

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E  
en F, beide te G.  
Zaak : Japan, mondzorg, geneesmiddelen, specificatie nota's  
Zaaknummer : 2012.02175  
Zittingsdatum : 31 oktober 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.7 en 2.8 Bzv, 2.4, 2.39 e.v. en Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

---

1. Partijen

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

1) E te G en

2) F te G,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker 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 waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Compleet en Tand Compleet afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 tandheelkundige behandelingen en geneesmiddelen, ondergaan respectievelijk aangeschaft in Japan (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsbericht van 22 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 24 februari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij klachtenformulier van 17 augustus 2012 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).

3.4. 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 september 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 september 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 26 september 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld af te zien van horen.
- 3.7. Verzoeker is op 31 oktober 2012 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
  - 4.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar twee declaraties ingediend. Op 9 november 2011 is een declaratie met een bedrag van € 501,56 ingediend, die is afgewezen op 22 november 2011. Een declaratie met een bedrag van € 524,-- is ingediend op 8 mei 2012 en afgewezen op 24 mei 2012. De declaraties hebben betrekking op in Japan gemaakte tandartskosten en kosten van geneesmiddelen.
  - 4.2. In het verleden heeft de ziektekostenverzekeraar de nota's steeds vergoed. Hierover is ook een bindend advies uitgebracht (GcZ 19 mei 2010, 2009.01957). Nu stelt de ziektekostenverzekeraar als nieuw vereiste dat alle nota's moeten worden vertaald naar het Engels. Ziekenhuisadministraties in Japan zijn hierop niet ingericht, en ook is het in de relatie arts-patiënt niet altijd mogelijk lastige eisen hieromtrent te stellen. Professionele vertalers kosten verzoeker zoveel geld dat het de moeite niet loont. Aan de eis dat de nota's in het Engels vertaald moeten zijn, is zoveel mogelijk tegemoet gekomen.
  - 4.3. De behandeling in Japan is niet nadelig geweest voor de ziektekostenverzekeraar omdat de zorgkosten daar, zo is de indruk, lager zijn dan in Nederland.
  - 4.4. Met betrekking tot de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat sommige van de aan verzoeker verstrekte geneesmiddelen niet zijn opgenomen in het GVS, merkt verzoeker op dat niet van hem kan worden verwacht dat hij of de Japanse arts het Nederlandse GVS bij de hand heeft. Voorts geldt dat voorheen geneesmiddelen werden vergoed zonder verdere vragen.
  - 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat in de brief van de ziektekostenverzekeraar van 12 september 2012 wordt gesteld dat iedere verzekerde bijzonder is, maar dat ook verzoeker zich zal moeten houden aan de voorwaarden van zijn polis. Hiermee wordt gesuggereerd dat hij zulks niet zou doen. Verzoeker heeft echter zo goed en zo kwaad als dat onder de gegeven omstandigheden ging geprobeerd de polisvoorwaarden in acht te nemen. Zijn handelwijze was bij een eerdere gelegenheid wel acceptabel voor de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker concludeert dat de ziektekostenverzekeraar de lat steeds hoger legt.
  - 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. In de eerdere procedure, waarnaar verzoeker verwijst, heeft de ziektekostenverzekeraar reeds uitgelegd dat tandheelkundige kosten in het buitenland niet worden vergoed, tenzij sprake is van spoedeisende zorg. Dat de commissie verzoeker in het verleden in het gelijk heeft gesteld, is in de onderhavige situatie niet relevant. Verzoeker is op de hoogte van de regels die de ziektekostenverzekeraar met betrekking tot tandheelkundige zorg in het buitenland stelt.
- 5.2. In de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar kan verzoeken om een vertaling van buitenlandse nota's. Uit de bij de declaratie ingediende nota's kan de ziektekostenverzekeraar niet opmaken welke zorg door wie is geleverd. Een eerdere declaratie is wel zonder vertaling geaccepteerd omdat voorheen een persoon beschikbaar was die de Japanse taal kent. Deze persoon is nu niet meer bij de organisatie werkzaam. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering dient verzoeker te zorgen voor een vertaling.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. In artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering wordt voor geschillenbeslechting verwezen naar de commissie. Er is echter geen verwijzing naar de bevoegde rechter opgenomen, hoewel dit wel zou moeten. Dit heeft tot gevolg dat de bepaling op grond van de wet vernietigbaar is. De commissie heeft verzoeker erop gewezen dat de commissie over deze kwestie niet kan adviseren als in de loop van de procedure tot vernietiging wordt besloten en verzoeker zich dientengevolge (alsnog) tot de bevoegde rechter moet wenden. Met de betaling van het entreegeld heeft verzoeker de commissie bevestigd dat hij gebruik wil maken van de in de verzekeringsvoorwaarden geboden mogelijkheid een bindend advies te vragen aan de commissie. Hierdoor is in geval van vernietiging van bedoelde bepaling toch een formele basis aanwezig voor de bindende advisering door de commissie.
- 6.2. De commissie is niet bevoegd ten aanzien van de declaratie van 8 mei 2012, omdat hierover nog geen heroverweging door de ziektekostenverzekeraar heeft plaatsgevonden.

## 7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, 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 zorg.

teerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 8 van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat. Artikel 12 van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op mondzorg.

8.4. Artikel 9 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*“1 De verzekerde is verplicht om: (...)*

*f alle nota's op zodanige wijze te laten specificeren dat, zonder verdere navraag, hieruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden; (...)”*

8.5. De artikelen 9 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en 8 en 12 van de 'lijst van verstrekkingen' 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).

8.6. 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. Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.39 e.v. en Bijlagen 1 en 2 Rzv. Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.4 Rzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

8.7. 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.

8.8. Artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft een gelijke strekking als artikel 9 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering. Artikel 13 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op vergoeding van tandheelkundige kosten voor 75 percent tot maximaal € 225,- per verzekerde per kalenderjaar mits sprake is van acute pijnklachten.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Niet in geschil is dat verzoeker aanspraak heeft op geneesmiddelen die zijn opgenomen in het GVS en op bepaalde niet-geregistreerde geneesmiddelen, en dat onder zekere voorwaarden aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van tandheelkundige behandelingen, zowel ten laste van de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of verzoeker gehouden is de betreffende nota's te (laten) vertalen naar het Engels.
- 9.2. Gelet op artikel 9 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is het aan verzoeker de nota's op zodanige wijze te laten specificeren dat, zonder verdere navraag, hieruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de ziektekostenverzekeraar is gehouden. De eis van de ziektekostenverzekeraar de Japanse tekens op de nota's te (laten) vertalen naar het Engels is in dit kader niet onredelijk. Dat in het verleden iemand bij de ziektekostenverzekeraar beschikbaar was die Japanse tekens kon lezen, en dat van diens kennis ten behoeve van verzoeker gebruik kon worden gemaakt, moet worden gezien als een vorm van extra service, en niet als een recht. Dat deze persoon nu niet meer beschikbaar is, kan de ziektekostenverzekeraar dan ook niet worden aangerekend.

**Conclusie**

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 november 2012,

Voorzitter