

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten

Zaak : Brazilië, geneeskundige zorg, hartinfarct, galsteen, hoogte vergoeding, recht op inzage medisch dossier, schadevergoeding

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021, artikel 15 AVG

Zaaknummer : 202101582

Zittingsdatum : 30 november 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 21 juni 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 5 juli 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 8 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 10 augustus 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 15 september 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022033590) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op dezelfde dag aan partijen gestuurd.
- 2.4. Bij e-mailberichten van 11 november 2022 en 17 november 2022 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Kopieën van deze e-mailberichten zijn op 15 november 2022 respectievelijk 18 november 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 30 november 2022 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. Na de hoorzitting hebben de ziektekostenverzekeraar en verzoekster, zoals ter zitting was afgesproken, op 7 december 2022 respectievelijk 12 december 2022 hun pleitnota's en aanvullende stukken aan de commissie gezonden. Kopieën hiervan zijn naar de respectieve wederpartij gestuurd. De ziektekostenverzekeraar is hierbij gevraagd te reageren op de door verzoekster overgelegde aanvullende stukken en om een overzicht te sturen van de bedragen die door hem zijn vergoed en van het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar nog van verzoekster gaat vorderen.
- 2.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie vervolgens meegedeeld dat hij aan verzoekster een minnelijke regeling heeft voorgesteld. De behandeling van het geschil is in afwachting van het antwoord hierop van verzoekster aangehouden. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 30 januari 2023 het voorstel tot een minnelijke regeling afgewezen. Hierna heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht om alsnog het gevraagde overzicht te sturen van de bedragen die door hem zijn vergoed en van het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar nog van verzoekster gaat vorderen. De ziektekostenverzekeraar heeft bedoeld overzicht op 23 maart 2023 aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 28 maart 2023 aan verzoekster gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de PNO Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering PNO Buitenland (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft op 9 mei 2021 een hartinfarct gehad tijdens haar verblijf in Brazilië. Zij is hierop met spoed opgenomen in een ziekenhuis in Rio de Janeiro. Daar is zij verbleven van 9 mei 2021 tot en met 13 mei 2021. Op 8 juni 2021 is verzoekster opnieuw met spoed opgenomen in het ziekenhuis, ditmaal in verband met een galsteen. Zij heeft van 8 juni 2021 tot en met 17 juni 2021 in het ziekenhuis verbleven. De met de opnames samenhangende kosten, volgens de toenmalige opgave van verzoekster ten bedrage van totaal € 33.979,20, heeft zij gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft de kosten gedeeltelijk vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van onbekende datum heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 15 september 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht.
- 3.5. Bij e-mailbericht van 11 november 2022 heeft verzoekster aan de commissie aanvullende informatie gestuurd. Een kopie hiervan is op 15 november 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.6. De commissie heeft op 30 januari 2023, na de hoorzitting, van verzoekster een overzicht ontvangen van de bedragen die zij heeft betaald, de bedragen die door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed, en het bedrag dat zij thans vordert. In alle gevallen wordt door de commissie uitgegaan van de door verzoekster gehanteerde wisselkoers.
- 3.7. Voor de eerste opname, van 9 mei tot en met 13 mei 2021, is een bedrag van BRL 209.969,35 (€ 34.060,20) gefactureerd en hiervan is BRL 112.062,- (€ 18.226,31) vergoed. Hierdoor blijft een bedrag van BRL 97.907,35 (naar verzoekster stelt, gaat het hierbij om een bedrag van ongeveer € 18.800,-) voor rekening van verzoekster.
- 3.8. Voor de tweede opname, van 8 tot 11 juni 2021, heeft de echtgenoot van verzoekster een aanbetaling gedaan van BRL 50.877,60 (€ 8.451,09). Voor het vervolg van de opname, van 11 tot en met 17 juni 2021, is een bedrag van BRL 63.187,- (€ 10.145,40) gefactureerd en hiervan is volgens verzoekster € 9.753,46 vergoed door de ziektekostenverzekeraar.
- 3.9. Op basis van het vorenstaande blijft, volgens verzoekster, ter zake van de respectieve opnamen voor haar rekening een bedrag van in totaal € 27.643,03 (door de commissie aldus begrepen dat dit is opgebouwd uit de optelling (met mogelijke afrondingsverschillen) van € 18.800,- + € 8.451,09 + € 391,94).
- 3.10. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd een overzicht op te stellen van alle declaraties die hij heeft ontvangen met daarbij de vermelding wat hiervan door hem is vergoed en aan wie, alsmede wat hij nog vordert of te vorderen heeft van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 maart 2023 het gevraagde overzicht aan de commissie gestuurd. Hierbij heeft hij vermeld dat in totaal € 28.313,85 is vergoed, onder inhouding van het eigen risico van € 385,-. Voor de eerste opname bedroeg de vergoeding € 18.226,31 en voor de tweede opname € 10.087,54. Op de vraag wat de ziektekostenverzekeraar van verzoekster vordert of zal vorderen, heeft de ziektekostenverzekeraar geen antwoord gegeven.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat (i) de ziektekostenverzekeraar de door haar in Brazilië gemaakte zorgkosten volledig moet vergoeden, (ii) SOS International, die namens de ziektekostenverzekeraar is opgetreden, onjuist heeft gehandeld en (iii) de ziektekostenverzekeraar aan haar een schadevergoeding moet toekennen.
- 4.2. Verzoekster is op 16 november 2019 voor haar werk naar Brazilië gegaan. Uit het door haar geboekte retourticket blijkt dat zij op 15 april 2020 naar Nederland zou terugreizen. Naar eigen zeggen was het voor haar op 15 april 2020 niet mogelijk terug te keren naar Nederland vanwege de uitbraak van de coronapandemie. Op 9 mei 2021 moest verzoekster in Brazilië worden opgenomen in het ziekenhuis in verband met een hartaanval. Tijdens deze opname moesten drie stents worden geplaatst. Op 13 mei 2021 werd zij uit het ziekenhuis ontslagen. Op 8 juni 2021 moest zij opnieuw met spoed in het ziekenhuis worden opgenomen, ditmaal vanwege een galsteen die haar organen had geïnfecteerd. Hierdoor moest zij van 8 juni 2021 tot en met 17 juni 2021 in het ziekenhuis verblijven. SOS International heeft namens de ziektekostenverzekeraar contact gehad met het desbetreffende ziekenhuis om te onderhandelen over de prijs die in rekening werd gebracht. Ondanks herhaald verzoek weigert SOS International echter het dossier aan haar over te leggen. Dit is volgens verzoekster in strijd met de AVG en de Gedragscode verwerking persoonsgegevens. Een en ander heeft tot gevolg dat voor verzoekster niet is na te gaan of en, zo ja, op welke wijze SOS International de onderhandelingen heeft gevoerd en wat hiervan het resultaat is. Daarnaast geldt dat SOS International akkoord is gegaan met de tarieven die het ziekenhuis in rekening heeft gebracht, zonder de rekeningen eerst aan verzoekster voor te leggen. Nadien is overigens gebleken dat deze rekeningen aantoonbaar onjuist zijn. In dit verband wijst verzoekster erop dat voor het plaatsen van de eerste stent BRL 3.375,- in rekening is gebracht, maar voor het plaatsen van de tweede en derde stent het tienvoudige (BRL 30.420,-). Verder is op de eindafrekening vermeld dat zij op de (duurdere) 'Covid-intensive-care' is opgenomen, terwijl dit niet het geval was. Zij verbleef tijdelijk op een reguliere Intensive Care. Daarnaast heeft verzoekster opgemerkt dat de betrokken chirurg zich bij het plaatsen van de tweede en derde stent tevens als zijn eigen assistent heeft opgevoerd, waardoor een aanzienlijk hoger bedrag in rekening werd gebracht. Ook heeft het ziekenhuis exorbitant hoge prijzen berekend voor de medicatie die aan verzoekster is verstrekt. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar en SOS International aangesproken op voornoemde punten. Ook is de ziektekostenverzekeraar hierover bevraagd tijdens de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen. Voor de genoemde discrepanties kon de ziektekostenverzekeraar echter geen goede verklaring geven. Ook is niet gebleken dat hierover door de ziektekostenverzekeraar en/of SOS International contact is opgenomen met het ziekenhuis. Aangezien verzoekster verplicht was een melding te doen bij SOS International op het moment dat zij zorg nodig had en aan haar is bevestigd dat deze organisatie zou onderhandelen over de prijs mocht verzoekster meer verwachten en staat geenszins vast dat voor de geleverde zorg het juiste tarief in rekening is gebracht. Daarbij wijst verzoekster erop dat vast staat dat het ziekenhuis aanvankelijk ook kosten in rekening heeft gebracht voor zorg die in het geheel niet is verleend. Dat SOS International desalniettemin is uitgegaan van de juistheid van de rekeningen en heeft verklaard dat verder onderhandelen hierover niet zinvol was, is voor verzoekster dan ook onbegrijpelijk.
- 4.3. Verzoekster heeft verder opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar voor het vaststellen van de hoogte van de vergoeding op grond van de zorgverzekering ten onrechte is uitgegaan van één keer het tarief van een bepaalde DBC-code. Er staat echter vast dat zij na haar hartinfarct twee keer is geopereerd en dat in beide keren stents zijn geplaatst, zodat moet worden uitgegaan van twee keer het genoemde tarief.
- 4.4. Voorts heeft verzoekster aangevoerd dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor de zorg die zij in Brazilië heeft gehad. De ziektekostenverzekeraar beroept zich in dit verband echter op de clausule dat de dekking beperkt is tot verblijf gedurende maximaal 180 dagen. Verzoekster had, zoals blijkt uit de door haar overgelegde vliegtickets, niet de

