



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te B, tegen VGZ
Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, in deze vertegenwoordigd door Aevitae te Heerlen

Zaak : EU/EER, Oostenrijk, medisch specialistische zorg, medische noodzaak, extra kosten voor
Premium Class Room, toezegging

Zaaknummer : 201801188

Zittingsdatum : 6 februari 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018, art. 19 Vo.nr. 883/2004)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te B, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door Aevitae te Heerlen.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Vip Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op (volledige) vergoeding van de extra kosten die verband houden met de opname en behandeling van verzekerde in Oostenrijk (hierna: de aanspraak). Bij brief van 13 april 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 juni 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten een aanvullende vergoeding van € 266,- aan verzoeker te verlenen. De vergoeding ter zake de medisch noodzakelijke zorg bedraagt in Oostenrijk € 3.811,-. Indien de ingreep in Nederland zou zijn uitgevoerd, zou aanspraak bestaan op € 4.077,-. Om die reden is de aanvullende vergoeding verstrekt.
- 3.4. Bij brief van 29 oktober 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans tot een bedrag hoger dan € 4.077,- 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 brief van 11 december 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 december 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 26 december 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 januari 2019 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Op grond van artikel 114, derde lid, 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 Zvw, 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. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 februari 2019 in persoon gehoord. Ter zitting is afgesproken de ziektekostenverzekeraar zal kijken of een schikking mogelijk is.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 februari 2019 aan de commissie medegedeeld dat hij alsnog de meerkosten aan verzoeker zal vergoeden. Een afschrift hiervan is op 20 februari 2019 aan verzoeker gezonden, waarbij hem is gevraagd of het geschil hiermee is opgelost. Verzoeker heeft op 21 februari 2019 per e-mail aan de commissie medegedeeld dat hij met de ziektekostenverzekeraar tot een schikking is gekomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzekerde is op 4 januari 2018, tijdens een verblijf in Oostenrijk, ziek geworden en met spoed opgenomen in een ziekenhuis ter plaatse. Diezelfde avond is hij geopereerd. Voorafgaand aan de operatie heeft verzoeker telefonisch contact opgenomen met de alarmcentrale. Tijdens dit gesprek is hem verteld, dat alles was geregeld met het ziekenhuis en dat de ziektekostenverzekeraar zorg zou dragen voor betaling van alle met de operatie gepaard gaande kosten. Op 5 januari 2018 is verzekerde ontslagen uit het ziekenhuis. Verzoeker was in de veronderstelling dat het ziekenhuis de kosten rechtstreeks zou declareren bij de ziektekostenverzekeraar. Echter, in maart 2018 ontving hij van het ziekenhuis een aanmaning van € 2.363,-. Verzoeker heeft deze op 12 maart 2018 ter declaratie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie aan verzoeker medegedeeld dat hij de aanmaning zou doorsturen naar de alarmcentrale met het verzoek dit met het Oostenrijkse ziekenhuis af te handelen. Verzoeker ging daarom ervan uit dat de nota zou worden vergoed. Op 5 april 2018 ontving verzoeker echter opnieuw een aanmaning van het ziekenhuis. Hij heeft dit gemeld bij de ziektekostenverzekeraar. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar op 9 april 2018 per e-mail aan verzoeker gevraagd hem de aanmaning te sturen, zodat hij hierover contact kon opnemen met de alarmcentrale. Op 13 april 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de onderhavige kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen, omdat deze zien op verblijf in een Premium Class room. Volgens het ziekenhuis zou verzoeker specifiek hebben gekozen voor een Premium Class room, maar dit is niet correct. Ten tijde van de opname van verzekerde is niet gesproken over de keuze voor een Premium Class room of behandeling door een Chefarzt. Pas de volgende dag moest verzoeker van het ziekenhuis een verklaring ondertekenen. De medewerker van het ziekenhuis heeft hierbij toegelicht dat het ging om de overnachtingskosten van de ouder. Dit betrof enkel een bedrag van € 107,84. Gezien de gegeven toelichting en de akkoordverklaring van de ziektekostenverzekeraar voor de behandeling heeft verzoeker deze verklaring getekend. Achteraf is gebleken dat de betreffende verklaring

een heel andere inhoud heeft en anders moet worden geïnterpreteerd. Het ziekenhuis heeft een fout gemaakt, en heeft geprobeerd deze te corrigeren door verzoeker een verklaring te laten ondertekenen. Verzoeker benadrukt dat niet hij, maar het ziekenhuis de keuze heeft gemaakt om bepaalde zorg toe te passen die kennelijk gerelateerd kan worden aan verblijf in een Premium Class room. Verzoeker mocht ervan uitgaan dat in geval van een spoedoperatie de verleende zorg noodzakelijk was, en dat hierbij voor hem geen keuzemogelijkheid bestond. Verzekerde was aangewezen op de door het ziekenhuis toegepaste zorgvorm en inzet van het personeel. Verzoeker is misleid en daarom niet bereid deze kosten te betalen. Hij kan hiervoor niet verantwoordelijk worden gehouden. De ziektekostenverzekeraar weigert daarom ten onrechte deze kosten te vergoeden.

