

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : EU/EER, Polen, declaraties, eis beëdigde vertaling
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020 en 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4
Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021, art. 11 Vo.
nr. 883/2004
Zaaknummer : 202101191
Zittingsdatum : 9 februari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 15 november 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan; op 22 november 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 januari 2022 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 18 januari 2022 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 25 januari 2022 respectievelijk 2 februari 2022 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in de jaren 2020 en 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering IZA Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Extra Zorg 1 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker woont in Polen en heeft inkomsten uit Nederland. Hij heeft daarom in Nederland de zorgverzekering afgesloten. Hij heeft bij de ziektekostenverzekeraar enkele nota's gedeclareerd. Deze nota's zien op de kosten van de huisarts en de cardioloog, en op laboratoriumonderzoek.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op verschillende data, waaronder op 23 juli 2020, vergoeding van de ingediende nota's afgewezen.
- 3.4. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar op 20 juli 2021 per brief meegedeeld alle op dat moment openstaande nota's alsnog aan verzoeker te vergoeden.

4. Het geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar de voorwaarde van een beëdigde vertaling van door hem in te dienen nota's niet mag stellen, en op basis van de door hem ingediende nota's een vergoeding had moeten toekennen; en
- (ii) de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan hem moet vergoeden.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over geneeskundige zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de van belang zijnde artikelen uit Vo. nr. 883/2004 opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

6.2. Verzoeker heeft zich in 2002 gevestigd in Polen. Vanaf 2005 is hij daar ingeschreven in het bevolkingsregister, met inachtneming van de Poolse en Europese regelgeving. Vereisten voor inschrijving waren aantoonbaar aanwezig structureel inkomen en een ziektekostenverzekering in het land van herkomst. Verzoeker ontvangt pensioen en AOW vanuit Nederland. Hij diende zijn Nederlandse zorgverzekering daarom aan te houden. Jaarlijks bezoekt hij zijn Poolse huisarts en cardioloog. Er vindt voorts regelmatig laboratoriumonderzoek plaats. Ook bezoekt hij soms de neuroloog of oogarts. Hij kan geen EHIC tonen, omdat hij niet tijdelijk, maar permanent in Polen verblijft. De kosten van de zorg die hij nodig heeft, declareert hij bij de ziektekostenverzekeraar. Deze vergoedt de nota's steeds, maar de laatste jaren worden de nota's soms afgewezen omdat deze in het Pools zijn opgesteld. Verzoeker is het er niet mee eens dat de eis wordt gesteld dat nota's in een door de ziektekostenverzekeraar aangewezen taal moeten worden opgesteld dan wel dat een beëdigde vertaling nodig is. In Polen spreekt men enkel Pools, zodat het niet mogelijk is de nota's in een andere, in de verzekeringsvoorwaarden aangewezen taal te laten opstellen. Gezien de soms geringe bedragen van de nota's, is het in verhouding erg duur de nota's te laten vertalen. Dit komt namelijk gemiddeld neer op een bedrag van € 50,- per declaratie. Het is daarnaast voor de ziektekostenverzekeraar vaak prima te herleiden waarop de nota's zien. Kennelijk was dit in het verleden ook geen probleem. Verzoeker is daarom van mening dat de ziektekostenverzekeraar de nota's zonder beëdigde vertaling moet accepteren en moet vergoeden.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

