



Partijen : A te B, tegen C te D
Zaak : EU/EER, Griekenland, ziekenhuisopname, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201201657
Zittingsdatum : 5 november 2014



ANONIEM BINDEND ADVIES

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

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

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] Zorg Geregeld 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 jo. 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een ziekenhuisopname op Kreta, Griekenland, ten bedrag van € 28.002,71 (verder: de aanspraak). Bij brief van 4 maart 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is ingewilligd, in die zin dat € 12.172,65 voor zijn rekening blijft, welk bedrag van hem wordt gevorderd.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 25 mei 2012 en 10 juli 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 25 oktober 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de vordering is verlaagd tot € 7.948,65.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar is overgegaan tot tarifiering.
- 3.5. Bij brief van 13 juni 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 15.896,22 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 augustus 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 september 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 12 september 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 22 oktober 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 8 september 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 september 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014114405) 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 voor de vaststelling van de vergoeding de juiste DBC's zijn gebruikt.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 14 oktober 2014 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 5 november 2014 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 10 november 2014 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 18 november 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is tijdens zijn vakantie op Kreta ziek geworden. Zijn partner heeft het hotel een dokter laten bellen. De dokter heeft verzoeker bezocht in het hotel. Verzoeker weet enkel nog dat hij per ambulance werd vervoerd.
- 4.2. Van 8 september 2011 tot 24 september 2011 is verzoeker opgenomen geweest in het CretaInterClinic Hospital te Heraklion.
- 4.3. Achteraf bleek dat verzoeker was opgenomen in een privé-ziekenhuis. Noch verzoeker, noch zijn partner was hiervan ten tijde van de opname op de hoogte. De eerste acht dagen heeft verzoeker op de intensive care gelegen en was hij buiten bewustzijn. Zijn partner spreekt geen Engels of Duits en zij mocht pas op de derde dag naar verzoeker toe. Na het ontslag uit het ziekenhuis mocht verzoeker naar huis reizen. Verzoeker benadrukt dat de periode van de ziekenhuisopname erg moeilijk is geweest voor hem en zijn partner.
- 4.4. Na ruim twee maanden ontving verzoeker het bericht van de zorgverzekeraar dat een bedrag moest worden bijbetaald voor de ziekenhuisopname op Kreta. Om welk bedrag het ging was op dat moment niet bekend. Weer twee maanden later ontving verzoeker een rekening van € 12.172,65. Verzoeker weigert dit bedrag te betalen. Hij wenst eerst inzage in de door het Griekse ziekenhuis gedeclareerde nota.
Verzoeker voert aan dat hij tevens een reisverzekering had afgesloten met dekking voor medische kosten. Het is onredelijk dat verzoeker buiten zijn medeweten om in een privéziekenhuis is behandeld en dat de (alarmcentrale van de) zorgverzekeraar hem niet erop heeft gewezen dat hij onvoldoende was verzekerd om alle hiermee gemoede kosten te dekken.
- 4.5. Verzoeker verklaart zich niet akkoord met vergoeding conform de Nederlandse tarieven. Het is voor hem onduidelijk of deze redelijk zijn in verhouding tot de Griekse tarieven. Het is

verzoeker verder opgevallen dat op de nota van het ziekenhuis het ambulancevervoer en de zuurstoftoediening ontbreken. Ook blijkt uit de nota niet dat hij zeventien dagen is beademd. Bij eigen onderzoek is verzoeker gebleken dat in Nederland circa € 1.300,- per dag wordt berekend bij zuurstoftoediening in het ziekenhuis. Verzoeker wenst dat kritisch wordt gekeken naar de gehanteerde DBC-codes. De vergoeding op basis van het Nederlandse tarief is te laag, gelet op het feit dat een ziekenhuisbehandeling in verband met een dubbele longontsteking heeft plaatsgevonden. Bovendien is het onbegrijpelijk dat de zorgverzekeraar de ziekenhuisnota direct, zonder navraag te doen naar de in rekening gebrachte bedragen, heeft voldaan. Verzoeker ervaart het als zeer vervelend dat niemand hem informeert of informatie inwint in Griekenland.

- 4.6. Volgens de zorgverzekeraar heeft op 9 september 2011 contact met verzoeker plaatsgevonden. Toen zou zijn gebleken dat hij erg vermoeid was. Op 10 september 2011 zou er contact zijn geweest met zijn echtgenote. Verzoeker bestrijdt het voorgaande. Pas circa drie dagen na de opname in het ziekenhuis is er telefonisch contact geweest tussen de partner van verzoeker en de alarmcentrale. Het werd zijn partner te veel, waarop zij de telefoon heeft overgedragen aan de receptionist van het hotel. Voorts stelt de zorgverzekeraar dat op 12 september 2011 contact heeft plaatsgevonden met de dochter van verzoeker. Dit is correct, maar bij die gelegenheid is niet gesproken over de kosten die voor eigen rekening zouden blijven. Er is enkel gezegd dat taxikosten boven de € 100,- voor eigen rekening komen.
- 4.7. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij al tien jaar bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd. Hij heeft nooit te horen gekregen dat het ziekenfonds was veranderd. De stelling van de alarmcentrale dat binnen vier dagen contact met verzoeker heeft plaatsgevonden kan niet kloppen, aangezien hij van 8 tot 16 september 2011 buiten kennis was. Tevens zou contact met de echtgenote van verzoeker hebben plaatsgevonden. Dit klopt evenmin, aangezien zij, als gezegd, de telefoon heeft overgedragen aan een medewerker van het hotel. Tot slot stelt verzoeker dat de tabellen die zijn gebruikt voor de vaststelling van het Nederlandse tarief, verouderd zijn. Met de toepassing hiervan alsmede de tarifiering kan hij zich niet verenigen.
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. Verzoeker heeft een naturapolis afgesloten. Ingevolge artikel 9 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van zorg in het buitenland conform de Nederlandse Wmg-tarieven of de marktconforme tarieven. Ziekenhuizen en verzekeraars in Nederland werken met DBC's. Een DBC is een optelsom van de diagnose en de behandeling. Aan een DBC wordt één tarief gekoppeld en het ziekenhuis declareert dit achteraf. Zorgkosten die via de alarmcentrale bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd, worden volledig vergoed aan de alarmcentrale. De alarmcentrale zorgt er voor dat de zorgaanbieders de volledige vergoeding ontvangen.
- 5.2. Van de alarmcentrale zijn twee nota's ontvangen voor de behandeling op Kreta. De eerste nota bedraagt € 736,- en ziet op ambulancevervoer. De tweede nota bedraagt € 27.266,71 en betreft de ziekenhuisbehandeling. Afschriften van deze nota's zijn aan verzoeker gezonden. De alarmcentrale heeft het totaalbedrag van € 28.002,71 vergoed aan het ziekenhuis en dit vervolgens bij de zorgverzekeraar in rekening gebracht.
- 5.3. De vergoeding van de behandeling is gebaseerd op de volgende DBC's:
- 0322110014011013, € 4.886,70, longarts;
 - 00330110099090111, € 566,59, neuroloog;
 - 0320110007090101, € 470,34, cardioloog;
 - 190134, € 9.379,04, toeslag IC 8 dagen;
 - 190134, € 293,95, eenmalige toeslag IC.

Daarnaast wordt € 300,- vergoed voor het ambulancevervoer. De totale vergoeding bedraagt aldus € 15.896,62.

Er bestaat een behoorlijk verschil tussen de ziekenhuisnota en de vergoeding. De eigen bijdrage voor verzoeker is namelijk € 12.106,69. In februari 2012 is nog een rekening van € 66,56 ontvangen van de apotheek voor de levering van een Seretide Diskus. Deze kosten zijn tezamen met de eigen bijdrage voor de ziekenhuisbehandeling bij verzoeker in rekening gebracht, hetgeen neerkomt op totaal € 12.172,65.