4.3. Daarnaast is verzoeker niet te spreken over de afhandeling van het dossier door de ziektekostenverzekeraar. Eerst is aan hem medegedeeld dat hij de factuur niet hoefde te betalen. Op een later moment, vier maanden na de operatie, is de ziektekostenverzekeraar hierop teruggekomen. Verzoeker moest toen zelf de betreffende factuur voldoen. De ziektekostenverzekeraar komt de door hem gedane toezeggingen niet na. Hij beroept zich hierbij ten onrechte op de door verzoeker ondertekende verklaring, die *"inhoudelijk geen rechtmatige grond voor uitsluiting van algehele vergoeding"* bevat.

4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts lang gedaan over het afhandelen van de door verzoeker op 17 april 2018 ingediende klacht. Pas op 11 juni 2018 volgde hierop het antwoord. Bovendien is de klacht afgewezen zonder dat verzoeker in de gelegenheid is gesteld zijn verhaal mondeling toe te lichten.

4.5. Verzoeker beroept zich op de zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar diende in deze acute situatie ervoor te zorgen dat de juiste zorg werd verleend waarbij de kosten zouden worden vergoed. Voor verzoeker was het onduidelijk dat door het ziekenhuis onderscheid werd gemaakt in tarieven van verschillende artsen. Hij heeft hiervan geen kennis en kon dit ook niet doorzien. De ziektekostenverzekeraar dan wel de alarmcentrale had dit probleem kunnen voorkomen door een betere afstemming met het ziekenhuis. Nu is verzoeker de dupe geworden van een verkeerde voorstelling van zaken door zowel de ziektekostenverzekeraar als het ziekenhuis.

4.6. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht hoe een en ander destijds is verlopen. Hij heeft de eerder door hem ingenomen standpunten herhaald.

4.7. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 21 februari 2019 medegedeeld in te stemmen met het schikkingsvoorstel van de ziektekostenverzekeraar. Het geschil is hiermee opgelost.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar


5.1. Verzoeker heeft, in verband met de opname van verzekerde op 4 januari 2018, de ziektekostenverzekeraar benaderd. Hem is geadviseerd contact op te nemen met de alarmcentrale. De alarmcentrale heeft naar aanleiding van de melding een vervangende European Health Insurance Card (hierna: EHIC) gestuurd naar het ziekenhuis. Hierdoor wist het ziekenhuis dat de kosten van de opname en de behandeling op grond van Europese afspraken door de ziektekostenverzekeraar worden vergoed, en wel op basis van de Oostenrijkse sociale ziektekostenverzekering. Dit is de standaardprocedure. De definitieve afrekening van de noodzakelijke medische hulp vindt dan plaats via het Centraal Administratie Kantoor (hierna: CAK). Tussen de behandeling en de doorbelasting via het CAK aan de ziektekostenverzekeraar zitten meerdere maanden.


5.2. De nota, behorende bij de door verzoeker doorgestuurde aanmaning, was de ziektekostenverzekeraar niet bekend. Het kan gebeuren dat een zorgaanbieder een herinneringsfactuur naar de patiënt stuurt. Omdat de aanmaning geen specificatie bevatte, heeft de ziektekostenverzekeraar deze doorgestuurd naar de alarmcentrale voor verdere afhandeling. De alarmcentrale heeft vervolgens navraag gedaan bij het ziekenhuis, en pas toen is duidelijk geworden dat de aanmaning

geen betrekking had op medisch noodzakelijke zorg, maar op de extra kosten die verband houden met verblijf in een Premium Class room. Het ziekenhuis heeft uitdrukkelijk verklaard dat de kosten zien op 'Sonderklasse', wat in dit dossier betekent: de kosten van een 'Zweibettzimmer' en een 'Chefarztbehandlung'.


