



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 : Zwitserland, spoedeisende zorg, hoogte vergoeding, aanvullende ziektekostenverzekering
Zaaknummer : 201503443
Zittingsdatum : 28 september 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014, art. 19 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgZó (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 3 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).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 3 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een operatie waarbij een pacemaker is geplaatst, uitgevoerd te Genève, Zwitserland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 11 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk wordt ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 10.576,47.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat hij het dossier ter tarifiering heeft voorgelegd aan de Krankenkasse in Zwitserland.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 18 februari 2016 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 26 mei 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 juni 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 juni 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 september 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 22 juni 2016 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.9. Bij brief van 3 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 27 juni 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016073108) bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld dat DBC 099899058 het meest passend is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 6 september 2016 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 september 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Verzoeker heeft ter zitting aanvullende informatie overgelegd. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 14 oktober 2016 gereageerd op dit nagekomen stuk. Een afschrift van deze reactie is aan verzoeker gestuurd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is op 21 augustus 2014 tijdens zijn vakantie in Zwitserland onwel geworden. Zijn zoon heeft hem naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis - in Genève - gebracht. Aldaar is verzoeker direct opgenomen op de intensive care. Later die dag is hij geopereerd, waarbij een pacemaker is geplaatst. Op 23 augustus 2014 is verzoeker ontslagen uit het ziekenhuis.
- 4.2. De kosten voor de behandeling in Zwitserland ten bedrage van € 29.849,90 heeft verzoeker gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft op grond van de zorgverzekering aanvankelijk een vergoeding verleend van € 10.576,47. Aangezien het spoedeisende zorg betrof, heeft de ziektekostenverzekeraar het dossier van verzoeker nadien ter tarifiering voorgelegd aan de Zwitserse Krankenkasse. Dit tarifieringsverzoek heeft geleid tot een nabetaling van € 11.087,23. Hierdoor blijft een bedrag van € 8.186,20 voor rekening van verzoeker. De ziektekostenverzekeraar stelt dat, aangezien verzoeker of zijn zoon geen contact hebben opgenomen met de Alarmcentrale, geen aanspraak bestaat op een aanvullende vergoeding vanuit de door verzoeker afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.3. Verzoeker bestrijdt dit. Hij stelt dat zijn zoon zijn verzekeringspas en documentatie aan het ziekenhuis heeft gegeven en heeft gevraagd contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar. Het ziekenhuis heeft zijn zoon toegezegd dit te zullen doen. Aangezien door het ziekenhuis in Zwitserland wél contact is opgenomen met het ziekenhuis in Nederland, hadden verzoeker en zijn zoon geen reden aan te nemen dat deze toezegging niet werd nagekomen.
- 4.4. Verzoeker is voorts van mening dat het alleen zin heeft de Alarmcentrale te bellen als er een keuze mogelijk is. In feite bestaat de mogelijkheid te 'kiezen' voor een bepaald ziekenhuis bij een spoedopname niet. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor gemaakte 'extra' kosten bij een spoedopname in het buitenland. Het is voor verzoeker dan ook onbegrijpelijk dat in

zijn situatie geen recht bestaat op vergoeding van de in Zwitserland gemaakte 'extra' kosten vanuit de door hem afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering.

- 4.5. Op de destijds geldige European Health Insurance Card (EHIC) is op de voorzijde geen alarmnummer vermeld, en de op de achterzijde vermelde informatie is moeilijk leesbaar. Opvallend is dat op de nieuwe EHIC het alarmnummer groter is vermeld dan op de oude.