intentie langer in Brazilië te blijven, maar kon niet anders als gevolg van de coronapandemie die uitbrak en de hierop volgende lockdown. Er was simpelweg geen mogelijkheid eerder terug te keren naar Nederland. Er was dan ook sprake van overmacht. Onder de gegeven omstandigheden acht verzoekster het onredelijk dat de ziektekostenverzekeraar zich verschuilt achter de verzekeringsvoorwaarden.

- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster, in aanvulling hierop, aangevoerd dat zij niet weet of de ziektekostenverzekeraar nog vergoedingen van haar gaat terugvorderen en hoeveel de eventuele terugvordering dan zal bedragen.
Verzoekster heeft verder gesteld dat zij gedurende de eerste opname alle dagen op de IC is verbleven, dus van 9 mei 2021 tot en met 13 mei 2021. Tijdens de tweede opname verbleef zij van 11 juni 2021 tot en met het ontslag op 17 juni 2021 op de IC. De ziektekostenverzekeraar heeft echter maar één IC-dag vergoed. Bovendien hebben tijdens de eerste opname twee operaties plaatsgevonden en is er maar één DBC door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Volgens verzoekster zou de ziektekostenverzekeraar conform het bindend advies van de commissie van 22 juni 2016 (SKGZ 201501912) twee DBC's moeten vergoeden, omdat net als in die zaak twee operaties hebben plaatsgevonden. Daarnaast is in genoemd bindend advies geoordeeld dat als betrokkene in Nederland was behandeld, de kosten zouden zijn vergoed, ook als behandeling in het duurste ziekenhuis had plaatsgevonden. Dus geldt de door de ziektekostenverzekeraar toegepaste 95%-regel niet.
Tijdens de tweede opname is verzoekster door het ziekenhuis zeer slecht behandeld, omdat de ziektekostenverzekeraar niet wilde betalen. Haar echtgenoot heeft ruim € 8.000,- moeten voldoen om te voorkomen dat zij op straat zou worden gezet.
Verzoekster heeft ter zitting nogmaals benadrukt dat zij, als gevolg van de coronapandemie, niet volgens plan op 16 april 2020 naar Nederland kon terugkeren. Het advies was destijds om niet te reizen, en hieraan heeft zij zich gehouden. Bovendien behoort zij tot de risicogroepen. De ziektekostenverzekeraar heeft weliswaar verwezen naar een 'gestrande reizigers vlucht', maar die waren er niet vanuit Brazilië. Verzoekster herhaalt dat sprake was van overmacht.
Verzoekster is daarnaast van mening dat de bepaling in de aanvullende ziektekostenverzekering uitgaat van de intentie van verblijf in het buitenland van maximaal 180 dagen. En zij had ook de intentie om binnen deze termijn terug te keren naar Nederland. Dat zij door omstandigheden niet kon terugkeren, maakt dit volgens haar niet anders. Als een verzekeringsvoorwaarde onduidelijk is, moet deze voorwaarde wettelijk gezien in het voordeel van de consument, in dit geval dus van verzoekster, worden uitgelegd.
Daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, heeft verzoekster toegezegd dat zij de commissie een overzicht zal sturen van alle declaraties waar het volgens haar om gaat, met hierbij de vermelding welke bedragen zijn vergoed.
- 4.6. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.
- 4.7. Verzoekster heeft op 12 december 2022 aan de commissie haar pleitnota en de pleitnota van de jurist, die haar ter zitting heeft bijgestaan, gestuurd. Verder heeft zij hierbij gevoegd een opsomming van de kosten, met toelichting, een aantal nota's, en het bindend advies van de commissie van 22 juni 2016, SKGZ 201501912. Verzoekster stelt dat de situatie die is beschreven in dit bindend advies vergelijkbaar is met die van haar.
- 4.8. Op 30 januari 2023 heeft verzoekster de commissie haar reactie op het aanbod van de ziektekostenverzekeraar voor een minnelijke regeling gestuurd. Zij heeft dit aanbod afgewezen. Daarnaast heeft verzoekster de commissie het gevraagde overzicht gezonden dat de kosten van de genoten zorg vermeldt, alsmede de bedragen die door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed. Volgens verzoekster blijft een bedrag van totaal € 27.643,03 voor haar rekening. Zij vordert vergoeding van dit bedrag.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen recht heeft op een andere of hogere vergoeding dan reeds aan haar is toegekend.
- 5.2. De zorgverzekering biedt dekking voor de zorg die verzoekster heeft ontvangen in Brazilië, maar deze dekking is beperkt tot maximaal het Nederlandse marktconforme tarief. Dit is door de ziektekostenverzekeraar vastgesteld aan de hand van het zogenoemde P95-criterium. Dit houdt in dat bij ieder behandeling de unieke DBC-code wordt bepaald en dat wordt nagegaan welk tarief 95% van de zorgaanbieders (zowel gecontracteerd als niet-gecontracteerd) hiervoor bij de ziektekostenverzekeraar in rekening brengt. Daarmee wordt voorkomen dat bijzondere tarieven, die niet passend zijn binnen de Nederlandse marktomstandigheden, worden meegenomen. Omdat bij de vaststelling van het marktconforme tarief wordt uitgegaan van de tarieven die in het voorgaande jaar in rekening zijn gebracht, worden deze tarieven vermenigvuldigd met de prijsindex van NVZ van het betreffende jaar.
- 5.3. Verzoekster heeft geen recht op vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Eén van de voorwaarden is namelijk dat het verblijf in het buitenland niet langer mag zijn dan 180 dagen en aan die voorwaarde wordt in geval van verzoekster niet voldaan.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het Zorginstituut heeft bevestigd dat de ziektekostenverzekeraar zijn vergoeding heeft gebaseerd op de juiste DBC. Ten aanzien van de eerste opname, in verband met de operatie aan het hart, geldt dat deze valt onder het zogenoemde a-segment, dit betekent dat hiervoor het door de NZa vastgesteld tarief geldt. Inclusief de 4 IC-dagen bedraagt dit tarief € 18.261,31. De tweede opname valt onder het b-segment, waarvoor geen door de NZa vastgesteld tarief geldt, en daarom is het door de ziektekostenverzekeraar aan de hand van het P95-criterium bepaalde marktconforme tarief van toepassing.

De ziektekostenverzekeraar heeft herhaald dat in de aanvullende ziektekostenverzekering een maximale verzekeringstermijn van 180 dagen verblijf in het buitenland is opgenomen. Deze bepaling is volgens de ziektekostenverzekeraar duidelijk en dus ook in het geval van verzoekster van toepassing. Verzoekster is op 16 november 2019 vertrokken naar Brazilië. En de eerste opname vond plaats in mei 2021. De termijn van 180 dagen is dus overschreden. Daarom biedt de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking voor de twee opnamen. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat Nederlanders destijds mochten terugkeren naar Nederland. Verder is door de ambassade verklaard dat er weinig Nederlanders in nood waren in Brazilië. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verder toegelicht dat SOS International heeft geprobeerd om korting te krijgen voor de behandelingen, maar dat dit niet is gelukt. Dat de prijzen eerst lager waren, komt doordat later bleek dat meer zorg nodig was. Er is geen sprake van excessieve kosten, maar de zorg in Brazilië is erg duur. Daarom is akkoord gegeven. Destijds is uit coulance een garantie afgegeven voor de volledige kosten, maar verzoekster heeft alleen aanspraak op vergoeding van het Nederlandse marktconforme tarief, dus wordt het meerdere op haar verhaald.

Daarnaar door de commissie gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd dat hij de commissie een overzicht zal sturen van de ontvangen declaraties met daarbij de vermelding welke bedragen zijn vergoed en aan wie, en welk bedrag nog van verzoekster wordt gevorderd.
- 5.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 8 december 2022 een aanbod voor een minnelijke regeling gedaan, inhoudende dat hij bereid is een bedrag van € 7.500,- te vergoeden. Dit voorstel vervalt als verzoekster het niet accepteert. Omdat de ziektekostenverzekeraar van verzoekster geen reactie ontving, heeft hij het aanbod op 16 januari 2023 herhaald. Verzoekster heeft dit toen echter afgewezen.

- 5.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 23 maart 2023 het gevraagde overzicht gezonden. Hieruit blijkt dat voor de eerste opname een bedrag van € 18.226,31 is vergoed. Voor de tweede opname is een bedrag van € 10.087,54 vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft daarnaast door de commissie gevraagd niet gemeld dat hij nog een bedrag heeft 'open' staan, dat hij nog van verzoekster gaat vorderen.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 15 september 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) Adviesbevoegdheid

De adviestaak van het Zorginstituut beperkt zich tot de vraag of verzoekster aanspraak kan maken op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Dit geschil heeft hier geen betrekking op. Door de behandeling (deels) te vergoeden erkent verweerder dat sprake is van verzekerde zorg en dat verzoekster redelijkerwijs aangewezen was op deze zorg. Het Zorginstituut heeft derhalve geen adviesbevoegdheid.

Beoordeling

Op verzoek van de SKGZ merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot de aard van de vergoeding. Een DBC-zorgproduct is een code van negen cijfers die iets zegt over de inhoud van het totaal aan ziekenhuisactiviteiten (diagnostisering, behandeling en controles). Aan de hand van de geregistreerde activiteiten wordt het tarief van de behandeling vastgesteld.

Hartinfarct

Op basis van de ontvangen informatie is verzoekster van 9 tot 13 mei 2021 opgenomen geweest op de hartafdeling in verband met een hartinfarct. Er zou bij de eerste behandeling één stent, en bij de tweede behandeling twee stents zijn geplaatst. Voor de behandeling van het hartinfarct wordt in deze casus het volgende DBC-zorgproduct gevonden: 979001219 (declaratiecode 14D678) met omschrijving: Percutane coronaire interventie klasse 4/ Met VLPD/ Hartoperatie of hartlongtransplantatie. Verweerder heeft de vergoeding gebaseerd op het hetzelfde DBC-zorgproduct.

Galsteenklachten

Van 8 tot 17 juni 2021 was verzoekster opgenomen in verband met galsteenklachten. Er vond geen endoscopie of operatie plaats, ze is wel één dag opgenomen geweest op de IC. Voor de behandeling van de galstenen geldt het DBC-zorgproduct 110901008 (declaratiecode 15A974) met omschrijving: KHn middel/ Spijsvertering galblaas/-weg/pancreas. Verweerder heeft in verband met de galsteenklachten vier IC-dagen vergoed conform de declaratiecode 190157, met omschrijving: IC-dag, type 1. Verzoekster is echter één dag opgenomen geweest op de IC.

Het advies

Het Zorginstituut heeft geen adviesbevoegdheid en kan geen advies uitbrengen over dit geschil. Het Zorginstituut merkt alleen op dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier DBC-zorgproduct 979001219 (declaratiecode 14D678) het meest passend lijkt te zijn bij de opname en behandeling van het hartinfarct. DBC-zorgproduct 110901008 (declaratiecode 15A974) [lijkt] het meest passend te zijn bij de opname in verband met de galsteenklachten en declaratiecode 190157 bij de opname van één dag op de IC. (...)"

- 6.2. Aangezien het Zorginstituut in zijn voorlopige advies heeft meegedeeld dat hij geen adviesbevoegdheid heeft, heeft de commissie hem niet gevraagd een definitief advies uit te brengen.

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 79 van de Algemene regels van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch-specialistische zorg en het marktconforme tarief zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Ook zijn hierin de relevante bepalingen uit de Algemene Verordeningen Gegevensbescherming (AVG) vermeld. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. De commissie hecht eraan voor een beter begrip van de aan haar voorgelegde kwestie eerst de in deze relevante data te vermelden, zodat het 'tijdpad' of de relevante 'tijdsspanne' niet voor misverstand vatbaar is.
Verzoekster is op 16 november 2019 naar Brazilië gegaan; de geplande datum voor terugkeer naar Nederland was 15 april 2020. Naar eigen zeggen was het voor haar op 15 april 2020 niet mogelijk terug te keren naar Nederland vanwege de uitbraak van de coronapandemie. Verzoekster is van 9 mei 2021 tot en met 13 mei 2021 opgenomen geweest in het ziekenhuis in Brazilië in verband met een hartaanval. Vervolgens is zij van 8 juni 2021 tot en met 17 juni 2021 opgenomen in het ziekenhuis vanwege galsteenklasten.

Gelet op het overzicht van verzoekster, zoals verwoord in 4.8, en het overzicht van de ziektekostenverzekeraar, zoals verwoord in 5.7, ziet het geschil nu nog op de vergoeding van de volgende bedragen. Voor de opname van 9 tot en met 13 mei 2021 een bedrag van BRL 97.907,35 (€ 18.800) en de opname van 8 tot en met 17 juni 2021 een bedrag van BRL 50.877,60 (€ 8.451,09) (plus het verschil tussen € 10.145,40 en het door ZV uitgekeerde bedrag voor de tweede opname van € 10.087,54). Volgens verzoekster betreft het totaal bedrag dat nog moet worden vergoed € 27.643,03 (maar de commissie neemt aan dat dit, gecorrigeerd, zal zijn: € 18.800 + € 8.451,09 + € 57,86 = € 27.308,95).

Zorgverzekering

- 8.3. Op de pagina's 188 tot en met 190 van de voorwaarden van de zorgverzekering is vermeld wanneer en onder welke voorwaarden spoedeisende zorg in het buitenland wordt vergoed. Partijen zijn het erover eens dat de zorg die verzoekster in Brazilië heeft ontvangen hieronder valt en dat zij aan de genoemde voorwaarden voldoet. In artikel 26 van de Algemene regels wordt beschreven op welke wijze de (hoogte) van de vergoeding wordt bepaald. Daar is vermeld, voor zover hier van belang: "(...) De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaalt soms het tarief. Is dat een vaste prijs? Dan vergoeden wij die. Is dat een maximprijs? Dan vergoeden wij nooit méér. Is er geen vaste of maximprijs? Dan vergoeden wij de marktconforme prijs. Marktconform wil zeggen dat de prijs van uw zorgverlener niet onredelijk hoog is in vergelijking met wat andere zorgverleners in Nederland voor die zorg rekenen. Dit bekijken wij per zorgsoort. Bij medisch-specialistische zorg bijvoorbeeld vergoeden wij maximaal de prijs waar 95% van de zorgverleners onder blijft. Als er in uw geval een bijzondere (medische) reden is voor een hogere prijs, kunnen wij een uitzondering maken. (...)"
- 8.4. De commissie overweegt dat verzoekster een zogenoemde restitutiepolis heeft afgesloten bij de ziektekostenverzekeraar. Op basis hiervan heeft zij recht op vergoeding van de kosten van zorg en diensten die onder de dekking van de zorgverzekering vallen, en wel tot het door de NZa bepaalde tarief. Ontbreekt een zodanig tarief, dan vergoedt de ziektekostenverzekeraar de

kosten volledig, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Dit volgt uit artikel 2.2, tweede lid, onderdeel b, Bzv. Uit de Nota van toelichting blijkt dat deze bepaling zo moet worden uitgelegd dat alleen die kosten (mogen) worden vergoed die in verhouding tot het door de overige zorgaanbieders voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag - het door de zorgverzekeraars genoemde marktconforme tarief - niet onredelijk hoog zijn.

De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 augustus 2022 toegelicht op welke wijze hij het marktconforme tarief vaststelt. Daarbij hanteert de ziektekostenverzekeraar het zogenoemde P95-criterium dat - kort gezegd - erop neerkomt dat per behandeling aan de hand van de ontvangen declaraties het tarief wordt bepaald waarvoor 95% van de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders deze behandeling uitvoert. Vanwege de vertraging bij het declareren wordt het aldus vastgestelde tarief nog verhoogd op grond van de prijsindex van de NVZ.

