



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden
Zaak : Turkije, medisch specialistische zorg, hoogte nota, verplicht en vrijwillig eigen risico
Zaaknummer : 201701350
Zittingsdatum : 10 januari 2018

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11, 19, 20 en 21 Zvw, 2.1, 2.4, 2.17 en 2.18 Bzv, artikel 13 van het Nederlandse-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid)

1. Partijen

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

De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zelf Bewust Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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. De zorgverzekeraar heeft bij verzoekster een bedrag van € 680,21 in rekening gebracht ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2016 in verband met door haar genoten medisch specialistische zorg in Turkije.

3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 juli 2017 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.

3.4. Bij brief van 30 augustus 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie), naar de commissie begrijpt, verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is het ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2016 door haar betaalde bedrag van € 680,21 te restitueren. Voorts heeft verzoekster de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is aan haar een schadevergoeding te betalen (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 november 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 november 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 december 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Op 4 januari 2018 heeft verzoeker de commissie telefonisch medegedeeld dat hij is verhinderd voor de geplande hoorzitting, en daarom alsnog afziet van de mogelijkheid zijn standpunt mondeling toe te lichten. De zorgverzekeraar heeft op 12 december 2017 schriftelijk medegedeeld niet 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, 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.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Tijdens een vakantie met haar gezin in Turkije, eind april/begin mei 2016, kreeg verzoekster last van haar buik. Zij heeft in het hotel waar zij verbleef een arts bezocht. Volgens deze arts waren de klachten zodanig, dat verzoekster in een ziekenhuis verder moest worden onderzocht. Zij is naar een ziekenhuis vervoerd, dat later het Anadolu Hastanesi ziekenhuis (hierna: het ziekenhuis) bleek te zijn, alwaar een bloedonderzoek is uitgevoerd en een echo is gemaakt. Zonder de uitslag hiervan met verzoekster te delen, werd haar door de behandelend arts medegedeeld dat zij terug mocht naar het hotel. Verzoekster werd vervolgens verzocht ruim € 800,- te betalen. Zij weigerde dit bedrag te voldoen en bood aan € 100,- te betalen. Het betreffende aanbod werd door het ziekenhuis echter afgewezen en verzoekster en de met haar naar het ziekenhuis meegereisde echtgenoot werden aldaar 'vastgehouden'.
- 4.2. Door het ziekenhuis zijn hierna twee tolken ingeschakeld om tot overeenstemming te komen over de hoogte van de nota. Verzoekster en haar echtgenoot zijn hierop echter niet ingegaan. Omdat haar twee minderjarige kinderen alleen in het hotel waren achtergebleven, werd verzoekster uiteindelijk 'vrijgelaten'. Haar echtgenoot mocht daarentegen het ziekenhuis niet verlaten totdat de door de alarmcentrale van de zorgverzekeraar ingeschakelde reisverzekeraar een betalingsgarantie had afgegeven.
- 4.3. Verzoekster heeft de alarmcentrale verzocht de nota niet te betalen. Voorts heeft zij de zorgverzekeraar geïnformeerd bij de alarmcentrale een klacht te hebben ingediend tegen de hoogte van de door het ziekenhuis berekende kosten en medegedeeld hiermee niet akkoord te gaan. De zorgverzekeraar stelt thans ten onrechte dat verzoekster hem niet heeft "gewaarschuwd" het bedrag niet te betalen. Zij verwijst in dit verband naar een e-mailbericht van 2 mei 2016. Zonder verzoekster hierover te informeren, heeft de alarmcentrale aan het ziekenhuis € 825,04 betaald en dit bedrag ter declaratie bij de zorgverzekeraar ingediend. De zorgverzekeraar heeft van voornoemd bedrag vervolgens € 680,21 met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2016 van verzoekster verrekend.
- 4.4. Bij de brief van de zorgverzekeraar aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 25 augustus 2017 is een afschrift van de nota van het ziekenhuis overgelegd. Deze is echter niet goed leesbaar, hetgeen door de zorgverzekeraar wordt erkend. Verzoekster vindt het daarom onbegrijpelijk dat de nota toch is voldaan. Voor zover de zorgverzekeraar op basis van de e-mailberichten en het telefonisch contact dat met de alarmcentrale heeft plaatsgevonden, ervan is uitgegaan dat verzoekster akkoord is gegaan met de betaling aan het ziekenhuis, heeft hij dat verkeerd begrepen. Zowel de alarmcentrale als de zorgverzekeraar heeft volgens verzoekster onzorgvuldig gehandeld, zodat zij meent recht te hebben op een schadevergoeding.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Verzoekster heeft zich pas tot de alarmcentrale van de zorgverzekeraar gewend op het moment dat zij al in het ziekenhuis was onderzocht. Omdat de nota nog niet was betaald, mocht zij het ziekenhuis niet verlaten. Verzoekster heeft de alarmcentrale daarom verzocht de betalingsgarantie zo spoedig mogelijk in orde te maken. Verwezen wordt in dit verband naar e-mailberichten die door verzoekster aan de alarmcentrale zijn gestuurd. De alarmcentrale heeft hierop Allianz Global Assistance (hierna: Allianz) ingeschakeld om de betalingsgarantie te regelen. Vervolgens heeft Allianz namens de zorgverzekeraar onderhandeld over de hoogte van de kosten. Allianz heeft uiteindelijk een korting van € 250,37 bedongen op het oorspronkelijke notabedrag van € 1.075,41. De zorgverzekeraar was niet ervan op de hoogte dat verzoekster hem heeft "gewaarschuwd" de hoge kosten niet te betalen. Het opvoeren van hoge kosten door buitenlandse ziekenhuizen is een bekend probleem waarop de zorgverzekeraar niet altijd invloed heeft. Met name niet op het moment dat pas achteraf met de alarmcentrale contact wordt opgenomen. Nadat een betalingsgarantie is afgegeven kan de zorgverzekeraar bij de zorgaanbieder niet meer dreigen de kosten niet te zullen betalen. Met de afgifte van de betalingsgarantie is verzoekster volgens de zorgverzekeraar dan ook reeds geïnformeerd over de daaruit voortvloeiende betaling aan het ziekenhuis.

