



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V.
te Arnhem
Zaak : Frankrijk, verzorgingshuishouding, ziekte van Alzheimer
Zaaknummer : 201503456
Zittingsdatum : 9 november 2016



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



(Voorwaarden ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen



VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna 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 VGZ Universeel compleet (hierna: de ziektekostenverzekering), 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een verblijf in een verzorgingshuis te Beausoleil, Frankrijk (hierna: de aanspraak). Bij declaratieoverzicht van 27 mei 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.



3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Op 20 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven. Verzoekster heeft hierop nogmaals een klacht ingediend. Bij brief van 12 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar wederom 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 12 april 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de 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 7 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 juli 2016 aan verzoekster gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 14 juli 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 september 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 november 2016 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

 4.1. De behandelend arts heeft op 2 december 2015 ten aanzien van verzoekster verklaard: “As Doctor for more than 20 years of [verzoekster], born on the 21st of September 1923 in Batavia, the former Dutch Indies, now residing at the medicalized nursing home (...) that [verzoekster] suffers from Alzheimer's disease at an advanced stage. Since the beginning of 2013 [verzoeksters] health situation deteriorated. [Verzoekster] lived on her own being helped by the son, his wife and a servant, which turned out to be an irresponsible situation als Alzheimer's disease developed quickly and [verzoekster] required full professional medical support in a medicalized nursing home. [Verzoekster] is totally dependent of 24 hours full professional medical support. In the spring of this year [verzoekster] fell down on the floor and she suffered a hip fracture. She had to be hospitalized (...) for research and possibly surgery, but her doctors in the hospital decided to refrain from surgery as her general health was very weak. A surgery would be fatal. Since then [verzoekster] is not able to walk. Being very fragile, resting in her chair or bed, [verzoekster] cannot be transported anymore. Even a short transport would be fatal. Suffering from Alzheimer's is an irreversible process and at the stage [verzoekster] is suffering from it, the disease is getting worse every day without any hope for improvement. The professional medical support as offered in the medicalized nursing home (...) is most essential and a condition for a dignified farewell to life of [verzoekster] in her final stage of life. (...)”.

 4.2. Verzoekster is gedurende bijna zestig jaar verzekerd geweest bij IZA. Haar in november 1983 overleden echtgenoot heeft hiervoor jarenlang de verschuldigde premie voldaan. Na zijn overlijden heeft verzoekster de premiebetalingen voortgezet. Enkele jaren geleden kreeg verzoekster van IZA de mededeling dat zij daar niet langer verzekerd kon zijn, en werd haar geadviseerd over te stappen naar de ziektekostenverzekeraar. Vanaf 15 mei 2013 is verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd.

De door verzoekster benodigde zorg werd in eerste instantie niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Nadat diverse documenten waren overgelegd, waaronder een artsenverklaring en een machtiging, is de ziektekostenverzekeraar alsnog overgegaan tot vergoeding.

 4.3. De gezondheidssituatie van verzoekster is de afgelopen jaren ernstig achteruit gegaan, hetgeen ertoe heeft geleid dat zij vanaf mei 2013 is opgenomen in een verzorgingshuis, waar zij 24 uur per dag wordt verzorgd. De ziektekostenverzekeraar heeft deze kosten aanvankelijk vergoed, maar heeft verzoekster in mei 2015 medegedeeld dat niet langer een vergoeding mogelijk is. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de kosten coulancehalve tot en met 31 december 2015 te vergoeden. Met ingang van 1 januari 2016 ontvangt verzoekster geen vergoeding meer.

 4.4. Verzoekster is Nederlands staatsburger, heeft een BSN-nummer, draagt belasting af in Nederland en ontvangt een drietal pensioenuitkeringen. Ook is zij verzekerd voor de volksverzekeringen op de grond dat zij inkomstenbelasting betaalt in Nederland. Dit houdt tevens in dat zij verzekeringsplichtig is voor de zorgverzekering. Aangezien verzoekster in een EU-lidstaat woont, dient de ziektekostenverzekeraar de door haar gemaakte kosten te vergoeden. Verhuizing naar Nederland is gezien de gezondheidssituatie van verzoekster onmogelijk. Voorts is zij van mening dat zij erop moet kunnen vertrouwen dat een verzekering die zij al zoveel jaren heeft, wordt gecontinueerd, en niet wordt beëindigd indien kosten moeten worden gemaakt.