Het was de ziektekostenverzekeraar dus eerst medio april 2018 bekend dat de aanmaning betrekking had op de extra kosten vanwege de klasseverpleging en de daaraan verbonden hogere honorariumkosten. Verzoeker had hem alleen de aanmaning gestuurd, zonder extra informatie. De ziektekostenverzekeraar kon daarom niet anders dan ervan uitgaan dat dit reguliere kosten betrof. De zorgverzekering biedt alleen aanspraak op medisch noodzakelijke kosten die zijn gemaakt voor een spoedopname in het buitenland. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt alleen aanspraak op vergoeding van medisch noodzakelijke kosten die uitkomen boven de vergoeding die ten laste van de zorgverzekering wordt verleend. Aangezien geen sprake is van medisch noodzakelijke kosten, bestaat geen aanspraak op vergoeding ten laste van de zorgverzekering of een aanvulling hierop ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 5.3. Verzoeker heeft een verklaring getekend dat hij akkoord gaat met het in rekening brengen van de onderhavige kosten. Daarnaast hebben de alarmcentrale en het ziekenhuis verklaard dat aan verzoeker is medegedeeld dat deze extra kosten niet worden vergoed. Dat de meerkosten niet worden vergoed en bij betrokkene worden belast, staat ook in het 'Contractual Agreement/ Statement' onder punt 2. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat hem voorts uit navraag bij het ziekenhuis is gebleken dat verzekerde en verzoeker ook terecht konden in een standaard kamer, maar dat op eigen verzoek is gekozen voor een luxere kamer.
- 5.4. Aan het ziekenhuis is destijds een garantie verleend voor de medisch noodzakelijke kosten. Toen verzoeker de nota van € 2.363,- naar de ziektekostenverzekeraar stuurde, was het de ziektekostenverzekeraar niet bekend waarop de aanmaning betrekking had. Pas tijdens de afhandeling hiervan is de ziektekostenverzekeraar erachter gekomen dat de declaratie betrekking had op niet-medisch noodzakelijke zorg. Als de ziektekostenverzekeraar dit eerder had geweten, zou hij andere informatie aan verzoeker hebben verstrekt. Achteraf gezien had de ziektekostenverzekeraar zorgvuldiger moeten omgaan met de toezegging en een slag om de arm moeten houden. Op het moment van ontvangst van de aanmaning bestond daar echter geen aanleiding toe. Hij wilde verzoeker helpen, en daarom is de aanmaning doorgezonden naar de alarmcentrale ter verdere afhandeling. Daarna is voor hem pas duidelijk geworden dat het extra kosten betrof die buiten de dekking van de zorgverzekering en/of de EHC-regeling vallen.
- 5.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar gewezen op het advies van het Zorginstituut Nederland van 5 januari 2015, zaaknummer 2015001306. Dit was voor de ziektekostenverzekeraar aanleiding de toegekende vergoeding aan te passen. De kosten voor de onderhavige zorg bedragen op grond van het Oostenrijkse stelsel € 3.811,-. In Nederland worden de kosten van medisch specialistische zorg bepaald door de bijbehorende DOT. De ziektekostenverzekeraar heeft de onderhavige zorg als volgt beoordeeld: DOT 119.599.010/15C592 (Operatief verwijderen van de blindedarm bij een ziekte van de blindedarm/buikvlies) ad € 4.077,- (VGZ-tarief 2018) met een looptijd van 42 dagen. Verzoeker heeft daarom aanspraak op een aanvullende vergoeding van € 266,- (€ 3.811,- -/ € 4.077,-).
- 5.6. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar in de onderhavige kwestie zijn zorgplicht niet is nagekomen. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat na de melding van verzoeker door de alarmcentrale contact is opgenomen met het ziekenhuis, en dat een garantie is verleend voor de medisch noodzakelijke kosten. Als er meer medisch noodzakelijke kosten waren geweest, zouden die zijn vergoed. De afhandeling van de medisch noodzakelijke kosten is dan ook niet in het geding. Dit geldt eveneens voor de medische noodzaak van de ingreep.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar was voor de afhandeling van de klacht afhankelijk van informatie van derden. Hierdoor heeft de behandeling langer geduurd. Nadat hij de informatie had ontvangen, heeft de ziektekostenverzekeraar de uitkomst binnen één dag naar verzoeker gecommuniceerd.


 5.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar de eerder door hem ingenomen standpunten herhaald. Daarnaast gevraagd heeft hij toegezegd te kijken of er nog een mogelijkheid tot een schikking bestaat.


 5.9. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 februari 2019 aan de commissie medegedeeld dat hij alsnog de meerkosten van de verpleging tot een bedrag van € 2.363,- aan verzoeker zal vergoeden. Daarnaast zal hij het door verzoeker betaalde entreegeld aan hem vergoeden.


 6. De bevoegdheid van de commissie

 6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van de algemene voorwaarden 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 verzoeker aanspraak heeft op volledige vergoeding althans een vergoeding die hoger is dan het reeds toegekende bedrag van € 4.077,- ter zake van de opname en behandeling van verzekerde in Oostenrijk, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

 8. Beoordeling van het geschil

 8.1. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar, na de hoorzitting, heeft toegezegd alsnog de meerkosten tot een bedrag van € 2.363,- aan verzoeker te vergoeden. Ook zal de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker vergoeden. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 21 februari 2019 aan de commissie medegedeeld dat het geschil hiermee is opgelost. Aangezien partijen overeenstemming hebben bereikt, behoeft het verzoek geen verdere behandeling.

 9. Het bindend advies

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

 Zeist, 6 maart 2019,

 H.A.J. Kroon