas Ahmadi) contant heeft betaald."*
- 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. De ziektekostenverzekeraar heeft de ingediende declaratie in eerste instantie volledig afgewezen, omdat een medische indicatie voor de onderhavige neuscorrectie ontbreekt. De Nederlandse KNO-arts en de huisarts spreken over een plek in de neus die ontstoken blijft. De arts in Iran heeft een uitgebreide neuscorrectie uitgevoerd. Over een ontsteking wordt door deze arts niet gesproken.
- 5.2. Naar aanleiding van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar besloten zijn eerdere beslissing te herzien. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van kosten van zorg in het buitenland. Voor zorg die is verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder bedraagt deze vergoeding maximaal 80 percent van het in Nederland geldende marktconforme tarief. De vergoeding voor een inwendige neuscorrectie bedraagt in Nederland maximaal € 1.833,67. De ziektekostenverzekeraar kan echter alleen de nota van 5.400.000 Rial (€ 162,--) aan verzoekster vergoeden, omdat hiervan een betaalbewijs is overgelegd. De gevorderde acht miljoen Toeman blijft afgewezen, omdat een nota of betaalbewijs met betrekking hiertoe ontbreekt. In de vertaling van de verklaring van de behandelend arts wordt weliswaar medegedeeld dat de operatie acht miljoen Toeman kost, maar niet dat verzoekster dit bedrag (of een ander bedrag) heeft betaald.
- 5.3. Op grond van artikel 9.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering dient de originele nota ter declaratie te worden ingediend. Volgens verzoekster heeft zij de behandelend KNO-arts acht miljoen Toeman betaald voor de in Iran uitgevoerde operatie. Echter, wegens het ontbreken van een originele nota kan de ziektekostenverzekeraar deze declaratie niet in behandeling nemen. De overgelegde schriftelijke verklaringen van de behandelend arts, verzoekster en haar neef maken dit niet anders.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat er geen originele nota is overgelegd ter zake van de geclaimde acht miljoen Toeman. Daarnaar gevraagd antwoordt de ziektekostenverzekeraar dat de toegezegde vergoeding van € 162,-- nog niet was uitbetaald, omdat nog werd gewacht op de informatie van (de gemachtigde van) verzoekster. Deze informatie is inmiddels ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft voor de hoorzitting niet gecontroleerd of dit bedrag inmiddels is uitbetaald. Over het bedrag van € 162,-- bestaat evenwel geen discussie.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, welke bepaling volgens artikel 1 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door verzoekster gevorderde kosten van acht miljoen Iraanse Toeman ter zake van een in Iran uitgevoerde neuscorrectie 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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 2 c van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastisch-chirurgische behandelingen in een ziekenhuis bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving: op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien de behandeling strekt tot correctie van:

a afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;

b verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;

(...)

De plastisch-chirurgische zorg omvat onderzoek, behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door wat 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.

Zorgverlening: medisch specialist in een ziekenhuis.

Prestatie: • gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg.

• niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

Verwijzing: huisarts of medisch specialist.

Machtiging: ja, vooraf op een gemotiveerde aanvraag van de behandelend medisch specialist tenzij Agis afspraken heeft gemaakt met het gecontracteerde ziekenhuis.

(...)"

8.4. Artikel 15 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en 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.

(...)

7 Op afhandeling van declaraties uit het buitenland is artikel 9 van de Algemene Voorwaarden onverminderd van toepassing."

- 8.5. Artikel 7 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering regelt de prestatiewijze en omvang van de dekking, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

3 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door de verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder of instelling, wordt de vergoeding tenzij anders bepaald bij het desbetreffende artikel beperkt tot maximaal 70% van het gemiddelde door Agis gecontracteerde tarief, met inachtneming van het hieronder onder lid 5 bepaalde. Informatie over deze tarieven is beschikbaar op www.agisweb.nl/polisvoorwaarden of kan nagevraagd worden bij onze Klantenservice 033 330 40 40.

(...)"

- 8.6. Artikel 9 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering regelt de afhandeling van declaraties, en luidt, voor zover hier van belang:

"2 De verzekeringnemer of de verzekerde kan de voor vergoeding in aanmerking komende kosten:
a onder overlegging van de originele nota's – bij de zorgverzekeraar declareren. De declaratie moet bij de zorgverzekeraar worden aangeboden binnen 36 maanden nadat de verzekeringnemer of de verzekerde met het recht op vergoeding bekend is geworden. De vergoeding zal worden overgemaakt op het bij Agis met betrekking tot deze verzekeringsovereenkomst bekende rekeningnummer;

b bij de zorgverzekeraar digitaal declareren via 'Mijn Agis' op de wijze zoals daar aangegeven. (...)"

- 8.7. De artikelen 7 en 9 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de artikelen 2 c en 15 van de 'Lijst van aanspraken' 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).

- 8.8. 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.
Behandeling van plastisch chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.

- 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 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster in 2014 in Iran een operatie aan haar neus heeft ondergaan en dat deze behandeling behoort tot de aanspraken in het kader van de zorgverzekering. Naar de commissie begrijpt vormt de indicatie voor de uitgevoerde behandeling niet langer

onderwerp van geschil. Hetgeen partijen thans nog verdeeld houdt, is of een deel van de met de behandeling gemoeide kosten (acht miljoen Toeman) voor vergoeding in aanmerking komt.

- 9.2. In artikel 9 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat verzoekster de voor vergoeding in aanmerking komende kosten bij de ziektekostenverzekeraar kan declareren door overlegging van de originele nota's. In de onderhavige situatie staat vast dat verzoekster geen originele nota van de behandelend KNO-arts heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Ook in de geschilprocedure is geen originele nota overgelegd. De ziektekostenverzekeraar mocht daarom de door verzoekster gevorderde vergoeding van acht miljoen Toeman afwijzen. Uit de verklaring van de behandelend KNO-arts is niet af te leiden dat verzoekster ter zake van de uitgevoerde behandeling voornoemd bedrag daadwerkelijk aan hem heeft betaald. De verklaringen van verzoekster en haar neef (de getuige) maken het voorgaande niet anders. Met betrekking tot de door het ziekenhuis berekende kosten van 5.400.000 Rial (€ 162,--) overweegt de commissie dat een betaalbewijs is overgelegd, waarna door de ziektekostenverzekering vergoeding is toegezegd, zodat - zonder nadere toelichting, die ontbreekt - niet valt in te zien waarom uitbetaling van genoemd bedrag wordt geweigerd. De ziektekostenverzekeraar dient dit bedrag dan ook betaalbaar te stellen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 juli 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester