

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Turkije, geneeskundige zorg, hartoperatie, hoogte vergoeding,
telefonische toezegging
Zaaknummer : 2012.00716
Zittingsdatum : 12 juni 2013

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, 2.4 Bzv, art. 13 lid 1 Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde zorgverzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een hartoperatie, uitgevoerd te Antalya (Turkije) (verder: de aanspraak). De zorgverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is ingestemd, te weten tot een bedrag van € 12.280,72.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 februari 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar is overgegaan tot tarifiering. De uitkomst hiervan was dat op grond van de Turkse sociale ziektekostenverzekering geen aanspraak bestaat op een hogere vergoeding. In totaal is aan verzoeker € 16.590,11 uitgekeerd.

3.4. Bij brief van 15 januari 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig, althans tot een bedrag van € 22.500,- in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 april 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 april 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 april 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 24 mei 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 12 april 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 2 mei 2013 (zaaknummer 2013051345) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de DBC's 28110024000110 en 20110002030103 passend zijn. Er is een indicatie voor vergoeding van de zorg conform de bij de genoemde DBC's behorende bedragen. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 22 mei 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 12 juni 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 13 juni 2013 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 17 juni 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
- 3.11. Verzoeker heeft de commissie bij ongedateerde brief, ontvangen op 18 juni 2013, aanvullende informatie gezonden. Deze informatie is door de commissie als tardief beoordeeld.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft op 15 november 2011 in Antalya een hartoperatie ondergaan. Hij heeft vijf dagen in de hartkliniek gelegen, en is daarna tien dagen in een ander ziekenhuis opgenomen geweest. Voorafgaand aan de operatie, op 13 november 2011, heeft de echtgenote van verzoeker contact opgenomen met de alarmcentrale van de zorgverzekeraar om hiervan melding te doen. Verzoekers dochter heeft eveneens contact gehad met de alarmcentrale van de zorgverzekeraar. Door haar is geïnformeerd naar de hoogte van de vergoeding. Op 19 november 2011 is de dochter van verzoeker gebeld door de alarmcentrale van de zorgverzekeraar en is haar medegedeeld dat het dossier zal worden bekeken. Tevens is een indicatieve vergoeding van € 22.500,- genoemd.
- 4.2. Op 5 december 2011 was verzoeker terug in Nederland. Op 7 december 2011 is het medische dossier van verzoeker overhandigd aan de zorgverzekeraar in diens winkel in Nijverdal. Op 8 december 2011 deelde de zorgverzekeraar verzoeker mede dat de medisch adviseur het dossier zou beoordelen. Dit werd hem op 19 december 2011 nogmaals medegedeeld. Uiteindelijk werd verzoeker op 27 december 2011 gebeld door de zorgverzekeraar met de mededeling dat alles was geregeld en dat tot uitbetaling zou worden overgegaan. In januari 2012 werd verzoeker door de zorgverzeke-

raar verzocht de nota's in te sturen en zijn rekeningnummer door te geven. Uiteindelijk ontving verzoeker op 18 januari 2012 de gedeeltelijke vergoeding.

