



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, opname in verband met zuurstoftekort en
maagontsteking, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201302874
Zittingsdatum : 3 september 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013, art. 19 Vo nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen FNV Zorg 2 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en FNV TandZorg 1 afgesloten. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering FNV TandZorg 1 is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

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 behandeling in verband met zuurstoftekort en een maagontsteking, uitgevoerd te Maaseik, België (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsbericht van 19 augustus 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 869,72, wordt ingewilligd.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 30 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 8 april 2014 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 brief van 2 juni 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 juni 2014 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 10 juli 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 september 2014 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

3.8. Bij brief van 13 juni 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 7 juli 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014074484) de commissie medegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben in het onderhavige geschil. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.

3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 september 2014 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster is tijdens een verblijf bij haar neef in Maaseik onwel geworden en naar het plaatselijke ziekenhuis gebracht. Aldaar constateerde men een zuurstoftekort en een hevige ontsteking van haar maag. Verzoekster is gedurende twee dagen opgenomen geweest in het ziekenhuis.

4.2. Omdat verzoekster was flauwgevallen, was zij niet in de gelegenheid telefonisch contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar. Haar dochter heeft op een later tijdstip twee keer gebeld met de ziektekostenverzekeraar, en kreeg toen te horen dat direct een melding had moeten worden gedaan bij de Alarmcentrale. Dit was verzoekster niet bekend. De medewerker deelde tevens aan de dochter van verzoekster mede dat het op dat moment - toen verzoekster bijna werd ontslagen - geen zin meer had contact op te nemen met de Alarmcentrale, aangezien verzoekster toch al was opgenomen. De medewerker zegde verder toe een Europees verzekeringsbewijs te sturen. Dit is echter niet gebeurd.

4.3. Ter zitting is door verzoekster toegelicht dat haar dochter pas twee dagen later kon langskomen, omdat zij alleen woont in een wat verderaf gelegen plaats. Andere familieleden zijn wel eerder langs geweest, maar zij weten niet bij welke verzekeraar verzoekster is verzekerd.

4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De aan verzoekster verleende zorg was spoedeisend. Om die reden is een tarifieringsverzoek gedaan bij de Belgische mutualiteit. De uitkomst van de tarifiering is echter nog niet bekend.

5.2. In afwachting van de uitkomst van de tarifiering is aan verzoekster een vergoeding verleend conform het maximale Nederlandse tarief. Hiervoor is aangesloten bij DBC zorgproductcode 182199034, met een tarief van € 1.160,16. Er is geen restitutiekorting in rekening gebracht. Een bedrag van € 290,44 is verrekend met het verplicht eigen risico, zodat per saldo € 869,72 aan verzoekster is uitgekeerd.

5.3. Bij spoedeisende zorg bestaat vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op een aanvulling op de vergoeding die men ontvangt vanuit de zorgverzekering. Een vereiste hiervoor is dat direct contact wordt opgenomen met de Alarmcentrale. Verzoekster heeft gesteld dat haar dochter op 3 mei 2013 tweemaal met de ziektekostenverzekeraar heeft gebeld, en dat haar toen is gezegd dat het niet meer nodig was contact op te nemen met de Alarmcentrale. Anderzijds

zou haar echter zijn geadviseerd juist wel een melding te doen bij de Alarmcentrale. Hoe het ook zij, het contact is uitgebleven, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op een aanvullende vergoeding, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het onmogelijk is te achterhalen wat precies aan de dochter van verzoekster is verteld. De polisvoorwaarden zijn echter duidelijk: er moet direct contact worden opgenomen met de Alarmcentrale. Dat is niet gebeurd. Indien dit wel het geval was, had vergoeding tot kostprijs kunnen plaatsvinden.

5.5. De ziektekostenverzekeraar 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 en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.

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

“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 zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist. [Naam ziektekostenverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op [website]/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met [naam ziektekostenverzekeraar] een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op [telefoonnummer]. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [naam ziektekostenverzekeraar], krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op [website]/vergoedingen. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. De lijst met maximale vergoedingen kan gedurende het jaar

wijzigen. Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst met maximale vergoedingen is opgenomen, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat [naam ziektekostenverzekeraar] gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd. (...)"



- 8.4. Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"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 ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op zorg van een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend. U krijgt niet meer vergoed dan het gemiddeld door [naam ziektekostenverzekeraar] in Nederland gecontracteerde tarief.

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland. (...)"

- 8.5. 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).
- 8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op vergoeding indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.8. Artikel E8 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding bij spoedeisende zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"U krijgt vergoeding voor zorg als:

- *u een deel van de kosten vergoed krijgt uit de Basisverzekering,*

- de zorg onvoorzien was,
- niet kon worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland,
- u niet langer dan 1 jaar in het buitenland bent, en
- de kosten zouden zijn vergoed als deze in Nederland zouden zijn gemaakt. (...)

U krijgt geen vergoeding voor de kosten van ziekenhuisopnames die niet of niet direct bij de Alarmcentrale van [naam ziektekostenverzekeraar] zijn gemeld."