5.2. Als een verzekerde het niet eens is met de hoogte van de kosten van de in het buitenland genoten zorg en het medisch team van de alarmcentrale heeft deze kosten goedgekeurd, dan kan de verzekerde zich melden bij de zorgverzekeraar en vindt een beoordeling van de kosten plaats. De gespecificeerde nota is bij de alarmcentrale opgevraagd. De ontvangen nota is echter slecht leesbaar. Op basis van de nota stelt de zorgverzekeraar vast dat er medische kosten zijn gemaakt en dat deze dienden te worden betaald. Als verzoekster vooraf contact met de alarmcentrale had opgenomen, dan hadden afspraken met het ziekenhuis kunnen worden gemaakt en had verzoekster kunnen worden begeleid bij haar zorgvraag. Verzoekster heeft de alarmcentrale nadien nog om hulp gevraagd bij het vorderen van een schadevergoeding van het ziekenhuis, omdat zij en haar echtgenoot het ziekenhuis niet direct mochten verlaten. De alarmcentrale heeft haar medegedeeld daarin niet te kunnen bemiddelen. De zorgverzekeraar merkt verder op dat indien verzoekster in 2016 geen vrijwillig eigen risico van € 500,- had afgesloten, van de nota slechts het verplicht eigen risico 2016 van € 385,- voor haar rekening was gekomen. Voorts had zij bij het afsluiten van een reisverzekering met dekking voor geneeskundige kosten het vrijwillig eigen risico 2016 op de reisverzekering kunnen verhalen. Hiervan is echter geen sprake.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 2.12 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar is gehouden (i) het ter zake van het vrijwillig en verplicht eigen risico 2016 in rekening gebrachte en door verzoekster betaalde bedrag van € 680,21 te restitueren, en (ii) aan haar een schadevergoeding te betalen.

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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 3.1 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 3.11 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Inhoud zorg

*U heeft recht op zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden.
(...)"*

8.4. Artikel 2.7.11 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorg in het buitenland bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Buitenland

*Als u in Nederland woont, heeft u ook aanspraak op zorg van een door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. Als u naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat, heeft u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal het bedrag waarop u recht zou hebben als de zorg was verleend binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Voor de zorg waarbij sprake is van restitutie geldt dat de vergoeding niet meer zal bedragen dan het in Nederland geldende wettelijk tarief. Als er in Nederland geen wettelijk tarief is vastgesteld, bedraagt de vergoeding niet meer dan het marktconforme tarief.
(...)*

Wonen of verblijven in een niet-verdragsland

*Woont of verblijft u in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, dan heeft u recht op vergoeding van kosten van zorg van een niet door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling. De vergoeding bedraagt maximaal het bedrag waarop u recht zou hebben als de zorg was verleend binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Voor de zorg waarbij sprake is van restitutie geldt dat de vergoeding niet meer zal bedragen dan het in Nederland geldende wettelijk tarief. Als er in Nederland geen wettelijk tarief is vastgesteld bedraagt de vergoeding niet meer dan het marktconforme tarief.
(...)*

Alarmservice

Als u medisch noodzakelijke zorg nodig heeft die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland (spoedeisende zorg), dan moet u dit met spoed en zo mogelijk vooraf (laten) melden aan de De Friesland Alarmcentrale. Deze coördineert de zorg. Ook kunt u informatie krijgen over de vergoeding van de zorg. De alarmservice is dag en nacht, zeven dagen per week bereikbaar via het internationale toegangsnummer gevolgd door het landnummer van Nederland (31), het kengetal zonder 0(58) en het nummer van de alarmcentrale (212 02 12) (...)"