- 5.4. Op 8 september 2011 heeft de alarmcentrale een melding ontvangen van de ziekenhuisopname van verzoeker. Er is door de alarmcentrale niet toegelicht van wie deze melding afkomstig was. Op 9 september 2011 is contact opgenomen met verzoeker. Tijdens dit gesprek heeft hij verklaard erg vermoeid te zijn. Daarom is op 10 september 2011 contact gezocht met de partner van verzoeker. In dit gesprek is aan haar medegedeeld dat de zorgverzekeraar de kosten betaalt en garandeert tot maximaal het Nederlandse tarief. Ook is verteld dat de kosten die het Nederlandse tarief overstijgen voor eigen rekening blijven. In het gesprek op 12 september 2011, met de dochter van verzoeker, is dit wederom medegedeeld. Verzoeker stelt thans dat de informatie van de alarmcentrale over de gevoerde gesprekken niet juist is. De alarmcentrale registreert de telefoongesprekken en legt de inhoud hiervan vast in rapportages. De zorgverzekeraar gaat daarom ervan uit dat deze gegevens correct zijn. Er is een overzicht overgelegd van de informatie die de alarmcentrale in juli 2012 telefonisch aan de zorgverzekeraar heeft verstrekt aangaande de contactmomenten op 8, 9, 10 en 12 september 2011. Op 1 oktober 2012 heeft een persoonlijk onderhoud met verzoeker en zijn dochter plaatsgevonden op een regiokantoor van de zorgverzekeraar. Tijdens dit gesprek is aan verzoeker uitleg gegeven over de hoogte van de vergoeding, waarmee tevens duidelijk werd welke vordering op verzoeker bestaat.
- 5.5. De zorgverzekeraar heeft verzuimd verzoeker een vergoedingsoverzicht te sturen, en heeft in plaats hiervan een betalingsherinnering gestuurd. Hiervoor worden verzoeker excuses aangeboden.
- 5.6. Op het moment van de ziekenhuisopname op Kreta had verzoeker een doorlopende reisverzekering bij de zorgverzekeraar. Bij deze verzekering had hij echter niet de module medische kosten in het buitenland afgesloten. In de verzekeringsvoorwaarden is vermeld welke kosten voor vergoeding in aanmerking komen. Deze voorwaarden zijn beschikbaar voor alle verzekerden. Het is vervelend dat verzoeker het gevoel heeft gekregen dat hij onvolledig is geïnformeerd door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar verklaart zijn klanten graag maatwerk te bieden. Het afsluiten van verzekeringen blijft echter een individuele keuze. Als hierbij advies nodig is, kan contact worden opgenomen met de zorgverzekeraar. Er is geen sprake geweest van een tekortkoming in de informatievoorziening.
- 5.7. De zorgverzekeraar heeft totaal € 4.224,- aan donaties ten gunste van verzoeker ontvangen. Dit bedrag is gebruikt om de apotheekkosten (€ 66,56) te voldoen, en het restant is in mindering gebracht op de vordering. Zodoende resteert een te betalen bedrag van € 7.948,65. De zorgverzekeraar heeft begrip voor de situatie van verzoeker, maar blijft bij het standpunt dat terecht een eigen bijdrage van hem wordt gevorderd. Verzoeker heeft intussen een betalingsregeling getroffen voor het openstaande bedrag, en deze wordt correct nagekomen. Naar de stand van 29 augustus 2014 staat nog een bedrag van € 5.867,01 open, hetgeen neerkomt op 62 termijnen van de betalingsregeling.
- 5.8. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is de zorgverzekeraar overgegaan tot tarifiering. Er is onderzoek gedaan naar het tarief dat in Griekenland wordt vergoed volgens de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering. Op 14 november 2012 is het tarifieringsverzoek naar het College voor Zorgverzekeringen, thans Zorginstituut Nederland, verzonden. Het Zorginstituut heeft, ondanks verschillende herinneringsbrieven, tot op heden

geen antwoord ontvangen van het verbindingkantoor in Griekenland. In maart 2014 heeft het Zorginstituut de zorgverzekeraar geadviseerd de kosten te vergoeden volgens de Nederlandse tarieven.

