



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door mevrouw B te C, tegen OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A.,
beide te Tilburg

Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, acuut hartfalen, hoogte
vergoeding, kosten éénpersoonskamer en meerkosten honorarium arts

Zaaknummer : 201401205

Zittingsdatum : 18 februari 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, art. 19 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A, hierna te noemen: verzoekers, vertegenwoordigd door mevrouw B te C,
tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was erflater bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van erflater bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Gemeenten 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. Erflater heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van € 11.776,84 betreffende een opname in Antwerpen, België, in verband met acuut hartfalen (hierna: de aanspraak). Erflater is op 26 maart 2012 overleden. Bij brief van 15 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 8.826,62, wordt ingewilligd.

3.2. Verzoekers hebben aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 7 april 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers 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 5 september 2014 hebben verzoekers 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 brieven van 27 oktober en 27 november 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 28 november 2014 aan verzoekers gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekers hebben op 6 januari 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 januari 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

3.8. Bij brief van 5 januari 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 januari 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015001306) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat erflater gebruik heeft gemaakt van verblijf anders dan op basis van de laagste klasse. Deze kosten komen niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 3 februari 2015 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekers

4.1. Erflater is van 18 tot en met 28 november 2011 opgenomen geweest in het Universitair Ziekenhuis te Antwerpen (hierna: UZA) in verband met acuut hartfalen. Hij heeft eerst 24 uur op de hartbewaking gelegen. Toen zijn familie hem na afloop daarvan bezocht lag hij op een éénpersoonskamer. Bij vorige opnamen in hetzelfde ziekenhuis verbleef erflater altijd op een meerpersoonskamer. Aan hem noch aan zijn familieleden is een keuze geboden. Er is een formulier ter ondertekening aangeboden, met de melding: "dit moet nog even getekend worden". Verzoekers hebben dit formulier niet kunnen doornemen. Zij hebben hiervan ook geen afschrift ontvangen. Zij zijn niet uitvoerig geïnformeerd over de meerkosten van een verblijf op een éénpersoonskamer. Gelet op artikel 8 lid 4 van de overeenkomst tussen de ziektekostenverzekeraar en het ziekenhuis, had dit wel gemoeten. Verzoekers hebben het formulier, zonder kennis te hebben genomen van de inhoud, getekend.

4.2. Aan de ziektekostenverzekeraar is medegedeeld dat op de nota van het ziekenhuis een supplement is opgenomen voor een éénpersoonskamer ter hoogte van € 620,--. De overige kosten zien op het honorarium van de behandelend arts. Niet valt in te zien waarom die kosten voor rekening van verzoekers blijven.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. In 2011 had de ziektekostenverzekeraar een overeenkomst met het UZA. Voor de opname van erflater in de periode van 18 tot en met 28 november 2011 is door de ziektekostenverzekeraar het afgesproken tarief van € 8.826,82 vergoed. De totale kosten van de opname waren hoger dan dit bedrag, zodat het UZA bij verzoekers een nota heeft ingediend van € 2.950,22. De hogere kosten worden veroorzaakt door een toeslag voor een éénpersoonskamer en de supplementen die de specialist in België berekent indien wordt gekozen voor een éénpersoonskamer.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft contact opgenomen met het UZA over de ondertekening van het formulier. Het UZA heeft medegedeeld dat erflater deze keuze had en dat hiervoor vooraf is getekend. Er bestond geen medische noodzaak voor verblijf op een éénpersoonskamer. De getekende verklaring kan door verzoekers bij het ziekenhuis worden opgevraagd.

5.3. Ook op grond van Vo. nr. 883/2004 bestaat geen aanspraak op een aanvullende vergoeding. De meerkosten van een éénpersoonskamer, inclusief de berekende hogere honorariumkosten, vallen namelijk niet onder het Nederlandse noch onder het Belgische verzekerde pakket.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.25. van 'Hoofdstuk A' 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 dan wel tot een hoger bedrag dan € 8.826,82 te vergoeden, 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 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.1. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"B.4.1.1. Omschrijving van de zorg

Deze zorg omvat:

a. behandeling zoals medisch specialisten die plegen te bieden;
b. opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg)

voor maximaal 365 dagen (na 365 dagen komen kosten voor rekening van de AWBZ);

c. verblijf, verpleging en verzorging;

d. paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of voedingsvoorlichting met medische noodzaak), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen. (...)"

8.4. Artikel A.3.3. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering luidt:

"Wij hebben met zorgverleners overeenkomsten gesloten om van hen zorg te kunnen ontvangen. In die overeenkomsten hebben we afspraken gemaakt over de prijs, de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg en de voorwaarden waaronder zij u die zorg kunnen verlenen. Ook hebben wij afgesproken dat zij de nota's rechtstreeks naar ons toesturen. Als u voor een bepaalde behandeling een eigen risico of eigen bijdrage moet betalen of als een behandeling niet onder de dekking van uw verzekering valt, dan sturen wij u de nota daarvan. U betaalt die nota rechtstreeks aan ons. Wij hebben een lijst gemaakt van alle zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten. Die kunt u vinden op onze internetsite of bij ons opvragen."


- 8.5. De artikelen B.4.1. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering en A.3.3. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' 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.
- 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 gereuleerde 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 19 van Vo nr. 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. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering


- 9.1. De onderhavige zorgkosten zijn gemaakt in België, een lidstaat van de EU. Er is sprake van medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf zoals bedoeld in artikel 19 van Vo. nr. 883/2004. Door de ziektekostenverzekeraar is een - gedeeltelijke - vergoeding verleend voor de ziekenhuisopname van erflater.
- 9.2. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of de meerkosten van een éénpersoonskamer door de ziektekostenverzekeraar dienen te worden vergoed dan wel dat deze voor rekening van verzoekers dienen te blijven. Hierbij wordt opgemerkt dat de nota voor de meerkosten is opgebouwd uit een deel kosten voor de kamer en een deel artsenhonorarium.
- 9.3. Vast staat dat door erflater dan wel door verzoekers in het UZA een formulier is ondertekend waarmee is gekozen voor verblijf op een éénpersoonskamer. Ook staat vast dat bij verblijf op een éénpersoonskamer zowel kosten voor de kamer als een verhoogd honorarium voor de arts in rekening mogen worden gebracht. Verder staat niet ter discussie dat de meerkosten van verblijf op een éénpersoonskamer niet vallen onder de dekking van de Belgische sociale ziektekostenverzekering dan wel de Nederlandse zorgverzekering. Dat erflater dan wel verzoekers het formulier hebben getekend zonder dit eerst te hebben doorgenomen, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. Geen van beide partijen heeft het betreffende formulier overgelegd, zodat niet kan worden beoordeeld of in dit formulier eventueel informatie is opgenomen over de financiële gevolgen van de keuze voor een éénpersoonskamer, en of de informatievoorziening conform de gemaakte afspraken tussen de



ziekttekostenverzekeraar en de zorgaanbieder is geweest. Voor zover verzoekers dit laatste bestrijden, was het aan hen aannemelijk te maken dat zij verkeerd zijn voorgelicht. Verzoekers zijn hier niet in geslaagd.





Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.



Conclusie

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

- 
10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 18 februari 2015,



prof. mr. A.I.M. van Mierlo