- 4.6. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat als gevolg van de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde koers van de Zwitserse frank, een groter deel van de kosten voor zijn rekening is gebleven. Er zit namelijk een vertraging in de uitkering. De oorspronkelijke factuur is naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Er hebben twee betalingen plaatsgevonden. De ontvangen bedragen zijn doorbetaald aan het Zwitserse ziekenhuis. Gekeken moet worden naar de koers op het moment van doorstorten. De ziektekostenverzekeraar gaat echter uit van een andere koers.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De kosten van de behandeling die verzoeker in Zwitserland heeft ondergaan, heeft de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie vergoed tot een bedrag van € 10.576,47 aan de hand van DBC-zorgproductcode 099899058. De omschrijving van dit zorgproduct is *'operatief plaatsen van een 1 of 2 draads pacemaker (met verpleegligdagen) bij een (chronische reumatische) hartziekte of acuut reuma'*. Aangezien sprake was van spoedeisende zorg, heeft de ziektekostenverzekeraar nadien een tarifieringsverzoek ingediend bij de Zwitserse Krankenkasse.

- 5.2. De Krankenkasse stelt dat voor de betreffende behandeling in Zwitserland CHF 26.050,00 wordt vergoed. Volgens de ziektekostenverzekeraar is dit omgerekend een bedrag van € 21.663,70. Dit betekent dat verzoeker recht heeft op een nabetaling van € 11.087,23. Het restant van € 8.186,20 blijft daarmee voor rekening van verzoeker.

- 5.3. Naast de vergoeding vanuit de zorgverzekering, is een vergoeding voor de onderhavige kosten vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering onder bepaalde voorwaarden mogelijk. Eén van die voorwaarden is dat bij opname in een zorginstelling zoals een ziekenhuis, direct melding moet zijn gemaakt bij de Alarmcentrale. De Alarmcentrale biedt service en ondersteuning bij spoedeisende zorg tijdens het verblijf in het buitenland. Bovendien is 'cost control' een wezenlijk onderdeel van het contact met de Alarmcentrale. Een melding van opname stelt de Alarmcentrale in staat om ten behoeve van de ziektekostenverzekeraar met de zorginstelling afspraken te maken over de kosten van de te verlenen zorg. Onder omstandigheden kan de Alarmcentrale ook bemiddelen naar een andere (goedkopere) zorginstelling. De Alarmcentrale heeft de ervaring dat zij, wanneer zij wordt ingeschakeld, lagere zorgkosten van zorginstellingen kan bedingen. Verzoeker heeft echter geen melding gemaakt bij de Alarmcentrale, maar in plaats daarvan zijn zorgpas afgegeven aan het ziekenhuis waar hij werd opgenomen. Daardoor heeft verzoeker de Alarmcentrale de kans ontnomen om ten behoeve van de ziektekostenverzekeraar afspraken te maken over de kosten van de behandeling en heeft hij niet voldaan aan de verzekeringsvoorwaarden. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de resterende zorgkosten onder de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat ten aanzien van de zorgverzekering correct is gehandeld. Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering geldt dat een melding moest worden gedaan bij de alarmcentrale en dit is niet gebeurd. Zodoende was er geen mogelijkheid tot bemiddeling of onderhandeling met het ziekenhuis. Ware deze mogelijkheid er in het onderhavige geval wél geweest, dan is thans niet meer te achterhalen hoe dit had uitpakt. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen dat wordt uitgegaan van de wisselkoers op de dag waarop de nota is uitgeschreven. Het moment waarop de schade wordt geleden is bepalend.

5.5. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar het volgende verklaard.
Zoals blijkt uit de brief van 15 februari 2016 heeft de Zwitserse Krankenkasse achteraf vastgesteld dat verzoeker aanspraak kon maken op een vergoeding van CHF 26.050,00, als hij direct een beroep had kunnen doen op de Zwitserse wetgeving. Deze vergoeding is, zoals eveneens blijkt uit voornoemde brief, omgerekend in euro's op basis van de op 26 december 2014 geldende wisselkoers. Daarvan is afgetrokken hetgeen al eerder in euro's was betaald, waarna een nabetaling van € 11.087,23 volgde.

5.6. 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 algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld op de bladzijden 9 tot en met 42 van de zorgverzekering.

8.3. Op bladzijde 29 van de zorgverzekering is geregeld wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Medisch specialistische zorg

(...)