8.5. Artikel 2.8 van de zorgverzekering regelt het verplicht en vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"2.8.1 Verplicht eigen risico

*Het verplichte eigen risico is het bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk 3 van deze verzekeringsvoorwaarden, dat verplicht voor uw rekening blijft. Voor verzekerden van achttien jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 385,- per kalenderjaar.
(...)*

2.8.2 Vrijwillig eigen risico

Het vrijwillige eigen risico is het met u als verzekeringnemer overeengekomen bedrag per kalenderjaar aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk 3 van deze verzekeringsvoorwaarden, dat u naast het verplichte eigen risico voor uw eigen rekening neemt. Als

*u kiest voor een vrijwillig eigen risico, ontvangt u van De Friesland een premiekorting. U kunt kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,-.
(...)*

2.8.4 Berekening vrijwillig en verplicht eigen risico

a. De Friesland brengt kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplichte als het vrijwillige eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplichte eigen risico.

*b. In die gevallen waarin u op grond van deze verzekeringsvoorwaarden een eigen bijdrage bent verschuldigd, telt deze eigen bijdrage niet mee voor het eigen risico. Ook overige kosten die voor uw eigen rekening blijven, worden voor toepassing van het eigen risico buiten beschouwing gelaten.
(...)*

f. Als De Friesland de kosten van verleende hulp rechtstreeks aan de zorgaanbieder heeft vergoed, dan brengt De Friesland u achteraf het eventueel verschuldigde eigen risico in rekening. Voorafgaand aan het incasseren van het eigen risico krijgt u een specificatie van de kosten die ten laste komen van het eigen risico. Hierop wordt ook aangegeven wanneer en op welke manier het verschuldigde bedrag zal worden geïncasseerd."

- 8.6. De artikelen 2.7.11, 2.8 en 3.11 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.
Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Het verplicht en vrijwillig eigen risico is opgenomen in de artikelen 19, 20 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 e.v. Bzv.
- 8.8. 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 zorgverzekeraar 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.
- 8.9. Artikel 13 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid (Trb. 1966, 155) bepaalt, voor zover hier van belang:
- "Lid 1
Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op*

prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt.

(...)

Lid 3

Wanneer een werknemer of een met hem gelijkgestelde overeenkomstig de bepalingen van de vorige leden recht heeft op prestaties, worden de verstrekkingen gedaan door het orgaan van zijn verblijfplaats of van zijn nieuwe woonplaats overeenkomstig de bepalingen van de wettelijke regeling welke door dat orgaan wordt toegepast, in het bijzonder wat betreft de omvang en de wijze van de verstrekking; de periode gedurende welke deze verstrekkingen wordt verleend is evenwel gelijk aan die voorzien in de wettelijke regeling van het bevoegde land.

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg indien de gezondheidstoestand van een verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. Tussen partijen is niet in geschil dat in de onderhavige kwestie geen sprake was van een zodanige gezondheidstoestand van verzoekster dat onmiddellijke geneeskundige behandeling zoals bedoeld in voornoemd artikel noodzakelijk was, zodat het Nederlands-Turks verdrag in casu buiten toepassing blijft. Het voorliggende geschil dient daarom te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. De commissie leidt uit de stukken af dat de zorgverzekeraar de volledige nota heeft vergoed, zodat dit geen onderwerp van geschil vormt. De vraag die derhalve dient te worden beantwoord, is of de kosten terecht zijn verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2016 van verzoekster. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 9.3. Door verzoekster is niet bestreden dat zij op 29 april 2016 in het Anadolu Hastanesi ziekenhuis is geweest. Zij heeft verklaard dat aldaar "alleen" een bloedonderzoek heeft plaatsgevonden. De door de zorgverzekeraar overgelegde nota is niet goed leesbaar, zodat hieruit niet precies is op te maken welke zorgactiviteiten in rekening zijn gebracht. De commissie leidt uit de nota af dat, naar het Nederlands vertaald, in ieder geval de volgende zorgactiviteiten en diensten in rekening zijn gebracht:
- onderzoek in het hotel
 - transfer van verzoekster vanuit het hotel naar het ziekenhuis
 - chirurgisch onderzoek
 - CT-scan van de buik
 - kortdurende opname
 - (...)
 - aanleggen van een infuus
 - (...)
 - injectie
 - (...).
- Door verzoekster is niet betwist dat zij in het hotel waar zij tijdens haar vakantie in Turkije verbleef, is onderzocht door de aldaar werkzame arts. Voorts blijkt uit het door haar overgelegde e-mailbericht van 2 mei 2016, gericht aan het hotel, dat zij door deze arts is vervoerd naar het ziekenhuis, alsmede dat naast een bloedonderzoek een "ultrasound", zijnde een CT-scan, is gemaakt. Het staat naar het oordeel van de commissie daarom vast dat verzoekster in ieder geval de hierboven omschreven zorgactiviteiten en diensten heeft genoten. Deze vallen onder de medisch specialistische zorg als bedoeld in artikel 3.11 van de zorgverzekering en hierop is het eigen risico van toepassing.

