

Ombudsprudentie

Uit de praktijk van de Ombudsman Zorgverzekeringen.

Een gepeperde rekening

De casus: een hoogbejaarde meneer, voor wie alles wordt geregeld, moet ineens een hoge rekening voor thuiszorg zelf betalen, door het ontbreken van de vereiste machtiging.

De rechtsregel: als toepassing van een regel in een overeenkomst (zoals een verzekeringsovereenkomst) in een individuele situatie tot een uitkomst leidt die 'naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid' onaanvaardbaar is, dan blijft die regel buiten toepassing.

Meneer Hendrikse*) redt zich nog goed thuis. Hij is inmiddels 92 jaar, woont zelfstandig, is goed bij de tijd en heeft helemaal niet zoveel hulp nodig. Hij is wel erg slecht ter been. Met zijn rollator redt hij zich echter prima in en om het huis. Boodschappen en maaltijden laat hij bezorgen en zijn huis wordt schoongehouden door de particuliere hulp die al meer dan 20 jaar bij hem over de vloer komt. Er komt elke ochtend een wijkverpleegkundige om zijn steunkousen aan te trekken en 's avonds om ze weer uit te trekken. De familie, die wat verder weg woont, vindt het een fijn idee, dat er elke dag iemand ziet hoe het met hem gaat. Verder komt er een keer in de week iemand om hem te douchen.

Grote schrik

Hendrikse heeft het niet breed, maar gelukkig heeft hij niet veel nodig. Dus hij schrok enorm toen er een tijdje geleden ineens bericht kwam van zijn zorgverzekeraar, dat een rekening van € 1.392,50 voor thuiszorg niet werd vergoed. Hij zou deze kosten zelf moeten opbrengen. Daar snapte hij niks van. Half in paniek belde hij zijn dochter. Zij regelt namelijk zijn financiën. Ze is gelijk naar hem toegegaan om te kijken wat er aan de hand was. Ze kon het echt niet plaatsen. Waarom werd er ineens zo'n vreemd, hoog bedrag bij haar vader in rekening gebracht? Die rekening zou toch gewoon vergoed moeten worden door de zorgverzekeraar?

Het bleek nog een hele puzzel om te achterhalen waarom geen vergoeding plaatsvond. Het zat zo: meneer Hendrikse heeft een restitutiepolis. Hij krijgt de zorg van een zorgaanbieder die de familie zelf heeft uitgekozen. Om die zorg vergoed te krijgen, moet de zorgverzekeraar er vooraf een machtiging voor afgeven. Ook bij een restitutiepolis. Dat staat zo in de polisvoorwaarden. De zorgverzekeraar doet dat om de kwaliteit van de zorg te controleren. Er was in het verleden al zo'n machtiging afgegeven, voor dezelfde zorgaanbieder, maar kennelijk was die verlopen. De zorgaanbieder had namens Hendrikse wel een nieuwe aanvraag ingediend (ze hadden afgesproken dat zij dat zouden doen), maar die was niet goed doorgelopen bij de zorgverzekeraar. Omdat er geen antwoord kwam, had de zorgaanbieder de stukken drie weken later nog een keer gestuurd. Toen kwam de aanvraag wel door en gaf de zorgverzekeraar opnieuw een machtiging af. Maar niet met terugwerkende kracht vanaf de einddatum van de vorige.

Hendrikse en zijn dochter hadden hier allemaal geen weet van. Hij kreeg gewoon elke dag zorg en de rekeningen stuurden ze net als altijd direct door naar de zorgverzekeraar, in de veronderstelling dat die volledig zouden vergoed worden.

Regels

Formeel heeft Hendrikse dus drie weken thuiszorg gekregen zonder de vereiste voorafgaande machtiging. Daarom weigerde de zorgverzekeraar de rekening over die drie weken te vergoeden. Zijn dochter is gelijk gaan bellen met de zorgverzekeraar. Maar die gaf geen krimp. Regels zijn regels, kreeg ze te horen. Er is niet aan de polisvoorwaarden voldaan en dus werd de geleverde zorg niet vergoed. Ook niet toen zij namens haar vader een schriftelijke klacht indiende. Daar kreeg ze hetzelfde antwoord op, nu op papier.