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

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

Verwijzing en toestemming

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

8.4. Op bladzijde 40 van de zorgverzekering is geregeld wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verblijf bestaat en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Verblijf

Patiënten kunnen in overleg met de medisch specialist voor onderzoek, ingreep of ter observatie worden opgenomen. Als een patiënt meerdere dagen moet blijven, is hij 'klinisch' opgenomen.(...)

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van verblijf, gedurende het etmaal, dat medisch noodzakelijk is in verband met verloskundige zorg, chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, medisch specialistische zorg en geriatrie revalidatie. Ook heeft u recht op vergoeding van kosten van de bijbehorende noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg en geneesmiddelen. (...)

- 8.5. Op bladzijde 9 van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland geregeld en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Buitenland

Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-Verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing. Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg van een buitenlandse 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 vergoeding van kosten van zorg tot maximaal het geldende Wmg-tarief als de zorg in Nederland zou zijn verleend, of tot een in Nederland geldend marktconform bedrag.*
- Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland of in een ander EU/EER-land of Verdragsland verblijft. (...)*

Toestemming

(...)

Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als de vraag en noodzaak voor die zorg ontstond terwijl u in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.

Alarmcentrale

Als u in het buitenland bent en u heeft daar zorg nodig, belt u dan met de Alarmcentrale op +31 317 455 555. Dit telefoonnummer staat ook op uw zorgpas. De Alarmcentrale is dag en nacht bereikbaar."

- 8.6. Artikel A16 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering betreft het indienen van nota's en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Let op

(...)

- Een nota in buitenlandse valuta rekent Menzis om in euro's. Dat gebeurt tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de nota is uitgeschreven."*

- 8.7. De hiervoor genoemde bepalingen van de zorgverzekering zijn volgens het gestelde op bladzijde 7 onder het kopje 'Verzekeringsreglement' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

- 8.9. 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.

- 8.10. Op bladzijde 48 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op spoedeisende zorg en geneesmiddelen in het buitenland geregeld en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Spoedeisende zorg en geneesmiddelen in het buitenland

Er moet sprake zijn van een situatie waarin medische hulp zo snel nodig is dat terugkeren naar Nederland niet meer mogelijk is. Het was niet voorzien dat deze medische hulp nodig zou zijn. Dit wordt spoedeisende zorg genoemd.

U krijgt een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt uit de Basisverzekering. De aanvulling is het verschil tussen de vergoeding uit de Basisverzekering en de in rekening gebrachte kosten.

U krijgt alleen vergoeding voor kosten als:(...)

- *direct melding is gedaan bij de Alarmcentrale van Menzis bij opname in een instelling,(...)"*

- 8.11. Artikel 19 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

"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. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Zwitserland is geen lidstaat van de Europese Unie, maar op grond van de 'Overeenkomst tussen de Europese Gemeenschap en haar lidstaten enerzijds, en de Zwitserse Bondsstaat anderzijds, over het vrije verkeer van personen' is Vo. nr. 883/2004 eveneens van toepassing op Zwitserland. Tussen partijen is niet in geschil dat sprake is van medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf als bedoeld in artikel 19 van Vo. nr. 883/2004. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom overeenkomstig artikel 25 lid 5 van Vo. nr. 987/2009 een tarifieringsverzoek ingediend bij het Zwitserse uitvoeringsorgaan voor de sociale ziektekostenverzekering. Verzoeker heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van de betreffende zorg volgens het Zwitserse stelsel. Het Zwitserse uitvoeringsorgaan heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat op grond van het plaatselijke stelsel recht bestaat op een vergoeding van CHF 26.050,00 voor de betreffende behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker vervolgens een bedrag van € 11.087,23 nabetaald. Ten aanzien van het door het Zwitserse uitvoeringsorgaan vastgestelde bedrag is de commissie niet bevoegd te oordelen.
- 9.2. Verzoeker heeft gesteld dat door de ziektekostenverzekeraar een onjuiste wisselkoers is gehanteerd bij de berekening van de vergoeding voor de onderhavige nota (€ 21.663,70). De ziektekostenverzekeraar heeft in dat kader verklaard dat de vergoeding is berekend op basis van de op 26 december 2014 geldende wisselkoers. Hiertoe merkt de commissie het volgende op.

