



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.,
beide te Houten
Zaak : Zuid-Afrika, geneeskundige zorg, kaakoperatie, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201501883
Zittingsdatum : 11 mei 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden ziektekostenverzekering 2015, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeringen N.V. te Houten, en
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering ONVZ Basisfit Internationaal (hierna: de ziektekostenverzekering). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Optifit Internationaal 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een kaakchirurgische operatie in Zuid-Afrika (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 27 mei 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk wordt ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 631,92.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 2 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat een extra vergoeding zal worden verleend. De totale vergoeding bedraagt hierdoor € 927,87. Van dit bedrag wordt € 100,- verrekend met het eigen risico 2015 van verzoeker.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten een extra vergoeding te verlenen van € 266,11.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 11 december 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan inmiddels aan hem is betaald in te willigen, ten laste van de ziektekostenverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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.

-  3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 2 maart 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 maart 2016 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 22 maart en 2 mei 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 mei 2016 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. Verzoeker heeft tijdens zijn verblijf in Zuid-Afrika vanwege kiespijn tot twee keer toe een tandarts bezocht. De tandarts kon de problemen van verzoeker niet verhelpen en heeft hem verwezen naar een kaakchirurg. Deze heeft vastgesteld dat onder algehele narcose de verstandskiezen en een gewone kies moesten worden getrokken. Daarnaast moest een cyste worden verwijderd. In overleg met verzoeker heeft de kaakchirurg een kostenbegroting opgesteld en is afgesproken dat de operatie op 22 mei 2015 zou plaatsvinden.
-  4.2. Op 24 april 2015 heeft verzoeker de door de kaakchirurg opgestelde begroting aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd en gevraagd in hoeverre de kosten worden vergoed. Ongeveer vier weken later ontving verzoeker een brief van een bij naam genoemde medewerker van de ziektekostenverzekeraar. In deze brief meldde de ziektekostenverzekeraar dat een en ander onduidelijk was en werd verzoeker verzocht telefonisch contact op te nemen. Op 13 mei 2015 heeft verzoeker telefonisch gesproken met de betreffende medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek is uitgebreid gesproken over de voorgestelde behandeling. De medewerker begreep de situatie van verzoeker en zegde toe dat de behandeling volledig door de ziektekostenverzekeraar zou worden vergoed. Een bevestiging van het gesprek zou per e-mail aan verzoeker worden gezonden.
-  4.3. Aangezien verzoeker op 20 mei 2015 nog geen bevestiging van het gesprek had ontvangen, heeft hij op die datum nogmaals telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. De medewerkster van de ziektekostenverzekeraar die hij bij die gelegenheid sprak maakte excuses en zegde toe dat verzoeker vóór 22 mei 2015 (de datum van de operatie) alsnog een reactie van de ziektekostenverzekeraar zou ontvangen. Echter, pas op 27 mei 2015 ontving verzoeker van de ziektekostenverzekeraar het bericht dat de vergoeding slechts € 631,92 zou bedragen.
-  4.4. Nadat de ziektekostenverzekeraar een herbeoordeling had uitgevoerd en de Ombudsman Zorgverzekeringen had bemiddeld, is de ziektekostenverzekeraar weliswaar overgegaan tot het verlenen van een hogere vergoeding (totaal € 1.093,98) maar ook deze vergoeding dekt de kosten die verzoeker heeft moeten betalen in Zuid-Afrika (ca. € 2.300,--) maar voor een deel.
-  4.5. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunten herhaald. Tevens heeft verzoeker benadrukt dat hij verschillende keren met de ziektekostenverzekeraar contact heeft gehad. Tijdens deze contacten heeft de ziektekostenverzekeraar op geen enkele manier verteld dat de behandelingen niet zouden worden vergoed. Sterker nog de medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker medegedeeld dat er geen problemen waren, hij mocht zich laten behandelen. Verzoeker heeft verschillende keren de ziektekostenverzekeraar verzocht de toezegging schriftelijk te laten bevestigen, maar tot op heden heeft de ziektekostenverzekeraar dit nagelaten.
-  4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Op grond van artikel 1 lid 2 van 'Deel B' van de ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. De ziektekostenverzekeraar heeft van verzoeker nota's ontvangen van een kaakchirurgische behandeling in Zuid-Afrika. De ziektekostenverzekeraar heeft nadien bij elke verrichting het in Nederland geldende marktconforme tarief berekend. Volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar bedraagt de vergoeding - onder aftrek van het eigen risico van € 100,-- - totaal € 1.093,98. Dit bedrag is aan verzoeker uitgekeerd.
- 5.2. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 24 april 2015 de ziektekostenverzekeraar een begroting gestuurd. Verzoeker meent dat hij vervolgens lang heeft moeten wachten tot hij antwoord kreeg. In reactie op deze stelling voert de ziektekostenverzekeraar aan dat verzoeker op 15 mei 2015 een e-mailbericht is gestuurd met daarin excuses voor de late reactie. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar in het betreffende e-mailbericht aan verzoeker medegedeeld dat aan de hand van de ingediende begroting niet duidelijk is wat de kaakchirurg exact gaat uitvoeren en dat om die reden pas achteraf kan worden beoordeeld of aanspraak bestaat op vergoeding.
- 5.3. Voorts is door verzoeker gesteld dat hij op 13 mei 2015 heeft gesproken met een bij naam genoemde medewerker van de ziektekostenverzekeraar en dat hem bij die gelegenheid is toegezegd dat de kosten van de ingreep volledig worden vergoed. Aangezien van het betreffende gesprek geen notitie is gemaakt, kan volgens de ziektekostenverzekeraar niet worden achterhaald wat toen is besproken.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere standpunten herhaald.
- 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 9 van 'Deel A' van de ziektekostenverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de ziektekostenverzekering 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 aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan inmiddels aan verzoeker is betaald in te willigen, ten laste van de ziektekostenverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.
- 8.2. Artikel 4 van 'Deel B' van de ziektekostenverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Een medisch-specialist verleent de zorg. Voor vergoeding is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, jeugdgezondheidszorgarts of bedrijfsarts, behalve bij