De zorgverzekeraar betreurt dat het Zorginstituut geen antwoord heeft ontvangen van het verbindingkantoor in Griekenland. Hierdoor kon de zorgverzekeraar niet anders dan de - geadviseerde - vergoeding conform de Nederlandse tarieven handhaven. Verzoeker heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding dan die reeds is verleend.

5.9. Ter zitting is door de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de gehanteerde DBC's volgens het Zorginstituut correct zijn.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 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 de aanspraak alsnog volledig, dan wel tot een hoger bedrag dan € 15.896,62, in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 35 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen.

(...)

Door

Medisch specialist. (...)

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland. (...)

- 8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hebt u recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

(...)

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

In alle gevallen hebt u voor het invoeren van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland, onze voorafgaande toestemming nodig. Intramurale zorg als bedoeld in dit artikel is zorg die gepaard gaat met verblijf van ten minste één nacht.

Dit toestemmingsvereiste is niet van toepassing als er sprake is van onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland.

Bij zorg die gepaard gaat met verblijf van ten minste één nacht moet u (laten) bellen met de [naam zorgverzekeraar] Alarmservice (...)

9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het invoeren van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9)."

- 8.5. Artikel 1.4 van de zorgverzekering luidt:

"1.4. Hoogte vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Als u voor zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, kan het zijn dat u een deel van de rekening zelf moet betalen. De kosten van zorg worden namelijk vergoed tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven voor 2011, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen inkoop tarieven zijn vastgesteld en er gelden Wmg-tarieven, is het gemiddeld gecontracteerde tarief gelijk aan het geldende Wmg-tarief. In dat geval worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.

U kunt de maximale vergoedingen raadplegen op de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders [naam zorgverzekeraar] 2011. Deze lijst kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen, kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hebt u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven.

Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren."

8.6. De artikelen 1.4, 9 en 13 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. 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.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

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 19 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. De onderhavige zorgkosten zijn gemaakt in Griekenland, 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 zorgverzekeraar is een - gedeeltelijke - vergoeding verleend voor de ziekenhuisopname van verzoeker. Zodoende staat vast dat sprake is van een verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering en dat verzoeker hiervoor een indicatie had.

9.2. In een geval als het onderhavige bestaan er op grond van artikel 25 van de uitvoeringsverordening Vo. nr. 987/2009 de facto drie mogelijkheden om tot vergoeding van de zorgkosten te komen. Ten eerste kunnen de kosten door de zorgverlener rechtstreeks worden gedeclareerd bij het plaatselijke uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering na overlegging door de verzekerde van een European Health Insurance Card (hierna: EHIC). Ten tweede kan de verzekerde de kosten zelf betalen en een verzoek om vergoeding hiervan richten aan het plaatselijke uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering. Ten derde kan de verzekerde de kosten zelf betalen en deze declareren bij het bevoegde orgaan (de zorgverzekeraar), waarbij laatstgenoemde een verzoek tot tarifiering kan indienen bij het uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering in de lidstaat van verblijf.