- 8.5. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting onweersproken gesteld dat de DBC die van toepassing is op de opname van 9 tot en met 13 mei 2021 onder het zogenoemde a-segment valt. Dit betekent dat voor deze DBC een gereguleerd tarief geldt dat door de NZa is vastgesteld. De commissie heeft via de website van de NZa achterhaald dat voor het DBC-zorgproduct 979001219 in 2021 een tarief werd bepaald van € 8.788,71.

Verzoekster heeft in dit verband aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar aan haar tweemaal voornoemd tarief moet vergoeden, omdat zij tijdens de opname tweemaal is geopereerd. Onder de in Nederland geldende DBC-systematiek geldt echter dat ook als tweemaal wordt geopereerd tijdens een opname, slechts éénmaal het tarief mag worden berekend. De stelling van verzoekster treft daarom geen doel.

De ziektekostenverzekeraar heeft daarnaast 4 IC-dagen in de berekening betrokken. Voor het verblijf op de IC gold in 2021 een door de NZa vastgesteld tarief van € 2.500,29 per dag, wat neerkomt op een bedrag van € 10.001,16 voor 4 dagen. Hiermee bedraagt de maximale vergoeding op grond van de polisvoorwaarden voor de opname van 9 tot en met 13 mei 2021 totaal € 18.789,87.

De ziektekostenverzekeraar heeft volgens zijn overzicht van 23 maart 2023 € 18.226,31 vergoed. Verzoekster heeft daarom aanspraak op een nabetaling van € 563,56. Wat betreft de door het ziekenhuis in rekening te brengen dan wel reeds gebrachte kosten die genoemd bedrag van € 18.789,87 overstijgen, ligt het op de weg van het ziekenhuis om deze kosten geïncasseerd te krijgen. Een en ander doet overigens niet af aan vorenstaande beslissing omtrent de hoogte van het door de ziektekostenverzekeraar te vergoeden bedrag van € 18.789,87.

- 8.6. Ten aanzien van de tweede opname is de commissie gebleken dat de kosten hiervan door middel van twee nota's in rekening zijn gebracht. De eerste nota, voor de periode van 8 tot 11 juni 2021, is door verzoekster zelf betaald. Over de hoogte van deze nota is door SOS International dan ook niet onderhandeld en hiervoor is geen garantverklaring afgegeven. De tweede nota betreft de periode van 11 tot en met 17 juni 2021. Voor deze nota heeft SOS International wél een garantverklaring afgegeven aan het ziekenhuis. In het rapport van SOS International van 3 november 2021 is vermeld dat aan verzoekster is meegedeeld dat er een naheffing kon volgen voor de kosten die boven het DBC-tarief uitkomen. De commissie merkt hierbij op dat de nota (€ 10.154,40) die onder de garantieverklaring valt grotendeels (€ 10.087,54) is vergoed. De commissie merkt hierbij op dat de nota die onder de garantverklaring valt grotendeels is vergoed. De nota voor de periode van 8 tot 11 juni 2021 is niet aan verzoekster vergoed.
- 8.7. Het feit dat sprake is van twee nota's, doet er niet aan af dat de tweede opname, van 8 tot en met 17 juni 2021 binnen de DBC-systematiek als één zorgvraag wordt beschouwd, waarbij één DBC moet worden bepaald, dat wil zeggen één DBC-zorgproduct met een bijbehorend tarief. Het betreft hierbij een DBC die niet onder het a-segment valt, maar onder het b-segment. Dit betekent dat de NZa hiervoor geen tarief heeft vastgesteld. Verzoekster heeft daarom op grond

van de polisvoorwaarden aanspraak op vergoeding van het marktconforme tarief. Zoals de ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht, heeft hij voor het vaststellen van het marktconforme tarief het in de polisvoorwaarden genoemde P95-criterium toegepast. De commissie overweegt dat toepassing van het P95-criterium niet in lijn is met artikel 2.2, tweede lid, onderdeel b, Bzv. Dit is bevestigd in het arrest van de Hoge Raad van 21 april 2023 (ECLI:NL:HR:2023:664). De wijze waarop de ziektekostenverzekeraar in dit geval het Nederlandse marktconforme tarief heeft vastgesteld, is derhalve niet correct.

- 8.8. In haar eerdere bindend advies GcZ, 4 maart 2020, SKGZ201901150 heeft de commissie besloten dat de verzekeraar, indien sprake is van zorg waarvoor Open DIS-data beschikbaar zijn, zoals in dit geval, via Open DIS-data van de NZa moet nagaan wat het hoogste, bij de berekening van het gemiddelde, betrokken tarief is in 2021 voor de betreffende behandeling. In Open DIS-data worden gegevens bijgehouden van de medisch- specialistische zorg die in Nederland wordt geleverd, waaronder zorgproducten en zorgactiviteiten en de verkoopprijs (het tarief). De verkoopprijs betreft zowel de gecontracteerde als de niet-gecontracteerde tarieven. De laagste en hoogste 10% van de tarieven worden bij de berekening van het gemiddelde tarief buiten beschouwing gelaten. De commissie is van oordeel dat het hoogste, bij de berekening van het gemiddelde, ten behoeve van Open DIS-data, betrokken tarief voor de desbetreffende behandeling is aan te merken als het marktconforme tarief. In het eerdere bindend advies hanteerde de commissie nog een opslag op vorenbedoeld, hoogste tarief. Daarvan is de commissie in het bindend advies GcZ, 15 december 2021, SKGZ 202002537, teruggekomen, omdat is gebleken dat in Open DIS-data ook de tarieven voor niet- gecontracteerde zorg worden meegewogen bij het bepalen van het gemiddelde tarief. Daarnaast is gebleken dat het verschil in premie tussen enerzijds de restitutieverzekeringen en anderzijds de natura- en combinatieverzekeringen niet zonder meer volgt uit het verschil in schadelast. Beide redenen, die indertijd zijn gegeven om de opslag toe te passen, blijken niet (meer) relevant. Aangezien verzoekster tijdens de opname van 8 juni 2021 tot en met 17 juni 2021 ook 1 dag op de IC opgenomen is geweest, en voor de opname op de IC een apart tarief wordt berekend, dient het tarief dat uit Open DIS-data volgt, te worden vermeerderd met het tarief dat is vastgesteld voor een IC-dag. Als voornoemd tarief (behorend bij DBC-zorgproduct 110901008), vermeerderd met het tarief van 1 IC-dag, hoger is dan het reeds aan het Braziliaanse ziekenhuis vergoede bedrag van € 10.087,54 dient de ziektekostenverzekeraar het verschil ten laste van de zorgverzekering aan verzoekster te vergoeden.
- 8.9. Verzoekster heeft ten aanzien van de bepaling van de hoogte van de vergoeding verwezen naar een eerder bindend advies van de commissie, te weten GcZ, 22 juni 2016, SKGZ201501912. In dit bindend advies heeft de commissie bepaald dat de ziektekostenverzekeraar twee DBC's moest vergoeden en dat voor het marktconforme tarief moet worden uitgegaan van het passantentariaf van het 'duurste' Nederlandse ziekenhuis. Wat betreft het toekennen van twee DBC's in voornoemde zaak is de situatie van betrokkene niet vergelijkbaar met die van verzoekster, aangezien sprake was van twee onderscheiden zorgvragen. Ten aanzien van de invulling van het marktconforme tarief is de commissie in de tussenuitspraak, voorafgaand aan eerder genoemd bindend advies van 4 maart 2020, erop teruggekomen dat hiervoor moet worden uitgegaan van het passantentariaf van het duurste Nederlandse ziekenhuis. Het beroep van verzoekster op het bindend advies van 22 juni 2016 faalt derhalve.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.10. In de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op een aanvullende vergoeding van zorgkosten als deze uitkomen boven de vergoeding die ten laste van de zorgverzekering wordt verleend. De duur van de dekking onder de aanvullende ziektekostenverzekering is echter beperkt. In de 'nadere algemene regels' van de aanvullende ziektekostenverzekering is in artikel 3 namelijk het volgende bepaald:

"Waar en hoe bent u verzekerd?"

- Als u voor maximaal 180 dagen naar het buitenland vertrekt, bent u in het buitenland verzekerd.
- In uw woonland bent u ook verzekerd, maar alleen buiten uw woonplaats, bij minimaal 1 betaalde overnachting. U bent dan ook maximaal 180 dagen achter elkaar verzekerd."