- 9.4. Ingevolge artikel 2.8.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering is verzoekster in 2016 maximaal € 385,- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg en diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Daarnaast had verzoekster in 2016 gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-. Tussen partijen is niet in geschil dat dit verplicht en vrijwillig eigen risico tot het moment waarop de onderhavige kosten werden gemaakt geheel of gedeeltelijk open stond. De zorgverzekeraar heeft derhalve terecht de onderhavige kosten ten bedrage van totaal € 825,04, ten laste gebracht van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2016 van verzoekster, zodat dit onderdeel van het verzoek wordt afgewezen.
- 9.5. Verzoekster heeft aangevoerd dat de zorgverzekeraar de nota niet had moeten betalen en dat zij hem nadrukkelijk heeft verzocht hiertoe niet over te gaan. De commissie merkt hierover op dat in artikel 2.7.11 van de zorgverzekering is bepaald dat in geval van spoedeisende zorg dit met spoed en zo mogelijk vooraf moet worden gemeld aan de zorgverzekeraar. Eventueel kan deze melding door een ander worden gedaan. Verzoekster is deze verplichting niet nagekomen en heeft zich pas achteraf - toen zij en haar echtgenoot in het ziekenhuis werden "vastgehouden" - tot de alarmcentrale van de zorgverzekeraar gewend. Op dat moment was de behandelingsovereenkomst met het ziekenhuis door haar al aangegaan, en op grond hiervan was zij reeds gehouden de in rekening gebrachte kosten te vergoeden. Kennelijk slaagde zij er zelf niet in over het notabedrag te onderhandelen en heeft Allianz dit - met succes - van haar overgenomen, waardoor het notabedrag met € 250,37 is verlaagd. Dit gegeven en de stelling dat verzoekster de zorgverzekeraar heeft "gewaarschuwd" de nota niet te voldoen, maken niet dat de betalingsverplichting voor verzoekster is vervallen. Dat vervolgens een betalingsgarantie is afgegeven is evenmin relevant, met dien verstande dat de alarmcentrale hierdoor ten opzichte van het ziekenhuis de onherroepelijke verplichting op zich nam de nota te voldoen. De 'prijs' van de behandeling lag toen al vast; die was namelijk door verzoekster met het ziekenhuis overeengekomen, ook al heeft zij dit mogelijk zelf niet zo ervaren en is Allianz er nadien nog in geslaagd een verlaging te bewerkstelligen.

Schadevergoeding

- 9.6. Verzoekster vordert voorts van de zorgverzekeraar een schadevergoeding. Voor toekenning van een zodanige vergoeding bestaat geen grond. De zorgverzekeraar kan niet ervoor verantwoordelijk worden gehouden dat verzoekster en haar echtgenoot door het ziekenhuis zijn "vastgehouden". Dit geldt evenzeer voor de door de zorgverzekeraar ingeschakelde alarmcentrale. Ook kan de zorgverzekeraar en de alarmcentrale niet worden verweten dat zij - overigens op verzoek van verzoekster - zijn tussengekomen en de op verzoekster rustende betalingsverplichting zijn nagekomen door afgifte van een garantieverklaring aan het ziekenhuis. Los hiervan heeft verzoekster de gestelde schadevergoeding op geen enkele wijze gespecificeerd en/of onderbouwd. Dit onderdeel van het verzoek wordt daarom eveneens afgewezen.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 januari 2018,

A.I.M. van Mierlo