4.5. Ter zitting is namens verzoekster toegelicht dat haar man altijd in overheidsdienst was, en jarenlang was verzekerd bij IZA. Hij is 33 jaar geleden overleden, en verzoekster heeft haar betalingen doorgezet aan IZA, totdat duidelijk werd dat IZA zou verdwijnen. Zij stopten ermee en er moest elders worden gezocht naar een mogelijkheid zich te verzekeren. Verzoekster heeft zich toen ingeschreven bij de ziektekostenverzekeraar. Zij had op dat moment al lichte verschijnselen van Alzheimer. Op een bepaald moment hebben de artsen gezegd dat zij opgenomen moest worden. De rekeningen van de opname zijn altijd vergoed door de ziektekostenverzekeraar, en op enig moment niet meer, en toen bleek dat men geen vergoeding meer wilde verlenen. Na een klacht is de vergoeding weer voortgezet, maar later werd opnieuw besloten geen vergoeding meer te verlenen. De enige mogelijkheid om nog een vergoeding te ontvangen, is naar Nederland te komen, maar verzoekster is niet transporteerbaar. Dan raakt zij helemaal in de war. Verzoekster is Nederlands onderdaan, en er is onderzocht of zij elders een verzekering kan krijgen. Dit kon door haar leeftijd en aandoening niet, en zij heeft ook geen binding met Frankrijk. Door het Zorginstituut werd gezegd dat verzoekster zich in Frankrijk moest verzekeren. Dit bleek echter onmogelijk. Verzoekster heeft jarenlang in Monaco gewoond, en daar bestaat een dergelijke zorginstelling niet.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verpleeghuiszorg in het buitenland mag gedurende maximaal dertien weken per kalenderjaar worden vergoed. Dit volgt uit informatie op de website van het Zorginstituut Nederland. De ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor deze kosten, zodat vanuit deze verzekering geen vergoeding kan worden verleend. Vanwege een administratieve fout heeft de ziektekostenverzekeraar de kosten van verpleeghuiszorg ten onrechte aan verzoekster vergoed. Nadat de ziektekostenverzekeraar de fout constateerde, is de vergoeding beëindigd. Naar aanleiding van de door verzoekster ingediende klacht is besloten de kosten coulanchehalve te betalen tot en met 31 december 2015. Deze coulanche was eenmalig en onverplicht, teneinde verzoekster de mogelijkheid te bieden een andere oplossing te zoeken.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat contact heeft plaatsgevonden met de SVB, waarbij de vraag is gesteld wat de mogelijkheden voor verzekeren in Nederland zijn. Op basis van het telefoongesprek was het niet mogelijk dit te beoordelen. Er moet worden gekeken of verzoekster dan onder de Zorgverzekeringswet valt. In de voorwaarden van de ziektekostenverzekering staat een uitsluiting voor kosten van zorg waarop aanspraak bestaat onder de AWBZ. Vanaf mei 2013 zijn de kosten twee jaar lang vergoed, maar in mei 2015 is de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat dit ten onrechte was. Toen is besloten nog een langere vergoeding te verlenen, maar dit is niet conform de voorwaarden van de verzekering, en daarom op basis van coulanche. De SVB heeft wel toegelicht dat pensioenuitkeringen vanuit Nederland en het hebben van een BSN-nummer niet leidend zijn. De SVB had op basis van de beschikbare gegevens twijfels dat verzoekster in Nederland verzekeringsplichtig zou zijn. De door verzoekster genoemde dertien weken zijn afkomstig van de website van het Zorginstituut. Dit betreft een algemene regeling die eigenlijk in deze zaak niet opgaat. De ziektekostenverzekeraar zit met het probleem hoe deze situatie moet worden opgelost. Er is twee jaar buiten de voorwaarden om betaald.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

De commissie is niet bevoegd voor zover bij wet een andere klachten- of geschillenregeling is aangewezen, waarbij in dit verband met name kan worden gedacht aan de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Wet langdurige zorg.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

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

8.2. Artikel 34 van de ziektekostenverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verblijf in een instelling bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving:

medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met verloskundige zorg, medisch specialistische zorg en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een periode van ten hoogste 365 dagen in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering.

Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. De medische noodzaak wordt vastgesteld door de verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg. (...)"

8.3. Artikel 8 van de ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"8.1. Medisch noodzakelijke zorg tijdens vakantie/tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland

Medisch noodzakelijke zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland. De verzekerde die tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland heeft voor medisch noodzakelijke zorg aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg zoals bepaald in deze verzekeringsvoorwaarden.

Onder tijdelijk verblijf wordt verstaan een verblijf van ten hoogste 365 dagen. Bij opname in een ziekenhuis is de verzekerde verplicht de VGZ Alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op onze website.

8.2. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling één of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, hebt u onze voorafgaande toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u één of meer nachten wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met de VGZ Alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op onze website. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Door verzoekster is gesteld dat zij verzekerd is op grond van de Nederlandse volksverzekeringen, en daarmee verzekeringsplichtig ingevolge de Zorgverzekeringswet. De commissie moet dit voor kennisgeving aannemen. Feit is dat door verzoekster de ziektekostenverzekering is afgesloten. Mogelijke achtergrond hiervan vormt het gegeven dat zij - tot voor kort - woonachtig was in Monaco. Monaco is geen lid van de Europese Unie, zodat bij vestiging in dit land geen beroep kan worden gedaan op Vo. nr. 883/2004. Indien verzoekster meent dat haar situatie sindsdien is



gewijzigd, met name omdat zij inmiddels in Frankrijk - wel een EU-lidstaat - is gaan wonen, is het aan haar zich in verbinding te stellen met het Zorginstituut Nederland teneinde haar aanspraken als verdragsgerechtigde te regelen. Vooralsnog geldt echter dat zij is verzekerd op basis van de ziektekostenverzekering en dat haar aanspraken aan de hand van de voorwaarden van die verzekering moeten worden beoordeeld. Met betrekking daartoe geldt het volgende.

- 
- 
- 9.2. Op grond van artikel 34 van de ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van verblijf in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, in verband met verloskundige zorg, medisch-specialistische zorg en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, tot maximaal 365 dagen. Voor zorg in een ander land dan het woonland gelden op grond van artikel 8 van de ziektekostenverzekering nadere voorwaarden.



Vast staat dat verzoekster niet verblijft in een ziekenhuis of revalidatie-instelling in verband met één van de hiervóór genoemde vormen van zorg. Zij ontvangt verpleegkundige zorg in een verzorgingshuis. De ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor deze zorg.

- 
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft gedurende lange tijd - feitelijk zonder daartoe rechtens verplicht te zijn - een vergoeding verleend voor de door verzoekster genoten zorg. Bij het stopzetten van de vergoeding heeft de ziektekostenverzekeraar, naar aanleiding van een door verzoekster ingediende klacht hierover, een overgangsregeling getroffen van zes maanden. De commissie is van oordeel dat deze termijn redelijk is. Verzoekster heeft dan ook geen aanspraak op voortzetting van deze onverplichte vergoeding.



Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 januari 2017,



J.A.M. Strens-Meulemeester