Verzoekster vindt dat de ziektekostenverzekeraar haar in redelijkheid niet kan houden aan de in voornoemd artikel 3 genoemde termijn van maximaal 180 dagen verblijf in het buitenland. Volgens haar gaat het om de intentie van de duur van het verblijf en is de voorwaarde in die zin onduidelijk, zodat deze in haar voordeel moet worden uitgelegd. Daarnaast is volgens haar sprake van overmacht, omdat zij vanwege de coronapandemie niet naar Nederland kon terugreizen.

- 8.11. De commissie overweegt dat een redelijke uitleg van voornoemde polisvoorwaarde is dat het gaat om het daadwerkelijke verblijf in het buitenland. Niet valt in te zien waarom het in dit verband zou gaan om de beoogde duur van het verblijf, zoals door verzoekster is betoogd. In het specifieke geval van verzoekster heeft zij gewezen op de terugreisdatum volgens de tickets. Dit kan echter niet overtuigen nu de termijn van 180 dagen de facto zeer fors werd overschreden. Voor toepassing van de zogenoemde contra proferentemregel is onder deze omstandigheden geen plaats.
- 8.12. Verzoekster heeft als tweede grond aangevoerd dat sprake was van overmacht door de coronapandemie. In een geval - zoals hier - van een beroep op overmacht ligt het op de weg van degene die dit beroep doet om voldoende concrete feiten en omstandigheden - hier toegespitst op het individuele geval van verzoekster - te stellen en te onderbouwen waaruit de gestelde overmacht blijkt. Uit hetgeen in dit verband door verzoekster is gesteld, volgt naar het oordeel van de commissie niet dat in de gehele tijdsspanne tussen het verlopen van de terugkeerdatum op de vliegticket van 15 april 2020 en de respectieve opnamen in mei en juni 2021 - het gaat hier om een periode van langer dan een jaar - sprake is geweest van een voortdurende onmogelijkheid om op enigerlei wijze naar Nederland terug te reizen, terwijl ook niet is gebleken dat verzoekster in genoemde tijdsspanne een of meer pogingen heeft ondernomen om Brazilië te verlaten en terug te keren naar Nederland. Het is om die reden dat de commissie het beroep op overmacht passeert. Dat zij ná de eerste opname medisch gezien tijdelijk niet in staat was om te vliegen, maakt het voorgaande niet anders, aangezien zij in de periode daarvoor al aanzienlijk langer dan 180 dagen, namelijk langer dan 1 jaar en 5 maanden, in Brazilië verbleef.

SOS International

- 8.13. Op pagina 189 van de verzekeringsvoorwaarden staat: "De aanvullende verzekeringen Buitenland en Excellent vullen voor spoedeisende zorg in het buitenland de vergoeding van de basisverzekering aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van het land waar u de zorg krijgt. Maar alleen als de zorg voor uw vertrek naar het buitenland niet te verwachten was. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland. Maar u moet wel vooraf contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Excellent en Buitenland vergoeden niet het eigen risico dat u moet betalen.
(...)
Heeft u in het buitenland zorg nodig? Dan raden wij u aan om contact op te nemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Bij Excellent en Buitenland móet u dit doen."

Allereerst merkt de commissie op dat verzoekster contact heeft opgenomen met de alarmcentrale SOS International. Uit de verklaringen van partijen blijkt niet dat dit onjuist was, zodat de commissie als vaststaand aanneemt dat SOS International de taken van alarmcentrale Zorgassistance vervult, waarmee is voldaan aan het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden.

- 8.14. Uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt niet wat de rol of taak van de alarmcentrale precies is, maar dit valt wel op te maken uit de in de onderhavige kwestie gevoerde e-mailcorrespondentie tussen (de partner van) verzoekster en de alarmcentrale - in het bijzonder de e-mailberichten van 4 juni 2021 en 24 augustus 2021 gericht aan (de partner van) verzoekster - en het dossier van de

alarmcentrale dat de ziektekostenverzekeraar in de procedure heeft overgelegd. Uit voornoemde stukken blijkt - kort gezegd - dat (i) de alarmcentrale de aanspraak op vergoeding van zorg op grond van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering beoordeelt namens de ziektekostenverzekeraar, en (ii) dat de alarmcentrale contact onderhoudt met de betrokken zorgaanbieder over de inhoud en omvang van de gedeclareerde zorgkosten.

De commissie overweegt dat het de ziektekostenverzekeraar vrij staat de uitvoering van voornoemde taken aan een derde partij - zoals de alarmcentrale - uit te besteden, maar dat neemt niet weg dat de ziektekostenverzekeraar verantwoordelijk blijft voor de juiste uitvoering van deze taken. Het is aan de ziektekostenverzekeraar te beoordelen of een zodanige derde partij correct en adequaat heeft gehandeld, indien hierover een klacht wordt ingediend door een verzekerde. In de onderhavige kwestie heeft verzoekster zich erover beklagd dat de alarmcentrale niet adequaat heeft gehandeld doordat de rekeningen van het ziekenhuis in Brazilië ten onrechte zijn geaccordeerd en de alarmcentrale heeft geweigerd het (medisch) dossier aan verzoekster te sturen.

- 8.15. De commissie leidt uit het dossier van de alarmcentrale af dat contact heeft plaatsgevonden met het ziekenhuis in Brazilië. Dit heeft onder andere tot gevolg gehad dat er verschillende (aangepaste) rekeningen door het ziekenhuis zijn opgesteld en aan de alarmcentrale zijn gestuurd. De desbetreffende e-mailcorrespondentie en de (aangepaste) rekeningen ontbreken echter in het dossier. Verder blijkt uit het dossier niet dat deze rekeningen ter controle zijn voorgelegd aan verzoekster of dat over de inhoud of de wijzigingen anderszins met haar contact heeft plaatsgevonden. Ook is niet gebleken dat de alarmcentrale het ziekenhuis heeft bevraagd over de discrepanties in de rekeningen die nadien door verzoekster zijn ontdekt. Op basis van het dossier staat dan ook geenszins vast dat de alarmcentrale correct en adequaat heeft gehandeld in de situatie van verzoekster. Op basis waarvan de ziektekostenverzekeraar tot een (ander) oordeel is gekomen, is de commissie niet duidelijk. Zo is niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar de beschikking had over het volledige dossier van de alarmcentrale. Hij heeft dit in elk geval niet kunnen of willen verstrekken op het moment dat verzoekster hierom heeft gevraagd. Voorts is niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar nader (dossier)onderzoek heeft gedaan nadat verzoekster zich had beklagd over de alarmcentrale en hij hierover kritisch is bevraagd tijdens de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen. Naar het oordeel van de commissie had een dergelijk nader onderzoek wel op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen, daarbij tevens in aanmerking nemende het feit dat de ziektekostenverzekeraar van de desbetreffende ziekenhuisfactuur slechts een deel wenste te vergoeden en als gevolg hiervan een substantieel deel van deze factuur voor rekening van verzoekster bleef, althans niet door de ziektekostenverzekeraar aan het ziekenhuis is vergoed. Door onderzoek na te laten heeft de ziektekostenverzekeraar dan ook niet gehandeld zoals van hem in de gegeven omstandigheden redelijkerwijs had mogen worden verwacht.
- 8.16. De commissie overweegt verder dat verzoekster de alarmcentrale heeft verzocht om inzage in het dossier. Uit de verklaringen van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat de alarmcentrale verzoekster aanvankelijk de mogelijkheid heeft geboden het dossier in te zien op haar kantoor, maar dat heeft geweigerd dit (elektronisch) aan verzoekster te verstrekken. Dit laatste is in strijd met artikel 15 van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Op grond van artikel 15, eerste en derde lid, heeft een betrokkene namelijk recht op inzage van persoonsgegevens die worden verwerkt. De verwerkingsverantwoordelijke - in dit geval de alarmcentrale - moet deze in gangbare elektronische vorm verstrekken als de betrokkene hierover langs elektronische weg een verzoek indient. Het had op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen, in het kader van de interne klachtenprocedure, de alarmcentrale hierop te wijzen dan wel de gegevens zelf aan verzoekster te verstrekken en het dossier niet pas in de onderhavige procedure over te leggen nadat de commissie hierom had verzocht.

Schadevergoeding

- 8.17. Verzoekster heeft de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan haar een schadevergoeding moet toekennen. Voor een dergelijke vergoeding is in de onderhavige

procedure gelet op artikel 21.2 van het 'Reglement voor het behandelen van klachten door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)' geen plaats en dient verzoekster zich te wenden tot de civiele rechter.

