

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, onjuiste inlichting door
Alarmcentrale, hoogte vergoeding, schadevergoeding
Zaaknummer : 2011.01000
Zittingsdatum : 9 november 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan de behandeling van een polsbreuk, uitgevoerd te Wörgl (Oostenrijk) (verder: de aanspraak). De zorgverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is ingewilligd.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 april 2011 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij e-mail van 4 augustus 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 september 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 september 2011 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 29 september 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 26 september 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 7 oktober 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011099739) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat door de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-code is gehanteerd. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 9 november 2011 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft op 8 maart 2011 tijdens de wintersport in Oostenrijk zijn pols gebroken. Hij is met een sneeuwscooter van de piste gehaald. Verzoeker heeft contact opgenomen met de Alarmcentrale, die hem verwees naar het dichtstbijzijnde staatsziekenhuis. Dit ziekenhuis bleek echter niet te bestaan. Verzoeker heeft de volgende dag gezocht naar een ander staatsziekenhuis. Daar werd hem verteld dat hij die week niet meer geholpen zou kunnen worden. Indien hij een dag eerder was gekomen, had dit nog wel gekund.
- 4.2. Verzoeker heeft hierop ervoor gekozen naar een privékliniek te gaan. De kosten die hij daar heeft gemaakt, zijn echter fors hoger dan die hij gemaakt zou hebben bij het staatsziekenhuis. Indien de Alarmcentrale verzoeker juist had voorgelicht, had hij deze hogere kosten niet gehad, en was de ingreep volledig ten laste van de zorgverzekering vergoed. Overigens heeft de zorgverzekeraar de toegezegde vergoeding niet verleend; een bedrag van € 670,- is ten laste van het eigen risico gebracht. De door de zorgverzekeraar aangeboden coulantvergoeding is volgens verzoeker niet toereikend, ook al omdat intussen is komen vast te staan dat een tweede operatie van de pols noodzakelijk is.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat de kosten van de brace, het ambulancevervoer en de hulp van de behandelend arts op 8, 9 en 10 maart 2011 aan verzoeker zijn vergoed. Een deel daarvan is ten laste van het (vrijwillig) eigen risico gekomen. Voor de rekening van het ziekenhuis ter hoogte van € 5.369,25 is een garantieverklaring afgegeven ter hoogte van € 3.913,21. Dit bedrag komt overeen met DBC-code 03.11.00.0211.0203. Het resterende bedrag komt niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.2. De Alarmcentrale heeft erkend dat de informatieverstrekking niet optimaal is geweest, en heeft zich bereid verklaard een bedrag aan telefoonkosten van € 125,- en gemaakte taxikosten tot een bedrag van € 250,- te vergoeden. De zorgverzekeraar heeft na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen toegezegd tegen finale kwijting een aanvullend bedrag van € 750,- te willen betalen.

- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. De commissie is bevoegd van het onderhavige geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.
8. Beoordeling van het geschil
- 8.1. De commissie stelt vast dat partijen ter zitting zijn overeengekomen dat verzoeker akkoord gaat met de vergoeding conform Nederlands tarief, te weten een bedrag van € 3.913,21, onder aftrek van het eigen risico voor 2011 van € 670,--. Verder zal de zorgverzekeraar hem onverplicht een aanvullende vergoeding verlenen van € 750,--. Dit bedrag is exclusief het bedrag van € 375,-- dat door de Alarmcentrale aan verzoeker is toegezegd. De zorgverzekeraar heeft verklaard contact te willen opnemen met de Alarmcentrale opdat deze toezegging wordt nagekomen.
- 8.2. Ter zitting is gebleken dat bij verzoeker onduidelijkheid bestond over de vergoeding van de kosten van de noodzakelijke tweede operatie in Nederland. De zorgverzekeraar heeft medegedeeld deze ingreep te vergoeden conform de voorwaarden van de zorgverzekering. De coulancevergoeding zal hierop niet van invloed zijn.
9. Het bindend advies
- 9.1. De commissie stelt vast dat ter zitting is overeengekomen dat verzoeker akkoord gaat met een vergoeding conform Nederlands tarief, te weten een bedrag van € 3.913,21, onder aftrek van het eigen risico voor 2011 van € 670,--. Verder zal de zorgverzekeraar onverplicht een aanvullende vergoeding verlenen van € 750,-- en zal hij contact opnemen met de Alarmcentrale opdat de door deze organisatie gedane toezegging wordt nagekomen.

Zeist, 7 december 2011,

Voorzitter