- 4.3. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding. In de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat bij spoedeisende zorg in het buitenland, de vergoeding ten laste van de zorgverzekering in overeenstemming is met het Nederlandse tarief dan wel het Nederlandse marktconforme tarief. Navraag in Nederland leert dat de kosten van een dergelijke operatie ongeveer € 30.000,-- belopen. De door de zorgverzekeraar verleende vergoeding bedraagt ruim € 12.000,--. Bovendien is tijdens het gesprek met de alarmcentrale van de zorgverzekeraar op 19 november 2011 een indicatieve vergoeding ten bedrage van € 22.500,-- genoemd. Verzoeker voert aan dat er geen reden was dit niet als concrete toezegging te beschouwen. Immers, in de documentatie staat vermeld dat bij spoedeisende hulp contact moet worden opgenomen met de alarmcentrale. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de handelingen van de alarmcentrale daadwerkelijk advies en hulp zijn. Bovendien komt genoemd bedrag overeen met de werkelijke kosten en de (minimale) vergoedingen in Nederland. De zorgverzekeraar heeft tegenstrijdige uitlatingen gedaan, en handelt onprofessioneel.
- 4.4. Nadien zijn nog twee vergoedingen verleend, waardoor uiteindelijk € 8.997,26 voor rekening van verzoeker is gebleven.
- 4.5. Daarnaast beklaagt verzoeker zich over de termijn van uitbetaling. Op 14 november 2011 heeft hij € 35.000,-- vooruitbetaald aan het Turkse ziekenhuis. Op 7 december 2011 zijn de declaratie en het bijbehorende dossier bij de zorgverzekeraar ingediend. Pas op 18 januari 2012 vond een eerste uitkering plaats.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij wellicht niet altijd adequaat – conform de verwachting van de zorgverzekeraar – heeft gereageerd. Hij is echter een leek op verzekeringsgebied. De zorgverzekeraar verkoopt zich als klantvriendelijk en dienstbaar en daar rekent verzoeker dan ook op. Verzoeker verklaart dat hij indertijd heeft geïnformeerd naar de noodzaak van een aanvullende ziektekostenverzekering in verband met zorg in het buitenland. Dit werd toen als onnodig bestempeld door een medewerker van de zorgverzekeraar. Verzoeker was bereid zich aanvullend te verzekeren, maar dit bleek overbodig. De documentatie en informatievoorziening van de zorgverzekeraar op dit punt is derhalve incorrect. Voorts stelt verzoeker dat de zorgverzekeraar het onmogelijke van een verzekerde verwacht in een kritieke situatie, zo ook in zijn geval. Verzoeker werd in Turkije ernstig ziek en is aldaar behandeld. Er was op dat moment geen keuzemogelijkheid. Hij wist niet of sprake was van contracten met ziekenhuizen. Bovendien was dat op dat moment het laatste waaraan hij dacht. Dit was ook de reden dat verzoekers partner contact heeft opgenomen met de alarmcentrale van de zorgverzekeraar, zoals ook is voorgeschreven in de polisvoorwaarden. Verzoeker stelt verder dat de zorgverzekeraar op 19 november 2011 wel degelijk een toezegging aan zijn dochter heeft gedaan. Zij heeft er op dat moment niet aan gedacht een schriftelijke bevestiging te vragen. De polisvoorwaarden zijn ook in een kritieke situatie in Nederland niet bij de hand. De zorgverzekeraar gaat in de brief van 11 april 2013 erg makkelijk om met de waarheid. Er zou niet meer te achterhalen zijn wat er tijdens het telefonisch contact met de alarmcentrale is gezegd. Echter, in de brief van 22 februari 2012 staat dat “bedragen zijn genoemd” en dat er “wellicht aanspraak bestond”. Kennelijk wist men toen wel iets te achterhalen van wat er was gezegd. Verzoeker stelt het opvallend te vinden dat het door de alarmcentrale genoemde bedrag ongeveer overeenkomt met de in Nederland

gebruikelijke tarieven. Dat kon ook, want de aard van de behandeling was bekend. Verzoeker concludeert zodoende dat het standpunt van de zorgverzekeraar inconsequent en tegenstrijdig is. In feite geeft de zorgverzekeraar toe dat een toezegging is gedaan, maar wordt van verzoeker verwacht dat hij zich daar niets van had moeten aantrekken omdat hij met kennis van de polisvoorwaarden had moeten weten dat de alarmcentrale geen toezeggingen mag doen. Dit is een vreemde redenering. Het is duidelijk dat een toezegging is gedaan en de zorgverzekeraar probeert hier nu op onprofessionele wijze onderuit te komen. Tot slot stelt verzoeker dat er maar één soort hartklinieken in Turkije bestaat; deze zijn niet onder te verdelen in staatsklinieken en privéklinieken.