- 8.18. Omdat verzoekster deels in het gelijk wordt gesteld, ziet de commissie wel aanleiding te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan haar moet vergoeden.
- 8.19. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar bij brieven van 5 december 2022, 15 december 2022, 2 februari 2023 en 21 februari 2023 onder meer expliciet gevraagd welk bedrag hij nog van verzoekster vordert of gaat vorderen. In zijn reactie van 23 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar geen enkele melding gemaakt van een nog van verzoekster te vorderen bedrag. De commissie concludeert dan ook dat de ziektekostenverzekeraar geen vordering heeft op verzoekster, in ieder geval voor zover het de in dit geschil onderhavige zorg betreft.
- 8.20. Wellicht ten overvloede merkt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar op 8 december 2022 aan verzoekster een voorstel tot een minnelijke regeling heeft gedaan. Deze is door verzoekster verworpen. De commissie kan zich, gelet op het voorgaande en hetgeen in dat kader ook is overwogen verband houdende met het optreden van SOS International op het punt van de AVG-informatieverstreking, voorstellen dat de ziektekostenverzekeraar voornoemd aanbod gestand doet. Dit is uiteraard naar eigen vrijheid van de ziektekostenverzekeraar.

Slotsom

- 8.21. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. Bindend advies

- 9.1. De commissie beslist dat:
 - (i) de ziektekostenverzekeraar voor de ziekenhuisopname van 9 mei 2021 tot en met 13 mei 2021 een bedrag van € 563,56 aan verzoekster moet nabetalen;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar voor de ziekenhuisopname van 8 juni 2021 tot en met 17 juni 2021 bij Open DIS-data moet nagaan wat het hoogste tarief is dat bij de berekening van het gemiddelde tarief voor DBC-zorgproduct 110901008 is gebruikt, te verhogen met het tarief voor 1 IC-dag. Als het totale bedrag hoger is dan de reeds verleende vergoeding, dient de ziektekostenverzekeraar het verschil alsnog aan verzoekster te vergoeden;
 - (iii) niet is gebleken dat de alarmcentrale in het geval van verzoekster correct en adequaat heeft gehandeld, hetgeen de ziektekostenverzekeraar is toe te rekenen;
 - (iv) de ziektekostenverzekeraar - voor zover het de in dit geschil aan de orde zijnde zorg in mei respectievelijk juni 2022 betreft - geen vordering heeft op verzoekster;
 - (v) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
 - (vi) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 15 juni 2023,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering
4. EU-Verordening

*Artikel 15***Recht van inzage van de betrokkene**

1. De betrokkene heeft het recht om van de verwerkingsverantwoordelijke uitsluitend te verkrijgen over het al dan niet verwerken van hem betreffende persoonsgegevens en, wanneer dat het geval is, om inzage te verkrijgen van die persoonsgegevens en van de volgende informatie:
 - a) de verwerkingsdoeleinden;
 - b) de betrokken categorieën van persoonsgegevens;
 - c) de ontvangers of categorieën van ontvangers aan wie de persoonsgegevens zijn of zullen worden verstrekt, met name ontvangers in derde landen of internationale organisaties;
 - d) indien mogelijk, de periode gedurende welke de persoonsgegevens naar verwachting zullen worden opgeslagen, of indien dat niet mogelijk is, de criteria om die termijn te bepalen;
 - e) dat de betrokkene het recht heeft de verwerkingsverantwoordelijke te verzoeken dat persoonsgegevens worden gerectificeerd of gewist, of dat de verwerking van hem betreffende persoonsgegevens wordt beperkt, alsmede het recht tegen die verwerking bezwaar te maken;
 - f) dat de betrokkene het recht heeft klacht in te dienen bij een toezichthoudende autoriteit;
 - g) wanneer de persoonsgegevens niet bij de betrokkene worden verzameld, alle beschikbare informatie over de bron van die gegevens;
 - h) het bestaan van geautomatiseerde besluitvorming, met inbegrip van de in artikel 22, leden 1 en 4, bedoelde profilering, en, ten minste in die gevallen, nuttige informatie over de onderliggende logica, alsmede het belang en de verwachte gevolgen van die verwerking voor de betrokkene.
2. Wanneer persoonsgegevens worden doorgegeven aan een derde land of een internationale organisatie, heeft de betrokkene het recht in kennis te worden gesteld van de passende waarborgen overeenkomstig artikel 46 inzake de doorgifte.
3. De verwerkingsverantwoordelijke verstrekt de betrokkene een kopie van de persoonsgegevens die worden verwerkt. Indien de betrokkene om bijkomende kopieën verzoekt, kan de verwerkingsverantwoordelijke op basis van de administratieve kosten een redelijke vergoeding aanrekenen. Wanneer de betrokkene zijn verzoek elektronisch indient, en niet om een andere regeling verzoekt, wordt de informatie in een gangbare elektronische vorm verstrekt.
4. Het in lid 3 bedoelde recht om een kopie te verkrijgen, doet geen afbreuk aan de rechten en vrijheden van anderen.

*Afdeling 3***Rectificatie en wissing van gegevens***Artikel 16***Recht op rectificatie**

De betrokkene heeft het recht om van de verwerkingsverantwoordelijke onverwijld rectificatie van hem betreffende onjuiste persoonsgegevens te verkrijgen. Met inachtneming van de doeleinden van de verwerking heeft de betrokkene het recht vervollediging van onvolledige persoonsgegevens te verkrijgen, onder meer door een aanvullende verklaring te verstrekken.

*Artikel 17***Recht op gegevenswissing („recht op vergetelheid”)**

1. De betrokkene heeft het recht van de verwerkingsverantwoordelijke zonder onredelijke vertraging wissing van hem betreffende persoonsgegevens te verkrijgen en de verwerkingsverantwoordelijke is verplicht persoonsgegevens zonder onredelijke vertraging te wissen wanneer een van de volgende gevallen van toepassing is:
 - a) de persoonsgegevens zijn niet langer nodig voor de doeleinden waarvoor zij zijn verzameld of anderszins verwerkt;

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 2.2

1. De vergoeding van kosten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel b, van de wet, omvat de kosten die de verzekerde heeft gemaakt voor zorg of overige diensten zoals die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.
2. Bij het bepalen van de vergoeding worden in mindering gebracht:
 - a. hetgeen de verzekerde als eigen bijdrage had moeten betalen indien hij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten;
 - b. de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

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°. vruchtbaarheidsgelateerde 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 gehemeltepleten, 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 verslapt 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.

Buitenland: spoedeisende zorg

Als u onverwachts zorg nodig heeft in het buitenland.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% volgens Nederlands tarief Zorg die onder basisverzekering valt, tot bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Start	Zorg volgens vergoedingen Start Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Plus	Zorg volgens vergoedingen Plus Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Optimaal	Zorg volgens vergoedingen Optimaal Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Top	Zorg volgens vergoedingen Top Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Excellent	Aanvulling vergoeding basisverzekering + Zorg volgens vergoedingen Excellent • Aanvulling basisverzekering als zorg duurder is dan in Nederland, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief • Zorg die onder Excellent valt, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief • Geregistreerde geneesmiddelen • Niet-geneesmiddelen, max. € 350 per kalenderjaar • Ziekenvervoer naar de zorgverlener
Buitenland	Aanvulling vergoeding basisverzekering • Aanvulling basisverzekering als zorg duurder is dan in Nederland, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief • Geregistreerde geneesmiddelen • Niet-geneesmiddelen, max. € 250 per kalenderjaar • Ziekenvervoer naar de zorgverlener
Tandplus A	Zorg volgens vergoedingen Tandplus A Tot bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandplus B	Zorg volgens vergoedingen Tandplus B Tot bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandplus C	Zorg volgens vergoedingen Tandplus C Tot bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandplus Preventief	Zorg volgens vergoedingen Tandplus Preventief Tot bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten

Wat u vergoed krijgt

Heeft u in het buitenland met spoed zorg nodig, bijvoorbeeld door een ongeval of een plotselinge ziekte? De vergoeding die u nu leest geldt voor spoedeisende zorg in het buitenland. Gaat u speciaal voor de zorg naar het buitenland? Of kan de zorg wachten totdat u weer terug bent in Nederland? Dan geldt de vergoeding Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg.

Voor de vergoeding van spoedeisende zorg maakt het verschil of de basisverzekering de zorg vergoedt, of de aanvullende verzekering. En ook in welk land u de zorg krijgt en welke aanvullende verzekering(en) u heeft. We zetten het voor u op een rij.