onvoorziene behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan een verloskundige ook verwijzen.

a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor opname in een ziekenhuis op basis van de laagste klasse voor maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen.

Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

ONVZ vergoedt de kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt ONVZ de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname. (...)"

8.3. Artikel 1 van 'Deel B' van de ziektekostenverzekering luidt:

"lid 1

De ONVZ Basisfit Internationaal biedt aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij bent u vrij in de keuze van zorgverlener. De zorgverlener moet wel voldoen aan de geldende (kwaliteits)wetgeving.

lid 2

ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal:

- 1. het tarief overeengekomen tussen de zorgverlener en ONVZ;*
- 2. als er geen contract is, het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) op het moment van behandeling, of*
- 3. als er geen Wmg-tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.*

lid 3

ONVZ vergoedt nota's van buitenlandse zorgverleners in euro's volgens de wisselkoers op de datum waarop declaratieverwerking plaatsvindt."

8.4. Artikel 17 van 'Deel B' van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft de vergoeding van kosten van zorg buiten het woonland en luidt, voor zover hier van belang:

"ONVZ vergoedt de volgende kosten buiten uw woonland: (...)

lid 2 Voorziene behandelingen

• ONVZ vergoedt de buiten uw woonland gemaakte kosten, volgens de voorwaarden van de ONVZ Optifit Internationaal, als er sprake is van een voorziene behandeling. De vergoeding wordt verleend volgens de in het betreffende land geldende wettelijke of marktconforme bedrag tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag en het in de voorwaarden genoemde maximum bedrag.

• ONVZ vergoedt de kosten van medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), volledig als de zorg is verleend in een door ONVZ erkend ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding volgens de Basisfit Internationaal of een andere zorgverzekering maakt deel hiervan uit. Een overzicht van de erkende ziekenhuizen kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de ziektekostenverzekering

9.1. Vast staat dat verzoeker tijdens zijn verblijf in Zuid-Afrika ervoor heeft gekozen aldaar een kaakchirurgische behandeling te laten uitvoeren. Tussen partijen is niet in geschil dat de bij verzoeker uitgevoerde behandeling een verzekerde prestatie vormt onder de ziektekostenverzekering, en dat verzoeker hiervoor een (verzekerings)indicatie had. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de hoogte van de vergoeding.