4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Op 13 november 2011 heeft de echtgenote van verzoeker contact opgenomen met de alarmcentrale. De alarmcentrale heeft geen garantie afgegeven voor de opname, aangezien verzoeker enkel een zorgverzekering heeft. De zorgverzekering dekt de kosten van zorg in het buitenland tot het Nederlandse marktconforme tarief (artikel B9 van de zorgverzekering). Hierop kan een aanvullende vergoeding worden verleend indien een aanvullende ziektekostenverzekering is afgesloten. Verzoeker heeft echter geen aanvullende ziektekostenverzekering.

5.2. In totaal is een bedrag van € 16.590,11 aan verzoeker betaald voor de opname en operatie in Turkije. Dit bedrag bestaat uit de volgende vergoedingen. Voor de hartoperatie is DBC 28110024000110 vastgesteld. Dit is een DBC uit het A-segment met een bijbehorend tarief van € 12.354,86. Voor het eerste onderzoek is DBC 20110002030103 vastgesteld een met bijbehorend tarief van € 2.275,26. Daarnaast zijn de kosten van twee intensive care dagen vergoed. Dit betreft een bedrag van € 2.000,--. Ook zijn er twee bedragen betaald ter zake van medicijnen, te weten € 14,22 en € 19,91. Alle kosten die met een bepaalde behandeling zijn gemoeid worden ondergebracht in één DBC. Er wordt niet apart betaald voor de verschillende onderdelen van een behandeling. Dit geldt ook wanneer de behandeling in het buitenland plaatsvindt.

5.3. Op 22 november 2012 is antwoord ontvangen op het verzoek tot tarifiering. Op het tarifieringsformulier staan twee bedragen vermeld. Het bedrag van € 25.553,24 betreft de kosten van het Aspendos Hospital. Van het bedrag van € 6.338,31 moet worden aangenomen dat dit het tarief is dat door het Turkse ziekenfonds voor een dergelijke operatie wordt betaald. Dit is geverifieerd bij het CVZ. Gelet op genoemde vergoedingen en de gegevens van het Turkse ziekenfonds, is verzoeker de juiste vergoeding toegekend. Er wordt niet overgegaan tot een aanvullende vergoeding.

5.4. Verzoeker heeft gesteld dat de alarmcentrale een toezegging heeft gedaan voor een totale vergoeding van € 22.500,--. Dit bedrag zou zijn toegezegd in een gesprek tussen de dochter van verzoeker en een medewerker van de alarmcentrale op 19 november 2011. De zorgverzekeraar voert aan dat dit gesprek heeft plaatsgevonden nadat de operatie was uitgevoerd.

De zorgverzekeraar betwist dat een telefonische toezegging is gedaan en wijst in dit verband op artikel A26 van de zorgverzekering waarin onder het voorlaatste gedachtestreepje is opgenomen dat een eventuele mondelinge toezegging zonder schriftelijke bevestiging niet geacht wordt te zijn gedaan. Reden voor het opnemen van deze

bepaling is dat het achteraf altijd lastig is om te achterhalen wat over en weer is gezegd.

Er is navraag gedaan bij de alarmcentrale. De alarmcentrale heeft aangegeven dat inderdaad bedragen zijn genoemd. Dit waren echter bedragen waarop verzoeker wellicht aanspraak zou kunnen maken, en dit betekent niet dat hierop daadwerkelijk recht bestond. De vergoeding is pas vast te stellen nadat de definitieve nota is ingediend. Het is begrijpelijk dat door de uitlatingen van de alarmcentrale de indruk is gewekt dat een hogere vergoeding zou worden verleend dan die verzoeker nu heeft ontvangen. Dit is erg vervelend. De kosten zijn echter niet gemaakt op basis van foutieve informatie; de operatie had immers al plaatsgevonden voordat de bedragen zijn genoemd. Er wordt daarom niet overgegaan tot een coulancevergoeding.