8.9. Artikel 19 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.

2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat bij verzoekster sprake was van spoedeisende zorg, zodat zij op grond van artikel 19 van Vo. nr. 883/2004 aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van deze zorg, volgens de voorwaarden van de sociale ziektekostenverzekering van de lidstaat van verblijf, in dit geval België. Kennelijk beschikte verzoekster ten tijde van de ziekenhuisopname niet over een European Health Insurance Card (EHIC). De ziektekostenverzekeraar heeft daarom, overeenkomstig artikel 25, vijfde lid van Vo. nr. 987/2009, achteraf een tarifieringsverzoek gedaan aan de Belgische mutualiteit, en is thans nog in afwachting van de uitkomst hiervan. Bij het door de mutualiteit op te geven tarief gaat het om de toepassing van de Belgische wetgeving op het terrein van de sociale ziektekostenverzekering. Dit tarief kan niet door de commissie worden getoetst en vormt in die zin een gegeven. Voor zover het Belgische tarief lager mocht blijken te zijn dan het Nederlandse tarief, heeft verzoekster op grond van de zorgverzekering aanspraak op aanvulling tot het Nederlandse tarief.

9.2. Ter vaststelling van het Nederlandse tarief is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van het DBC zorgproduct 182199034 met als omschrijving: *"Heelkunde / Klin. kort / Symptoom algemeen (...) Maximaal 5 verpleegligdagen bij Operatieve ingreep"*. Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Het voor dit DBC zorgproduct gecontracteerde tarief was ten tijde van de ingreep - mei 2013 - € 1.160,16. Het door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC zorgproduct komt de commissie - gelet op de behandeling die bij verzoekster is uitgevoerd - juist voor. Dat op dat moment nog een deel van het eigen risico open stond, en dat dit eigen risico van toepassing is op de onderhavige zorg, vormt geen onderwerp van geschil. Per saldo is daarom € 869,72 aan verzoekster uitgekeerd. Zij heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt in geval van spoedeisende zorg in het buitenland dekking in aanvulling op de vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Een vereiste voor deze vergoeding is dat direct contact wordt opgenomen met de Alarmcentrale van de

ziekttekostenverzekeraar. Niet ter discussie staat dat verzoekster noch haar dochter contact heeft gehad met de Alarmcentrale. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of de twee contacten die op 3 mei 2013 hebben plaatsgevonden tussen de dochter van verzoekster en een medewerker van de ziektekostenverzekeraar, voldoende zijn om tot een verplichting tot vergoeding te concluderen. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.

- 9.4. De eerste vraag die moet worden beantwoord is of kan worden gesteld dat "direct" contact is gezocht. Verzoekster heeft toegelicht dat zij, ten tijde van de opname, niet in staat was te bellen met hetzij de Alarmcentrale dan wel de ziektekostenverzekeraar. Andere familieleden - die op dat moment aanwezig waren - wisten niet waar zij was verzekerd. De dochter van verzoekster kon haar, als gevolg van omstandigheden die haar persoon betreffen (alleenwonend, op enige afstand), pas korte tijd later in het ziekenhuis bezoeken. Zij heeft toen meteen contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. De commissie is van oordeel dat dit onder de gegeven omstandigheden de eerste mogelijkheid daartoe was en dat verzoekster derhalve niet kan worden tegengeworpen dat niet direct melding van de ziekenhuisopname is gedaan.
- 9.5. Door de ziektekostenverzekeraar is - overeenkomstig de polisvoorwaarden - gesteld dat melding van de ziekenhuisopname had moeten worden gedaan bij de Alarmcentrale en niet bij de ziektekostenverzekeraar. Door verzoekster is aannemelijk gemaakt dat op 3 mei 2013 tweemaal met de ziektekostenverzekeraar is gebeld. Wat er precies is gevraagd en geantwoord is niet meer te achterhalen. Door de ziektekostenverzekeraar zijn geen telefoonnotities gemaakt. Wel is duidelijk - en blijkt ook uit de stukken - dat er twee lezingen van het telefoongesprek zijn. Volgens de eerste lezing zou de dochter van verzoekster zijn gezegd dat een melding bij de Alarmcentrale niet (meer) nodig en zinvol was, omdat verzoekster op korte termijn uit het ziekenhuis zou worden ontslagen. Deze mededeling is - indien door de ziektekostenverzekeraar gedaan - zonder meer onjuist, aangezien daardoor het recht op een vergoeding op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering illusoir wordt, zodat de consequentie hiervan dient te zijn dat de ziektekostenverzekeraar alsnog een aanvullende vergoeding dient te verlenen conform artikel E8 van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- De tweede mogelijke lezing is dat de dochter van verzoekster is verteld dat zij wél een melding bij de Alarmcentrale moest doen. Mede gelet op de duur van de gesprekken - tien en vijftien minuten - en de omstandigheden waarin de dochter van verzoekster zich toen bevond (i.e. buiten de vertrouwde omgeving van het eigen huis of het huis van haar moeder en mogelijk zonder alle relevante bescheiden van de verzekering bij de hand) is de commissie van oordeel dat het - uitgaande van deze lezing - in de rede had gelegen dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster het nummer van de Alarmcentrale had gegeven of haar met de Alarmcentrale had doorverbonden, dan wel zelf zou hebben zorg gedragen voor een melding bij de Alarmcentrale. Kennelijk is het een noch het ander gebeurd. Gegeven de bekendheid van de ziektekostenverzekeraar met de situatie van verzoekster op dat moment en met haar verzekeringsaanspraken, mocht deze geringe extra inspanning van hem worden verlangd. Nu de ziektekostenverzekeraar op dit punt nalatig is gebleven, oordeelt de commissie dat verzoekster niet kan worden verweten dat zij geen melding heeft gedaan aan de Alarmcentrale. De commissie concludeert dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoekster een aanvullende vergoeding te verlenen, overigens met inachtneming van het bepaalde in artikel E8 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.



Zeist, 1 oktober 2014,



Voorzitter