De basisverzekering vergoedt de zorg

Staat bij de vergoedingen dat de basisverzekering de zorg vergoedt? Dan is dat ook zo als u die zorg met spoed in het buitenland krijgt. Het gaat dan om situaties waarbij de zorg medisch gezien niet kan wachten, omdat direct ingrijpen nodig is. Er gelden 2 belangrijke beperkingen:

- wij vergoeden maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Het komt regelmatig voor dat zorg in het buitenland duurder is dan zorg in Nederland. De rest moet u dan zelf betalen
- niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de voorwaarden van de basisverzekering. Voldoet de zorg niet aan deze voorwaarden? Dan krijgt u geen vergoeding

De **aanvullende verzekeringen** Buitenland en Excellent vullen voor spoedeisende zorg in het buitenland de vergoeding van de basisverzekering aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van het land waar u de zorg krijgt. Maar alleen als de zorg voor uw vertrek naar het buitenland niet te verwachten was. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland. Maar u moet wel vooraf contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Excellent en Buitenland vergoeden niet het eigen risico dat u moet betalen.

Of: u kiest voor vergoeding volgens plaatselijke regels

Woont u in een EU-, EER- of verdragsland¹ en krijgt u de spoedeisende zorg in een ander EU-, EER- of verdragsland? Dan kunt u ook kiezen voor vergoeding volgens de plaatselijke regels. Hoe dat werkt, staat in grens aan zorg in het buitenland².

De aanvullende verzekering vergoedt de zorg

Heeft u een aanvullende verzekering? De vergoedingen van de aanvullende (tand)verzekeringen gelden ook voor zorg die u in het buitenland krijgt. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden als in Nederland. De aanvullende verzekeringen vergoeden maximaal het wettelijke of marktconforme tarief van het land waar u de zorg krijgt. De Tandplus verzekeringen vergoeden maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten.

Maar let op: de aanvullende verzekering OntzorgPlus vergoedt geen zorg of diensten in het buitenland.

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Valt zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan geldt het eigen risico ook als u die zorg in het buitenland krijgt.

De eigen bijdrage

Zou u in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan betaalt u die ook in het buitenland. Kiest u voor vergoeding volgens plaatselijke regels? Dan betaalt u een eigen bijdrage als de plaatselijke regels dat bepalen.

Dit moet u zelf doen

Neem contact op met onze alarmcentrale Zorgassistance

Heeft u in het buitenland zorg nodig? Dan raden wij u aan om contact op te nemen met onze alarmcentrale¹ Zorgassistance. Bij Excellent en Buitenland móet u dit doen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. Dat nota's duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor nota's in een andere muntsoort dan de euro.

Buitenland of Excellent? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Buitenland

Voor Buitenland staan hierboven alleen de belangrijkste voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Buitenland bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Excellent heeft. Buitenland is daar namelijk onderdeel van.

¹ Zie hiervoor: <https://www.pnozorg.nl/zorgadvies/zorg-in-het-buitenland/eueer--en-verdragslanden/>

² Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.pnozorg.nl - 030 639 62 62

³ +31 (0)88 668 97 71

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Het moet gaan om de zorg die normaal gesproken wordt verleend. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg

Als u voor een behandeling naar het buitenland wilt.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% volgens Nederlands tarief Zorg die onder basisverzekering valt, tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Start	Zorg volgens vergoedingen Start Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Plus	Zorg volgens vergoedingen Plus Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Optimaal	Zorg volgens vergoedingen Optimaal Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Top	Zorg volgens vergoedingen Top Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Excellent	Zorg volgens vergoedingen Excellent 100% ziekenhuiszorg België en Duitsland Aanvulling basisverzekering in EU-, EER- of verdragsland • Ziekenhuiszorg in België of Duitsland 100%, na begeleiding ZorgConsulent, in (ander) EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (inclusief vergoeding basisverzekering) • Andere zorg die onder de basisverzekering valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (inclusief vergoeding basisverzekering) • Zorg die onder Excellent valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten, daarbuiten tot 1 x dat bedrag
Buitenland	100% medisch specialist in België en Duitsland, na begeleiding ZorgConsulent Alleen voor zorg in ziekenhuis
Tandplus A	Zorg volgens vergoedingen Tandplus A Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandplus B	Zorg volgens vergoedingen Tandplus B Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandplus C	Zorg volgens vergoedingen Tandplus C Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Tandplus Preventief	Zorg volgens vergoedingen Tandplus Preventief Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten

Buitenland
Uitgebreide voorwaarden 2021

Buitenland

Uitgebreide voorwaarden 2021

Wij vergoeden de zorg en de diensten die hierna staan omschreven, als aan de voorwaarden is voldaan. De algemene regels zijn ook van toepassing. De (maximale) vergoedingen zijn per verzekerde, behalve als anders staat vermeld.

U moet voor u kosten maakt altijd contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Behalve als dit niet mogelijk is. Doet u dit niet, dan kan dit gevolgen hebben voor vergoeding van kosten. Dit geldt niet voor de vergoeding Voorziene zorg.

U kunt ook contact opnemen met de alarmcentrale als u tijdens een reis in het buitenland medisch advies wilt.

Onze alarmcentrale Zorgassistance is altijd bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 71. Wij vergoeden de telefoonkosten vanuit het buitenland naar de alarmcentrale.

Nadere algemene regels

1. Nadere begripsomschrijvingen

Buitenland

Ieder ander land dan het land waar u woont.

Familieleden in de 1e of 2e graad

- 1e graad: partner, ouders, adoptieouders, pleegouders, stiefouders, schoonouders, kinderen, adoptiekinderen, pleegkinderen, stiefkinderen, schoonzonen en schoondochters. Onder kinderen, adoptie-, pleeg- of stiefkinderen wordt ook verstaan een begeleider als het kind, adoptie-, pleeg- of stiefkind jonger is dan 16 jaar. Onder ouders en kinderen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen
- 2e graad: broers inclusief kinderen, zussen inclusief kinderen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers, stiefzussen, zwagers en schoonzussen. Onder broers, zussen, grootouders, kleinkinderen, stiefbroers en stiefzussen worden ook verstaan de partners met wie zij duurzaam samenwonen

Marktconform bedrag

Dit is het bedrag dat de zorgverlener rekent en dat niet onredelijk hoog is vergeleken met wat andere zorgverleners in het land van behandeling voor dezelfde zorg rekenen.

Onvoorziene zorg

Zorg die medisch gezien niet kan wachten, omdat direct ingrijpen nodig is. De zorg was bij vertrek niet te verwachten.

Reisgenoot

De persoon met wie u samen een reis- of huurarrangement heeft geboekt of gepland, en waarmee u voor vertrek al een familiale, vriendschappelijke of zakelijke band had.

Ziekenvervoer

Vervoer voor medisch onderzoek of behandeling, als u medisch gezien niet met openbaar vervoer kan.

2. Wie zijn verzekerd?

Op de (zorg)polis staat wie verzekerd is. Die persoon moet ook een basisverzekering hebben.

3. Waar en hoe lang bent u verzekerd?

- Als u voor maximaal 180 dagen naar het buitenland vertrekt, bent u in het buitenland verzekerd.
- In uw woonland bent u ook verzekerd, maar alleen buiten uw woonplaats, bij minimaal 1 betaalde overnachting. U bent dan ook maximaal 180 dagen achter elkaar verzekerd.

4. Eisen aan zorgverleners

Bij zorg in een land buiten Nederland moet de zorgverlener in de door de overheid gebruikte registers staan. Zonder zo'n register moet de zorgverlener in het register van de erkende beroepsgroep staan, als dat er is. De beroepsgroep moet de zorg als gebruikelijk zien.

5. **Medische gegevens**

U geeft toestemming aan de medisch adviseur van onze alarmcentrale Zorgassistance om, als dat nodig is, gegevens over te dragen aan onze medisch adviseur. Dit zijn bijvoorbeeld gegevens over de behandeling of repatriëring.

6. **(Zieken)vervoer**

Gaat het hierna om (zieken)vervoer? Dan vergoeden wij de kosten van passend vervoer. Bij vliegen vergoeden wij economy class, tenzij die onmogelijk is. Bij gebruik van een auto vergoeden wij € 0,27 per kilometer. Wij gaan bij het vaststellen van de vergoeding uit van de optimale route. Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, vergoeden wij niet.

7. **Verblijf**

Gaat het hierna om verblijf? Dan vergoeden wij de kosten van overnachting en maaltijden tot maximaal € 150 per persoon per dag.