- 5.5. De zorgverzekeraar voert aan dat verzoeker ten onrechte voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekeringen heeft overgelegd en deze heeft betrokken in zijn stelling. Verzoeker heeft namelijk enkel een zorgverzekering afgesloten, zodat alleen die voorwaarden van toepassing zijn.
- 5.6. De veronderstelling van verzoeker dat de alarmcentrale ook de afwikkeling van de betaling organiseert, is onjuist. Via de alarmcentrale wordt de noodzakelijke medische hulp in het buitenland gecoördineerd.
- 5.7. In het dossier zijn verschillende versies opgenomen van het formulier dat de zorgverzekeraar heeft gezonden naar het Turkse ziekenfonds. Het is niet duidelijk hoe dit mogelijk is. Van belang is met name dat in alle overgelegde formulieren dezelfde bedragen worden genoemd. Eerst het bedrag dat het ziekenhuis in Turkije in rekening heeft gebracht (€ 25.553,24) en dan het tarief dat voor de betreffende behandeling staat (€ 6.338,31). Met de betaling conform de Nederlandse DBC-tarieven heeft de zorgverzekeraar meer uitgekeerd dan het gebruikelijke tarief in Turkije, namelijk het in Nederland geldende tarief. De zorgverzekeraar is dan ook van mening dat aan de betalingsverplichting jegens verzoeker is voldaan.
- 5.8. Ter zitting is door de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts heeft de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het erom gaat dat verzoeker krijgt waar hij recht op heeft. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op een vergoeding, en dit is correct afgehandeld. De zorgverzekeraar erkent wel dat de afhandeling soepeler had kunnen verlopen. Tot slot stelt de zorgverzekeraar dat de strekking van een toezegging is dat er naar wordt gehandeld. In dit geval wordt de toezegging over de vergoeding betwist. Er zijn weliswaar bedragen genoemd, maar de context is onduidelijk. Bij onduidelijkheid moet worden aangenomen dat de toezegging niet vast staat.
- 5.9. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog volledig, althans tot een bedrag van € 22.500,- in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B9 tot en met B36 van de zorgverzekering.

Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“(…)

Welke zorg

U heeft recht op:

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek.

(…)

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat specialistische zorg biedt. (...) Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [naam zorgverzekeraar], krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Wat er wordt vergoed, hangt af van de soort zorg:

- zorg waarvoor een wettelijk tarief is vastgesteld (het A-segment): 80% van het tarief wordt vergoed,
- zorg waarvoor geen wettelijk tarief is vastgesteld (het B-segment): er is een lijst van maximale vergoedingen, die is opgenomen in het Verzekeringsreglement. (...)

Verwijzing en toestemming

(...)Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig. (...)”

8.3. Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-Verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.

Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door [naam zorgverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is. (...)

Toestemming

(...)

Als u in het buitenland bent en u heeft daar zorg nodig dan kunt u bellen met de Alarmcentrale op [telefoonnummer]. Dit telefoonnummer staat ook op uw zorgpas. De alarmcentrale is dag en nacht bereikbaar. Schakelt u de alarmcentrale in bij spoedeisende zorg.

(...)"

- 8.4. De artikelen B9 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.6. 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 zorgverzekeraar 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.
- 8.7. Artikel 13 lid 1 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid (Trb. 1966, 155) bepaalt:

"Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Niet in geschil is dat sprake is van onmiddellijke geneeskundige behandeling, als bedoeld in artikel 13 lid 1 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid.
- 9.2. De zorgverzekeraar is overgegaan tot tarifiering. Dit heeft geleid tot de conclusie dat de vergoeding op grond van de Turkse sociale ziektekostenverzekering lager is dan hetgeen initieel door de zorgverzekeraar conform artikel B9 van de zorgverzekering is vergoed. Nadien hebben aanvullende vergoedingen plaatsgevonden. In totaal is aan verzoeker € 16.590,11 betaald. Ter vaststelling van de hoogte van de uiteindelijke vergoeding is de zorgverzekeraar wat betreft de operatie uitgegaan van DBC-code 28110024000110. Het betreft een DBC-code uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. Het bijbehorende tarief was ten tijde van de behandeling € 12.354,86. Voorts is wat betreft het eerste onderzoek DBC-code 20110002030103 vastgesteld, eveneens een DBC-code uit het A-segment. Het bij-

behorende tarief was ten tijde van de behandeling € 2.275,26. Daarnaast zijn twee intensive care dagen en medicijnen vergoed. Het betreft hierbij bedragen van respectievelijk € 2.000,-- en € 14,22 en € 19,91.