Op grond van artikel A16 van de zorgverzekering dient de ziektekostenverzekeraar een nota in buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's op basis van de koers die geldt op de dag waarop de nota is uitgeschreven. De nota van het ziekenhuis in Genève dateert van 26 december 2014. Het is derhalve correct dat de ziektekostenverzekeraar bij de berekening van de vergoeding is uitgegaan van de wisselkoers op die datum. Het bedrag van € 21.663,70 is juist vastgesteld.

Voor zover sprake is van een valutarisico omdat de EHIC niet is getoond dan wel niet is geaccepteerd, waardoor een nota van het ziekenhuis volgde, welke nota pas op een later tijdstip door verzoeker kon worden voldaan, geldt dat in casu is gekozen voor een restitutiepolis. Het uitgangspunt bij die verzekering is dat de verzekerde de nota zelf dient voor te schieten. Indien hij hiertoe niet in staat is, liggen de gevolgen hiervan in zijn risicosfeer.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt, in aanvulling op de zorgverzekering, volledige vergoeding van de kosten voor spoedeisende zorg in het buitenland. Het moet hierbij gaan om zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Er bestaat recht op vergoeding indien bij opname in een instelling direct melding is gedaan bij de Alarmcentrale .
- 9.4. De ziektekostenverzekeraar stelt dat geen recht bestaat op vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering omdat verzoeker niet heeft voldaan aan voornoemde voorwaarde. Hij heeft namelijk geen contact opgenomen met de Alarmcentrale. Verzoeker voert ter verdediging aan dat zijn verzekeringspas door zijn zoon aan het ziekenhuis is gegeven met het verzoek contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker is er van uitgegaan dat het ziekenhuis in Zwitserland dit had gedaan, mede omdat het ziekenhuis naar later bleek wél contact had gehad met het ziekenhuis in Nederland.
- De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting toegelicht dat de Alarmcentrale geen mogelijkheid heeft gehad tot bemiddeling of onderhandeling met het ziekenhuis in Zwitserland, omdat door of namens verzoeker geen tijdige melding is gedaan. Echter, in het geval van verzoeker is getracht te achterhalen wat zou zijn gebeurd als wél tijdig een melding zou zijn gedaan bij de Alarmcentrale. Door de ziektekostenverzekeraar is ter zitting bevestigd dat verzoeker in dat geval niet naar een ander ziekenhuis zou zijn overgeplaatst, aangezien de operatie spoedig zou worden uitgevoerd. Dat onder deze omstandigheden veel ruimte bestaat om over de kosten te onderhandelen is door de ziektekostenverzekeraar niet aannemelijk gemaakt en ligt ook niet in de rede. Naar het oordeel van de commissie beroept de ziektekostenverzekeraar zich bij de afwijzing van de vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering dan ook, in het licht van de omstandigheden van het geval, enkel op een formaliteit. Een dergelijk beroep, met als enkel doel het ontlopen van een vergoedingsverplichting, is in de voorliggende situatie naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar en wordt om die reden dan ook gepasseerd.
- Dit betekent dat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, en wel van het verschil tussen het notabedrag (CHF 35.893,65) en het bedrag dat uit de tarifiering is gekomen (CHF 26.050,--). Dit verschil dient conform de toepasselijke voorwaarden te worden omgerekend naar euro's tegen de wisselkoers ten tijde van het uitschrijven van de nota en te worden vergoed aan verzoeker.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot het verlenen van een aanvullende vergoeding tot het notabedrag van CHF 35.893,65 ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering zoals hiervoor onder 9.4 is overwogen.
- 9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als onder 9.5 is omschreven.



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

Zeist, 9 november 2016,



P.J.J. Vonk