Onvoorziene zorg

1. **Onvoorziene medische kosten**

Bij acute ziekte of ongeval van verzekerde vergoeden wij, als u contact heeft opgenomen met onze alarmcentrale Zorgassistance, de kosten van:

- zorg die voor eigen rekening blijven. Dit geldt alleen als de zorg onder de basisverzekering valt en de kosten hoger zijn dan wat was vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het wettelijke tarief of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de basisverzekering maakt hiervan deel uit
- in Nederland of in het buitenland geregistreerde geneesmiddelen die niet worden vergoed volgens de basisverzekering of een aanvullende verzekering
- middelen die in Nederland geregistreerd staan als niet-geneesmiddel tot maximaal € 250 per kalenderjaar, of tot maximaal € 350 per kalenderjaar als u Excellent heeft (Buitenland is daar onderdeel van)
- hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen
- ziekenvervoer naar en van de zorgverlener

Wij vergoeden niet het eigen risico dat u moet betalen.

Regeling bij zwangerschap en bevalling

Als u tijdens een zwangerschap naar het buitenland reist, kunnen er medische complicaties optreden in uw zwangerschap of bij de bevalling. Buitenland vergoedt de zorg voor die complicaties als deze niet te voorzien waren.

Wij beschouwen de reguliere zorg rond zwangerschap en bevalling als voorziene zorg. U kunt daarvoor geen gebruik maken van de vergoeding die u nu leest.

Buitenland vergoedt ook niet:

- als u bij vertrek naar het buitenland als zwangere een verhoogd gezondheidsrisico of verloskundige risicofactor heeft
- bij reizen naar de tropen, naar malaria- of gele koortsgebieden, en naar gebieden met een verhoogd risico op een infectie met het zikavirus
- bij vliegreizen na de 36e week van de zwangerschap

2. **Repatriëring**

Wij vergoeden:

- bij ernstig letsel door een ongeval of ernstige ziekte uw medisch noodzakelijke repatriëring naar een door onze alarmcentrale Zorgassistance bepaald land, met de medische begeleiding die daarbij nodig is
- de extra kosten van verblijf als het medisch noodzakelijk is om u te repatriëren, maar dat door uw medische situatie (nog) niet mogelijk is
- eenmalig de kosten van vervoer en verblijf van 1 persoon als het medisch noodzakelijk is om u te repatriëren, maar dat door uw medische situatie (nog) niet mogelijk is
- de extra kosten van vervoer als u door ziekte of letsel niet met het geplande vervoermiddel naar huis kunt terugkeren

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt de repatriëring, het vervoer en verblijf.

Aanvullende dienstverlening

1. Opsporing en redding

Als u door ziekte of ongeval in een noodsituatie belandt waarbij opsporing of redding noodzakelijk is, vergoeden wij de kosten hiervan tot maximaal € 25.000.

2. Vervoer en verblijf bij onvoorziene zorg

Vervoer en verblijf bij opname reisgenoot

Wij vergoeden uw extra kosten van vervoer en verblijf als een reisgenoot in het ziekenhuis is opgenomen of om andere medische redenen (nog) niet naar huis kan terugkeren.

Vervoer en verblijf verzekerde reisgenoten

Wij vergoeden de extra kosten van vervoer van verzekerde reisgenoten naar het ziekenhuis waar u bent opgenomen. Wij vergoeden bij ziekenhuisopname ook de extra kosten van verblijf van verzekerde reisgenoten.

Vervoer en verblijf

Wij vergoeden uw extra kosten van vervoer en verblijf als uw vooraf geboekte terugreis door uw medische situatie niet op de geplande datum kon plaatsvinden.

Vervoer en verblijf bezoekers

Bent u in het ziekenhuis opgenomen en duurt dit naar verwachting minimaal 5 dagen, of is er sprake van een levensbedreigende situatie, dan vergoeden wij 1 keer de extra kosten van vervoer en verblijf van 2 personen voor maximaal 8 dagen om u te bezoeken. Als u na die 8 dagen om medische redenen niet naar huis kunt terugkeren, vergoeden wij (in totaal) maximaal 15 dagen vervoer en verblijf.

3. Eerder terugkeren

Regeling bij terugkeer uit buitenland

In de volgende 5 gevallen vergoeden wij 1 keer:

- de extra kosten van vervoer en verblijf die u moet maken in verband met uw terugreis, en
 - de kosten van vervoer en verblijf in verband met de (terug)reis naar uw geplande bestemming binnen de oorspronkelijke reisduur
1. ziekte of ongeval van u of een reisgenoot waardoor u de geplande bestemming niet kunt bereiken
 2. ernstig ziek worden, of ernstig gewond raken van een reisgenoot door een ongeval
 3. overlijden van een reisgenoot
 4. overlijden, constatering van een ernstige ziekte bij of een ernstig ongeval van een familielid in de 1e of 2e graad of huisgenoot
 5. ernstige materiële schade aan uw woning, de inboedel of uw bedrijf

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt het vervoer en verblijf.

Regeling bij terugkeer in woonland

Als u in uw woonland verblijft, vergoeden wij alleen de extra kosten van vervoer tot maximaal € 500 per gebeurtenis, volgens bovenstaande regeling. U mag het vervoer in uw woonland zelf regelen.

4. Vervangende chauffeur

Wij vergoeden de kosten van een vervangende chauffeur, als:

- de bestuurder om medische redenen niet meer kan rijden, en
- het gebruikte motorrijtuig nog goed rijdt, en
- de andere reisgenoten het motorrijtuig niet kunnen besturen

Reist u met een eigen motorrijtuig, dan vergoeden wij de kosten van de vervangende chauffeur tot uw woonplaats. Reist u met een gehuurd motorrijtuig, dan vergoeden wij de kosten van de vervangende chauffeur naar de inleverplaats die het dichtstbij is.

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt de inzet van een vervangende chauffeur.

5. Garantie, voorschotbetalingen en toezending geneesmiddelen

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt op uw verzoek:

- garantie op rechtstreekse betaling van zorgkosten aan de zorgverlener, als de kosten vergoed worden door uw basisverzekering bij ons, of Buitenland
- de nodige voorschotbetalingen van die zorgkosten
- indien mogelijk, toezending van noodzakelijke geneesmiddelen die ter plaatse niet zijn te krijgen, als de geneesmiddelen worden vergoed door uw basisverzekering of aanvullende verzekering, beide bij ons

Vergoeding bij overlijden

Bij overlijden van verzekerde tijdens een reis vergoeden wij:

- de kosten van een uitvaart in het land van overlijden, en de heen- en terugreis daarvoor van familieleden in de 1e of 2e graad, samen tot maximaal € 7.500. Of in plaats daarvan: vervoer van het stoffelijk overschot naar een land dat de nabestaanden kiezen (dan geen maximumbedrag)
- de extra kosten van vervoer voor verzekerde reisgenoten in verband met de terugreis. En de extra kosten van hun verblijf tot en met de dag van repatriëring van het stoffelijk overschot of de dag na de uitvaart, met een maximum van 30 dagen
- vervoer en verblijf voor maximaal 7 dagen van 2 familieleden in de 1e of 2e graad naar de plaats van opbaren, inclusief terugreis
- vervoer en verblijf voor maximaal 7 dagen van 1 persoon om een reisgenoot of familielid van de overleden verzekerde bij te staan, inclusief terugreis

Bij overlijden van een verzekerde reisgenoot vergoeden wij:

- de extra kosten van vervoer en verblijf, met een maximum van 30 dagen

Onze alarmcentrale Zorgassistance regelt het vervoer en verblijf.

Voorziene zorg

Ziekenhuiszorg in België en Duitsland

Wij vergoeden de kosten van medisch-specialistische zorg volgens de vergoeding Medisch specialist van de basisverzekering die is verleend in een ziekenhuis in België of Duitsland. Dit geldt alleen voor zover de kosten hoger zijn dan wat was vergoed als de zorg in Nederland was verleend. Wij vergoeden maximaal het wettelijke tarief of marktconforme bedrag van het land waar de behandeling plaatsvindt. De vergoeding volgens de basisverzekering maakt hiervan deel uit.

Wij vergoeden niet:

- inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) en ereloon (supplementen) (België) of kosten die daarmee te maken hebben
- alternatieve zorg
- vervoer naar het ziekenhuis of naar huis
- het eigen risico dat u moet betalen

U moet voor de behandeling begint contact opnemen met onze ZorgConsulent. Die begeleidt u bij uw keuze voor een zorgverlener.

De ZorgConsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 8.30 en 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 020 00 04 of via zorgconsulent@pnozorg.nl