- 9.3. Uit het CVZ-advies van 2 mei 2013 blijkt dat de zorgverzekeraar de juiste DBC-codes heeft gehanteerd. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare, met als consequentie dat verzoeker geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

Werking privaatrecht

- 9.4. Door verzoeker is gesteld dat zijn dochter namens hem op 19 november 2011 telefonisch contact heeft gehad met de alarmcentrale van de zorgverzekeraar, waarbij haar is toegezegd dat de vergoeding voor de operatie € 22.500,-- zou bedragen. Ter onderbouwing van zijn stelling heeft verzoeker onder meer een telefoonrekening overgelegd waarop voornoemd telefoongesprek is vermeld. Door de zorgverzekeraar is niet bestreden dat dit gesprek heeft plaatsgevonden. Immers, in zijn brieven van 22 februari 2012 en 23 november 2012 bevestigt de zorgverzekeraar het telefonisch contact met de alarmcentrale. Daarnaast stelt de zorgverzekeraar in zijn brief van 22 februari 2012 dat navraag is gedaan bij de alarmcentrale, en dat daaruit is gebleken dat inderdaad bedragen zijn genoemd. De zorgverzekeraar tekent hierbij aan dat de bedragen zijn genoemd als zijnde mogelijke vergoedingen. Voorts stelt de zorgverzekeraar in voornoemde brief dat begrijpelijk is dat verzoeker door de uitlatingen van de alarmcentrale de indruk heeft gekregen dat een hogere vergoeding zou worden toegekend dan die welke hem uiteindelijk is verleend. Hierbij is de kanttekening geplaatst dat verzoekers handelen niet gebaseerd was op deze uitlatingen, aangezien het telefonisch contact plaatsvond ná de operatie.
- 9.5. De commissie merkt in de eerste plaats op dat het een keuze van de zorgverzekeraar is geweest in artikel B9 van de zorgverzekering op te nemen dat ingeval van spoedeisende zorg contact moet worden opgenomen met de alarmcentrale. Dat deze verwijzing alleen relevant is voor het afgeven van een eventuele garantieverklaring in het kader van een aanvullende ziektekostenverzekering ligt, gezien het opnemen van het artikel in de zorgverzekering, niet in de rede. Hieruit volgt dat indien een verzekerde – ook al is hij uitsluitend verzekerd op grond van de zorgverzekering, zoals verzoeker – navraag doet bij de alarmcentrale, al hetgeen hem door de alarmcentrale wordt medegedeeld kan worden toegerekend aan de zorgverzekeraar. Indien de zorgverzekeraar anders had gewild, had hij in artikel B9 van de zorgverzekering kunnen bepalen dat ingeval van spoedeisende zorg in het buitenland een melding aan hem dient plaats te vinden. Dat de informatie is gegeven ná de operatie is daarom in de onderhavige situatie niet relevant.
- 9.6. Vast staat dat op 19 november 2011 telefonisch contact tussen de dochter van verzoeker en de alarmcentrale van de zorgverzekeraar heeft plaatsgevonden. Naar het oordeel van de commissie is door verzoeker aannemelijk gemaakt dat in voornoemd telefoongesprek een toezegging is gedaan, inhoudende dat voor de hartoperatie € 22.500,-- zal worden vergoed. Van doorslaggevende betekenis hierbij is de inhoud van de brief van de zorgverzekeraar van 22 februari 2012, waarin een en ander wordt bevestigd.

- 9.7. Aangezien de zorgverzekeraar reeds is overgegaan tot een vergoeding van het eerste onderzoek en de hartoperatie ten bedrage van in totaal € 16.590,11, dient de zorgverzekeraar dit bedrag aan te vullen tot € 22.500,--.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.7.
- 9.9. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe als hiervoor vermeld.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 26 juni 2013,

Voorzitter