- 9.3. Niet gebleken is dat door verzoeker een EHIC is overgelegd aan het ziekenhuis en dat deze is geaccepteerd. Van de tweede mogelijkheid is door verzoeker geen gebruik gemaakt, zodat enkel de derde resteert. Hierbij geldt dat door middel van tarifiering zal moeten worden bepaald of de onderhavige zorg in Griekenland is gedekt onder de sociale ziektekostenverzekering en welke vergoeding op grond hiervan wordt verleend. Indien de daadwerkelijke kosten hoger zijn heeft verzoeker op grond van de artikelen 1.4 en 9 van de zorgverzekering aanspraak op aanvulling tot maximaal het Nederlandse tarief. De zorgverzekeraar heeft reeds een verzoek tot tarifiering gedaan bij het Griekse uitvoeringsorgaan, maar hierop is tot op heden niet gereageerd. Verzoeker heeft te kennen gegeven niet in te stemmen met toepassing van het Nederlandse tarief. Ingevolge artikel 25 lid 6 van Vo. nr. 987/2009 dient de verzekerde hiermee akkoord te gaan. De commissie is niet bevoegd te oordelen over de wijze van tarifiering door het Griekse uitvoeringsorgaan en evenmin over het tot op heden uitblijven van een reactie op het verzoek daartoe. Indien door de Griekse autoriteiten een tarief voor onderhavige zorgkosten wordt bepaald, dan is de commissie niet bevoegd tot een inhoudelijke beoordeling hiervan.
- 9.4. De totale vergoeding ten laste van de zorgverzekering is door de zorgverzekeraar vastgesteld op - het Nederlandse tarief van - € 15.896,62. Hierbij is uitgegaan van de volgende DBC's: 0322110014011013 (longarts), 0033011009909011 (neuroloog), 0320110007090101 (cardioloog) en 190134 en 190135 (toeslag IC acht dagen en eenmalige toeslag IC). Genoemde codes en vergoeding komen de commissie, mede gelet op het advies van het Zorginstituut van 23 september 2014, juist voor. Op grond van artikel 25 lid 9 Vo. nr 987/2009 kan het bevoegde orgaan een voorschot verlenen. Rekening houdend met de - theoretische - mogelijkheid dat tarifiering zou kunnen leiden tot een hogere vergoeding, heeft de ziektekostenverzekeraar aan zijn verplichtingen uit genoemde verordening voldaan door te vergoeden op basis van het Nederlandse tarief. Zolang niet op het tarifieringsverzoek is beslist of verzoeker alsnog instemt met toepassing van lid 6, heeft deze uitkering het karakter van een voorschot.
- 9.5. Derhalve heeft verzoeker geen aanspraak op een hogere vergoeding ten laste van de zorgverzekering, dan de vergoeding die bij wijze van voorschot reeds door de zorgverzekeraar is verleend.

Werking privaatrecht

- 9.6. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat de alarmcentrale drie maal telefonisch contact heeft gehad met verzoeker respectievelijk zijn partner en dochter, bij welke gelegenheden door de alarmcentrale is medegedeeld dat een vergoeding tot Nederlands tarief wordt verleend. Verzoeker bestrijdt dit. Volgens hem heeft hij geen telefonisch contact gehad met de alarmcentrale aangezien hij de eerste dagen van de opname buiten bewustzijn was, en afgezonderd van zijn familie op de intensive care lag. Wél heeft contact plaatsgevonden met zijn partner, maar dit was van korte duur aangezien zij de telefoon zou hebben doorgegeven aan de receptioniste van het hotel. Voorts is volgens verzoeker aan zijn dochter slechts medegedeeld dat taxikosten voor eigen rekening zouden zijn. Zodoende stelt verzoeker zich op het standpunt dat hij onjuist is geïnformeerd over de vergoeding voor de ziekenhuisopname en dat hij - naar de commissie begrijpt - hieraan het gerechtvaardigd vertrouwen heeft ontleend dat de kosten van de ziekenhuisopname volledig zouden worden vergoed, mede gelet op de goedkeuring van de alarmcentrale.
- 9.7. De commissie is van oordeel dat de door partijen geschetste gang van zaken geen aanleiding geeft tot een andere uitkomst. In dit kader is van belang dat verzoeker - kennelijk - de keuze heeft gemaakt enkel een zorgverzekering af te sluiten en geen aanvullende verzekering of reisverzekering die dekking biedt voor medische kosten in het buitenland. Voorts kan verzoeker zich op de hoogte stellen van de polisvoorwaarden die betrekking hebben op medische zorg in het buitenland. Hierin is duidelijk geregeld dat bij zorg in buitenland aanspraak bestaat op vergoeding tot maximaal het Nederlandse tarief. Tot slot houdt een goedkeuring van de alarmcentrale geen volledige kostenvergoeding in. Een zodanige goedkeuring betreft slechts een betaalgarantie. Dat

achteraf blijkt dat een gedeelte van de kosten niet voor vergoeding in aanmerking komt is een mogelijkheid waarmee terdege rekening dient te worden gehouden, zeker in geval van opname in een privékliniek. Van gerechtvaardigd vertrouwen aan verzoekers zijde kan derhalve geen sprake zijn.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 december 2014,

Voorzitter