



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Vergoeding behandeling België, toezegging, verjaring
Zaaknummer : 201502827
Zittingsdatum : 6 juli 2016

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige behandeling was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Azivo Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een ziekenhuisbehandeling, uitgevoerd in België, ten bedrage van € 1.180,16 (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster uit coulance een vergoeding van € 500,- verleend.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij telefonisch contact en brief van 12 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. Verzoekster heeft zich tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend omdat zij zich met voornoemde beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet kan verenigen. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 11 november 2015 aan verzoekster medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 27 november 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 4 mei 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op dezelfde datum aan verzoekster gezonden.
- 
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 
- 3.8. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 juli 2016 telefonisch gehoord.
- 
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 12 juli 2016 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 juli 2016 aan verzoekster gezonden.
- 
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster is op 2 december 2011 in een ziekenhuis in België behandeld.
- 
- 4.2. Vanwege ernstig lichamelijk en geestelijk geweld is verzoekster enkele jaren dakloos geweest. Sinds maart 2015 heeft zij weer een woning. Hierdoor ontving verzoekster pas in maart 2015 de nota ter zake van de behandeling van het ziekenhuis in België. Dit was een kopie; de originele nota heeft verzoekster nimmer bereikt.
- 
- 4.3. Verzoekster kan zich niet vinden in de beslissing van de ziektekostenverzekeraar slechts een gedeeltelijke vergoeding (te weten € 500,--) voor de onderhavige behandeling te verlenen. Zij ging er namelijk van uit dat de kosten van de behandeling geheel zouden worden vergoed, aangezien een uitgebreid verzekeringspakket met topdekking bij de ziektekostenverzekeraar was afgesloten en bovendien met de ziektekostenverzekeraar overleg had plaatsgevonden over de geplande behandeling in België. Bij die gelegenheid werd haar toegezegd dat de kosten van de behandeling volledig zouden worden vergoed. Er is een getuige die deze toezegging kan bevestigen. De man die geïnformeerd zou hebben bij de ziektekostenverzekeraar naar de vergoeding van de behandeling, is nimmer door verzoekster gemachtigd om namens haar en over haar met de ziektekostenverzekeraar te overleggen. De privacywetgeving is hierover heel duidelijk. Daarnaast stelt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar haar persoonlijk had moeten berichten toen hij kennelijk op de hoogte was van het voornemen van verzoekster om zich in België te laten behandelen. Met de wetenschap van nu, had verzoekster nooit de keuze gemaakt voor de onderhavige behandeling.
- 
- 4.4. Voorts wijst verzoekster op de chaotische klachtbehandeling door de ziektekostenverzekeraar. Zo is de heroverweging gedateerd 12 augustus 2015, maar ontving verzoekster deze pas op 9 oktober 2015. Deze vertraging was gelegen in een foutieve adressering. Na diverse telefonische verzoeken in augustus, september en oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar uiteindelijk het onjuiste adres van verzoekster gewijzigd en haar de oorspronkelijke brief alsnog toegestuurd. Het voorgaande is typerend voor de slordige administratie van de ziektekostenverzekeraar.
- 
- 
- 

- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald. Voorts is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij in de periode dat zij dakloos was, bij de gemeente stond ingeschreven met een postadres. Daarnaast is door sommige instanties het adres van haar voormalige echtgenoot gehanteerd.
- 4.6. Nadien heeft verzoekster verklaard verheugd te zijn met de nabetaling door de ziektekostenverzekeraar.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Tot 1 januari 2012 declareerden ziekenhuizen door middel van een Diagnose Behandel Combinatie (hierna: DBC). De kosten voor de diagnosestelling, een behandeling en eventuele overige kosten die daarbij horen, werden samengebracht in één code. Voor deze code bestond een vastgesteld tarief, en als dit er niet was, een gemiddeld tarief. Om een DBC te kunnen vaststellen heeft een verzekeraar medische gegevens nodig.
In artikel 10.4 van de zorgverzekering is opgenomen dat de originele nota's binnen twaalf maanden na de behandeldatum bij de ziektekostenverzekeraar moeten zijn ingediend. De behandeldatum en/of datum van levering van de zorg, en niet de declaratiedatum waarop de nota is uitgeschreven, is daarbij bepalend. In artikel 10.5 van de zorgverzekering is bepaald dat declaraties die na drie jaar worden ontvangen, niet meer in behandeling worden genomen.
- 5.2. Verzoekster heeft in 2011 een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor geplande zorg in België, dit na verwijzing door de huisarts. Deze aanvraag is niet meer voorhanden. Op 16 november 2011 heeft telefonisch contact plaatsgevonden met de belangenbehartiger van verzoekster, de heer [...]. Hij wilde graag vooraf weten wat de eventuele vergoeding zou zijn voor de zorg in België. Er is door één van de medewerkers van de ziektekostenverzekeraar destijds uitgebreid met de heer [...] gesproken. Er is hem uitleg gegeven over de DBC-systematiek, die destijds van toepassing was voor het in rekening brengen van medisch specialistische zorg, en het vergoedingensysteem in België. Op basis van de door verzoekster destijds verstrekte informatie, waaronder een offerte, heeft de medewerker verklaard dat de te verwachten vergoeding ongeveer € 500,- zou bedragen. Deze vergoeding was gebaseerd op de gehele behandeling.
- 5.3. Op 30 juli 2015 ontving de ziektekostenverzekeraar de nota van de aan verzoekster in België verleende zorg. Op dat moment was deze vordering van verzoekster vier jaar oud. Een vordering op een verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart na drie jaar (artikel 7:942 BW). Daarnaast was de termijn van drie jaar uit artikel 10 van de zorgverzekering verstreken, zodat de ziektekostenverzekeraar niet meer was gehouden de nota in behandeling te nemen. De door verzoekster gestelde vordering is derhalve verjaard, en de ziektekostenverzekeraar hoeft deze niet meer te voldoen.
Bovendien is in de onderhavige situatie enkel een nota voorhanden, en zijn geen medisch inhoudelijke gegevens meer beschikbaar. Daardoor is het niet mogelijk thans alsnog de juiste DBC vast te stellen voor de door verzoekster ondergane behandeling.
De ziektekostenverzekeraar heeft uit coulance besloten de kosten te vergoeden zoals die in het telefoongesprek van 16 november 2011 zijn besproken, te weten € 500,-. Gelet op het feit dat geen toezegging is gedaan dat de kosten van de behandeling in België volledig zouden worden vergoed, ziet de ziektekostenverzekeraar thans geen reden het resterende bedrag ook uit coulance te betalen.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar desgevraagd verklaard dat artikel 7:942 BW van dwingend recht is en dat op basis van dit artikel het bekend worden met de vordering als peildatum geldt. Om die reden zal de ziektekostenverzekeraar nagaan of de nota alsnog in behandeling kan worden genomen en kan worden vergoed, in dat geval uiteraard onder aftrek van de eerdere vergoeding van € 500,-.

5.5. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat is besloten de nota te vergoeden. De hoogte van de nota is € 1.180,16. Aan verzoekster is reeds € 500,-- vergoed. Het restant van het te vergoeden bedrag is € 680,16 en dit bedrag wordt aan verzoekster overgemaakt.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 15 van de zorgverzekering en artikel 14 van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de onderhavige behandeling alsnog volledig te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Beoordeling van het geschil

8.1. Partijen hebben na de zitting overeenstemming bereikt. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten de nota van € 1.180,16 alsnog te vergoeden. Aan verzoekster was reeds een vergoeding van € 500,-- verleend. Het restant van € 680,16 wordt aan haar nabetaald. Met deze betaling resteert geen geschilpunt meer.

8.2. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure is overgaan tot vergoeding van de onderhavige nota, is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster dient te vergoeden.

9. Het bindend advies

9.1. De commissie stelt hetgeen is omschreven onder 8.1 vast.

9.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 21 juli 2016,

A.I.M. van Mierlo