

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, ziekenhuisopname, hoogte
vergoeding
Zaaknummer : 2012.01679
Zittingsdatum : 19 december 2012

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus Aanvullende Verzekering en MiX Aanvullende Verzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekeringen). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Tand Best Pakket is niet in geschil, en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een behandeling in verband met een schouder- en beenbreuk, uitgevoerd te Zams (Oostenrijk), ten bedrage van € 10.257,65 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 17 februari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 530,58, is ingewilligd.

3.2. Op 2 april 2012 is de ziektekostenverzekeraar overgegaan tot een aanvullende vergoeding ten bedrage van € 8.857,83.

3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brief van 2 mei 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat coulanchehalve € 61,- ter zake van de krukken en de röntgen cd-rom wordt vergoed, zodat uiteindelijk alleen de kosten van klassenverpleging van € 808,24 niet voor vergoeding in aanmerking komen.

3.4. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 21 mei 2012 en 5 juni 2012 heeft de ziektekosten-

tenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.5. Bij brief van 17 juni 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brieven van 7 september 2012 en 28 september 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 1 oktober 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en ziektekostenverzekeraar hebben op 20 oktober 2012 onderscheidenlijk 2 november 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 1 oktober 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 22 oktober 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012112377) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat "Patienten Entschädigungs Fond" en "Aufzählung Zweibett-Zimmer" kennelijk geen deel uitmaken van het Oostenrijkse verstrekkingenpakket, zodat de nota van € 808,24 terecht voor rekening van verzoekster blijft. Een afschrift van het CVZ-advies is op 5 november 2012 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.
- 3.10. De commissie heeft partijen opgeroepen ter zitting te verschijnen. De ziektekostenverzekeraar is op 19 december 2012 in persoon gehoord.
- 3.11. Verzoekster is op 19 december 2012 een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster heeft op 13 december 2011 een skiongeval gehad in Oostenrijk, waarbij zij een schouder- en beenbreuk heeft opgelopen. In een ziekenhuis aldaar is een operatie aan beide breuken uitgevoerd, met aansluitend één week opname. Op 20 december 2011 is verzoekster naar Nederland teruggekeerd.
 - 4.2. Verzoekster stelt dat zij nooit is geïnformeerd dat sprake was van klassenverpleging en dat zij naar haar weten daarvoor evenmin heeft getekend. Zij heeft hiermee ook geen rekening gehouden, te meer omdat verpleging in een hogere klasse in Neder-

land niet meer bestaat. Zij verbleef in een kamer met twee andere personen. Het is daarom onterecht dat de ziektekostenverzekeraar deze kosten niet vergoedt. Bovendien wordt verzoekster, door de trage afhandeling van haar declaratie door de ziektekostenverzekeraar, nu geconfronteerd met te betalen rente en incassokosten. De vordering van het Oostenrijkse ziekenhuis beloopt inmiddels € 1.109,55.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De zorgverzekering biedt aanspraak op vergoeding van buitenlandse zorgkosten tot maximaal het Nederlandse tarief. Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van (spoedeisende) zorg is mogelijk ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, mits dit is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden. Verpleging in een ziekenhuis gebeurt in Nederland op basis van de laagste klasse. Voor verpleging in een ziekenhuis in het buitenland geldt dit ook. Kosten voor een hogere klasse worden niet vergoed.

5.2. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is uitgegaan van de DBC-code 03110002210203 (fractuur tibiaplateau) met het tarief van € 9.699,39. Volgens de gegevens van de ziektekostenverzekeraar is er een (vervangende) EHIC afgegeven en is deze geaccepteerd door het Oostenrijkse ziekenhuis. De algemene klasse prestaties, zoals de operatie zelf, zijn afgerekend via de EHIC. Het Oostenrijkse verbindingsorgaan brengt de kosten in rekening via het College voor zorgverzekeringen (hierna: CVZ), dat de kosten met de ziektekostenverzekeraar verrekent. De kosten die de ziektekostenverzekeraar verrekent met het CVZ worden niet geregistreerd onder de klantnummers van de betreffende verzekerden. Er kan derhalve niet worden bevestigd of de kosten met betrekking tot verzoekster al zijn betaald.

5.3. Verzoekster heeft in het Oostenrijkse ziekenhuis, volgens de afdeling Patiëntenafrekening, uitleg gekregen over en getekend voor "Sonderklasse-Leistungen", oftewel prestaties die boven de algemene klasse uitgaan. Volgens verzoekster is dit niet het geval. De ziektekostenverzekeraar beschikt echter over een getekende verklaring die van het ziekenhuis is ontvangen. De echtgenoot van verzoekster heeft de verklaring getekend voor verzoekster. Er bestaat geen recht op vergoeding van de kosten van klassenverpleging, aangezien geen sprake is van verzekerde zorg.

5.4. Uit de nota van het Oostenrijkse ziekenhuis is op te maken dat sprake is van meerkosten ("Sonderklasse-Leistungen"). Deze nota is verwerkt, en een bedrag van € 8.857,83 is betaald aan het Oostenrijkse ziekenhuis. Het bedrag van € 808,24 (kosten van de tweepersoonskamer) is niet betaald.