6.3. In het verleden is met verzoeker afgesproken dat hij de nota's rechtstreeks mag declareren bij een vaste medewerker. De door hem meegezonden toelichting bij de gedeclareerde nota's werd namelijk niet gelezen, omdat deze automatisch wordt verwerkt. Verzoeker heeft de nota's hierop naar de vaste medewerker gestuurd, maar daarbij is iets misgegaan, waardoor deze toch niet zijn verwerkt. Overigens waren ook deze nota's in de Poolse taal opgesteld, en was hierbij geen beëdigde vertaling gevoegd. De ziektekostenverzekeraar heeft er in het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen voor gekozen de ingediende nota's toch aan verzoeker te vergoeden. In het vervolg dient verzoeker de nota's echter in het Nederlands, Engels, Frans, Duits

of Spaans aan te leveren, dan wel een beëdigde vertaling hiervan te verzorgen. Dit is een eis die is opgenomen in artikel 1.6 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Voor nota's die op andere wijze duidelijk zijn, bijvoorbeeld door de vermelding van Latijnse namen van geneesmiddelen, wordt wel een vergoeding toegekend zonder beëdigde vertaling. Voor nota's die zien op zorg geldt daarentegen dat het voor de ziektekostenverzekeraar zonder verdere navraag duidelijk moet zijn of hij gehouden is tot vergoeding over te gaan. Bij nota's opgesteld in de Poolse taal is dit niet het geval.

Overwegingen commissie

- 6.4. Vast staat dat verzoeker AOW-gerechtigd is en daarnaast een pensioen ontvangt. Op grond van artikel 11, tweede lid, jo. artikel 11, derde lid, onder e, van Vo. nr. 883/2004 geldt voor hem de wetgeving van de lidstaat van zijn woonplaats, in dit geval Polen. Verzoeker heeft zich weliswaar ingeschreven bij het bevolkingsregister, maar uit de stukken blijkt niet van een inschrijving bij het uitvoeringsorgaan van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering. Indien hij aldaar is ingeschreven, worden de gemaakte zorgkosten vergoed op basis van de Poolse sociale ziektekostenverzekering. Waarom bedoelde inschrijving niet heeft plaatsgevonden kan in deze procedure in het midden blijven. Dat geldt ook voor de vraag of een verzekeringsplicht bestaat ingevolge de Zorgverzekeringswet, zoals verzoeker stelt. De commissie zal als uitgangspunt nemen dat verzoeker aanspraken kan ontfangen aan de zorgverzekering die hij heeft afgesloten. Daarover overweegt de commissie als volgt.
- 6.5. Op grond van het bepaalde in artikel 1.6 van de voorwaarden van de zorgverzekering geldt dat nota's die worden gedeclareerd moeten zijn gesteld in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. Voorts is bepaald: 'Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.' Verzoeker heeft verklaard dat het voldoen aan de eis tot beëdigde vertaling van de in het Pools gestelde nota's hem meer kost dan het eventueel te vergoeden bedrag. De commissie overweegt dat, wat er ook zij van het kostenaspect, het partijen vrij staat een dergelijke voorwaarde overeen te komen. Toepassing ervan leidt niet tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Dit leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar - uitgaande van de voorwaarden van de zorgverzekering - het recht heeft om vergoeding te weigeren op de grond dat de ingediende nota's in het Pools waren gesteld zonder bijvoeging van een beëdigde vertaling. Dat de ziektekostenverzekeraar in het verleden nota's heeft betaald zonder vertaling daarvan te vragen doet hier niet aan af. In de onderhavige kwestie heeft de ziektekostenverzekeraar, nadat hij de nota's had ontvangen en bekeken, overigens geen aanleiding gezien hiervan een beëdigde vertaling te vragen. Dit omdat uit de desbetreffende nota's goed was op te maken op welke door verzoeker genoten zorg deze zien.
- 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. Bindend advies
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 februari 2022,

J.W. Heringa

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>)

1.6. Insturen van nota's

Als u een nota heeft ontvangen, kunt u uw declaraties online indienen via de Mijn-omgeving of via de Zorg app. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen van u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt. Declareren per post kan ook. U kunt een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen.

Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:

- Uw naam, adres en geboortedatum
- Soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling
- Naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Op de vergoeding brengen wij een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

1.7. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.8. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw zorgverzekering of de kosten komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming (machtiging)

U heeft in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op vergoeding van de kosten van de zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

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.

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 veertien 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.

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 verslapte 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.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslappt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.