Hendrikse houdt van zijn AOW met een klein aanvullend pensioentje maar weinig over. Dus die kosten kon hij echt niet zelf voor zijn rekening nemen. Zijn dochter kon ook niet begrijpen waarom zo'n administratief foutje zulke grote gevolgen zou moeten hebben. Iedereen begrijpt immers dat haar vader de zorg nodig heeft. De organisatie die de zorg levert is een goede, erkende zorgaanbieder. In het verleden is de zorg altijd vergoed en na die drie weken ook weer. Dus waarom zou haar vader ineens meer dan duizend euro zelf moeten betalen? Ze vond dat heel onrechtvaardig. Dus liet ze het er niet bij zitten. Ze stapte naar de Ombudsman Zorgverzekeringen.

Onaanvaardbaar

Frederique van Zomeren, Ombudsman Zorgverzekeringen: "In deze casus is het voor alle partijen duidelijk dat de zorg gewoon vergoed zou zijn als de zorgverzekeraar een aansluitende machtiging had afgegeven. Die is mogelijk niet op tijd aangevraagd. Dat is niet meer na te gaan. De verzekeraar reageert vervolgens heel rigide, toont geen begrip voor de situatie en denkt niet mee over een oplossing. Als Ombudsman vind ik dat een gemiste kans.

"Gelukkig konden we terugvallen op een eerdere uitspraak van de Geschillencommissie. Die heeft in 2022 in een vergelijkbaar geval bepaald dat de zorg gewoon vergoed zou moeten worden, ondanks het ontbreken van de vereiste machtiging, omdat toepassing van de polisvoorwaarden in de gegeven omstandigheden 'naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid' een onaanvaardbare uitkomst oplevert. In overleg met de dochter hebben we een brief aan de zorgverzekeraar gestuurd, met een verwijzing naar die uitspraak."

Als reactie kreeg Hendrikse een brief dat de machtiging alsnog, met terugwerkende kracht, werd afgegeven. De rekening werd vergoed. Dat was natuurlijk goed nieuws voor Hendrikse. Maar excuses kwamen er niet. Terwijl de familie toch maanden in de stress heeft gezeten over die rekening. Van Zomeren: "Ik vind echt dat dat beter kan. Je hebt als zorgverzekeraar een zorgplicht. Die gaat verder dan alleen het toepassen van de verzekeringsvoorwaarden. Je moet luisteren naar mensen, begrijpen wat ze nodig hebben en als er gedoe komt samen een oplossing zoeken!"

Verder lezen

- De [uitspraak van de Geschillencommissie Zorgverzekering uit 2022](#) staat op de website van de SKGZ.
- Een goed onderbouwd artikel over het machtigingsvereiste is te vinden op de website van advocatenkantoor ADK: Marlou Jannink: '[Het machtigingsvereiste, een machtig sturingsinstrument voor zorgverzekeraars?](#)' uit 2021.
- Voor [wijkverpleging vanuit de Zorgverzekeringswet](#) geldt geen eigen bijdrage. Ook gaat de zorg niet ten koste van het eigen risico.

Over Ombudsprudentie

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen krijgt elk jaar zo'n 2.500 klachten binnen van consumenten over hun zorgverzekering. Vaak wordt de klacht opgelost door de inzet van de Zorgverzekeringslijn en de Ombudsman Zorgverzekeringen. Ombudsprudentie geeft inzicht in de uitgangspunten en de manier van werken van Ombudsman Frederique van Zomeren en het team professionals dat haar ondersteunt. In zo'n 300 gevallen leidt een klacht tot een uitspraak van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Die uitspraken worden gepubliceerd in de Nieuwsbrief van de SKGZ en op de website www.skgz.nl/uitspraken.

**) Niet zijn echte naam. Het verhaal van deze casus is aangepast om herkenning te voorkomen. De achterliggende feiten van de casus zijn conform de werkelijke gang van zaken.*