9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft, onder verwijzing naar artikel 1 lid 2 van 'Deel B' van de ziektekostenverzekering, gesteld dat hij de kosten vergoedt op basis van de Wmg-tarieven dan wel

- bij ontbreken hiervan - tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Aangezien de onderhavige kosten niet vallen onder de werking van de Wmg, heeft de ziektekostenverzekeraar het in Nederland geldende marktconforme tarief, behorend bij de door verzoeker gedeclareerde kosten, berekend. Volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar bedraagt de vergoeding - onder aftrek van het eigen risico van € 100,-- - totaal € 1.093,98. Dit bedrag is aan verzoeker uitgekeerd. Gelet op het feit dat de ziektekostenverzekeraar onder andere de verrichtingencode met de omschrijving 'Extracties in algehele anesthesie van één of meerdere elementen in één kaakhelft' heeft gebruikt, en bij verzoeker onder verdoving de verstandskiezen en een gewone kies zijn verwijderd, komt de commissie de berekening van de ziektekostenverzekeraar niet onjuist voor. Aangezien verzoeker voorts de juistheid van bedoelde berekening niet gemotiveerd heeft bestreden - hij heeft in dit verband enkel aangevoerd dat de kosten hoger waren dan de verleende vergoeding -, stelt de commissie vast dat de ziektekostenverzekeraar de gedeclareerde nota's conform het maximaal in Nederland geldende marktconforme tarief heeft vergoed. De ziektekostenverzekeraar is dan ook niet gehouden over te gaan tot het verlenen van een hogere vergoeding dan die reeds werd gegeven, ten laste van de ziektekostenverzekering. Dat het in rekening gebrachte tarief voor de in Zuid-Afrika ondergane behandeling hoger is dan het maximaal in Nederland geldende marktconforme tarief leidt op basis van de polisvoorwaarden niet tot een recht op een hogere uitkering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Op grond van artikel 17 lid 2 van 'Deel B' van de ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van voorziene behandelingen tot maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag. Nu verzoeker deze vergoeding reeds ten laste van de ziektekostenverzekering heeft ontvangen, is de commissie van oordeel dat het verzoek niet op basis van deze verzekering kan worden toegewezen.

Telefonische toezegging

- 9.4. Door verzoeker is in de eerste plaats gesteld dat hij op 13 mei 2015 telefonisch contact heeft gehad met een bij naam genoemde medewerker van de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid verzoeker is medegedeeld dat de gehele behandeling zou worden vergoed. Volgens de ziektekostenverzekeraar is van het betreffende gesprek geen telefoonnotitie gemaakt. De commissie merkt op dat het aan verzoeker, als stellende partij, is aannemelijk te maken dat hem tijdens het telefoongesprek bepaalde toezeggingen zijn gedaan. Verzoeker is hierin in de procedure niet geslaagd. Daarbij tekent de commissie nog aan dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording hiervan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat.
- 9.5. Voorts is door verzoeker gesteld dat hij, nadat hij de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 24 april 2015 een begroting had gestuurd met hieraan gekoppeld de vraag naar de hoogte van de vergoeding, eerst op 27 mei 2015 - derhalve na de operatie - van deze een antwoord heeft ontvangen. Dienaangaande merkt de commissie op dat de feitelijke gang van zaken wel enigszins anders is geweest. Op het e-mailbericht van 24 april 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd bij e-mailbericht van 15 mei 2015, met daarin – onder het aanbieden van excuses – een verzoek om nadere informatie, omdat aan de hand van het behandelplan niet kon worden opgemaakt welke behandeling de kaakhirurg zou gaan uitvoeren. Dat de ziektekostenverzekeraar vervolgens, op basis van de nader verkregen informatie, een antwoord heeft gegeven op 27 mei 2015 komt de commissie niet onacceptabel voor, waarbij zij overigens wel aantekent het weinig gelukkig te vinden dat de eerste reactie op het e-mailbericht van 24 april 2015 eerst dateert van 15 mei daaropvolgend. Een en ander leidt er overigens niet toe dat de commissie in deze tot een ander oordeel komt dan hiervoor overwogen.

Conclusie

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 mei 2016,



J.A.M. Strens-Meulemeester