5.5. Verzoekster vordert tevens vergoeding van de rente en administratiekosten die het ziekenhuis bij haar in rekening heeft gebracht op 21 mei 2012. Verzoekster was echter al vanaf 6 april 2012 op de hoogte van het feit dat de kosten van klassenverpleging voor eigen rekening komen. Ook is zij zelf verantwoordelijk voor tijdige betaling aan de zorgverlener. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding om tot vergoeding van de extra kosten over te gaan.

5.6. De ziektekostenverzekeraar betreurt dat verzoekster lang in onzekerheid heeft gezeten over de vergoeding van de buitenlandse nota's. Daarom is de ziektekostenverze-

keraar verzoekster bij wijze van uitzondering tegemoetgekomen in de kosten voor de krukken en de röntgen cd-rom.

- 5.7. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting aangevoerd dat het Oostenrijkse ziekenhuis en de Tiroler Gebietskrankenkasse uiteindelijk hebben gemeld dat via de EHIC een bedrag van € 4.268,- was afgerekend. Voorts voert de ziektekostenverzekeraar aan dat het CVZ in een advies van 15 december 2008 heeft bepaald dat de kosten van een supplement (toeslag) voor een duurdere kamer geen verzekerde zorg onder de zorgverzekering zijn. Kosten van erelonen, supplementen en remgelden zijn wel verzekerde zorg onder de zorgverzekering. Als dit advies wordt doorgevoerd in onderhavig geschil, zou dit betekenen dat van de rekening die verzoekster zelf ontving € 5.431,39 voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking zou komen, te weten het verschil tussen het maximale Nederlandse tarief en de EHIC-vergoeding. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van extra kosten en de kamer-toeslag. Zoals gezegd zal echter niet worden overgegaan tot terugvordering van een deel van de vergoeding.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar 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 en de aanvullende ziektekostenverzekering en artikel 7 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 de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog volledig in te willigen, 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 de artikelen 11 tot en met 35 van de zorgverzekering.
Artikel 33 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verblijf in een instelling bestaat. Dit artikel luidt:

“Omschrijving

U hebt recht op medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met verloskundige zorg, medisch specialistische zorg, specialistische GGZ en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende

een periode van maximaal 365 dagen, zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Waar

In een ziekenhuis, een psychiatrisch ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, of revalidatie-instelling dat voldoet aan de eisen zoals de Wet toelating zorginstellingen deze stelt aan een instelling.

Op voorschrift van

Verloskundige, medisch specialist, psychiater/zenuwarts of kaakchirurg. Zij stellen de medische noodzaak vast.

Bijzonderheden

Onderbrekingen van maximaal dertig dagen worden niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de hiervoor genoemde 365 dagen. Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 365 dagen.”

Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“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.”

- 8.3. De artikelen 9 en 33 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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. Verblijf is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv.
- 8.5. 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 ziektekostenverzekeraar niet vrij een dek-

king 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.

8.6. Artikel 19 van Vo 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. Door verzoekster zijn tijdens haar verblijf in Oostenrijk kosten van zorg gemaakt in verband met een skiongeval, zodat sprake is van een situatie als bedoeld in artikel 19 van Vo 883/2004. Door verzoekster is een (vervangende) EHIC overgelegd, die door het ziekenhuis is geaccepteerd, en op basis waarvan de kosten van de behandeling volgens de Oostenrijkse sociale ziektekostenverzekering zijn vergoed.
- 9.2. Tussen partijen is derhalve niet in geschil dat de door verzoekster ondergane behandeling een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat zij hiervoor ten tijde van de behandeling een indicatie had. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is enkel de hoogte van de vergoeding. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 9.3. In de procedure zijn vier nota's ingebracht. Drie nota's zijn afkomstig van het ziekenhuis, en deze bedragen € 9.666,07, € 16,-- en € 45,--. De twee laatstgenoemde bedragen zijn coulancehalve door de ziektekostenverzekeraar vergoed, zodat deze nota's geen inhoudelijke beoordeling behoeven. De vierde nota is afkomstig van de handelend arts en bedraagt € 530,58. Deze nota betreft onder meer medicijnkosten.
- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat via de onder 9.1 bedoelde EHIC-procedure een bedrag van € 4.268,-- is afgerekend. Echter, door hem was reeds een bedrag van € 8.857,83 vergoed aan het Oostenrijkse ziekenhuis. Zodoende heeft de ziektekostenverzekeraar te veel vergoed. Naar de commissie begrijpt, had van de rekening van € 9.666,07 slechts € 5.431,39 vergoed moeten worden. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit kader, lopende de procedure bij de commissie, verklaard niet over te zullen gaan tot terugvordering van een deel van de betaalde vergoeding bij verzoekster. De commissie laat dit punt daarom verder rusten.
- 9.5. Bij verzoekster zijn kosten van klassenverpleging in rekening gebracht, omdat namens haar hiermee akkoord is gegaan. Aangezien zij deze kosten niet tijdig heeft betaald, zijn daarnaast incassokosten bij haar in rekening gebracht. De commissie is van oordeel dat de kosten van klassenverpleging niet voor vergoeding in aanmerking komen, omdat hierbij geen sprake is van verzekerde zorg onder de zorgverzekering.

De incassokosten die hiermee zijn verbonden, komen evenmin voor vergoeding in aanmerking.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

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, 23 januari 2013,

Voorzitter