

Ombudsprudentie

Uit de praktijk van de Ombudsman Zorgverzekeringen

Emergency Room

De casus: een mevrouw wordt in het buitenland ziek. De verzekeraar betaalt wel de kosten voor de spoedoperatie, maar niet die van de nazorg.

De rechtsregel: een verzekerde moet erop kunnen vertrouwen, dat – als er eenmaal toestemming voor is gegeven – de behandeling ook vergoed wordt volgens de polisvoorwaarden, inclusief eventuele nazorg.

Joan en haar man Gerard*) zijn samen op reis. Hij voor zaken, zij met hem mee om er even uit te zijn. Ze hebben het erg naar hun zin in Miami, tot Joan op een dag ineens heftige buikpijn krijgt. Eerst denkt ze nog dat ze misschien iets verkeerd gegeten heeft in het visrestaurant de vorige avond, maar daarvoor is de pijn te heftig en te plaatselijk. Ze rijden naar de dichtstbijzijnde Emergency Room (ER). Bij die spoedeisende hulp constateren de artsen galstenen, met risico op het scheuren van de lever. Joan moet met spoed geopereerd worden. Terwijl zijn vrouw naar de OK wordt overgebracht, belt Gerard met de Alarmcentrale van zijn zorgverzekeraar – die hij maar moeilijk aan de lijn krijgt. Om eventuele problemen vóór te zijn, rekent hij ter plekke 10% van de onderzoekskosten zelf af. Kennelijk is zo'n aanbetaling gebruikelijk in de VS.

Na de operatie knapt Joan gelukkig snel op – na twee dagen mag ze uit het ziekenhuis. Inmiddels is ook de Alarmcentrale volledig op de hoogte. De rekeningen voor het onderzoek en de operatie gaan rechtstreeks naar de verzekeraar, via de Alarmcentrale. Die 10% aanbetaling kan hij declareren, krijgt hij te horen.

Spanning

De eerste dagen gaat het goed met Joan. Ze slaapt veel, kijkt haar favoriete shows op tv en schuifelt soms even naar het balkon van hun hotelkamer. Maar dan krijgt ze weer hevige buikpijn. Joan en haar man haasten zich naar de ER, bang dat er iets mis is. Gelukkig valt het mee. Haar dikke darm is verstopt, door de operatie, de stress en het vele liggen. Joan krijgt een klysma en kan daarna direct weer terug naar het hotel. Opgelucht betaalt Gerard de rekening voor onderzoek en behandeling deze keer volledig bij de balie: omgerekend € 846,13.

Eenmaal weer thuis ordent Gerard hun papieren. Om overzicht te krijgen, print hij alles uit: de rekeningen van het ziekenhuis, de bewijzen van betaling, de mails van de Alarmcentrale, de declaratie bij de zorgverzekeraar. Hij ontdekt dat van het eerste onderzoek in de ER en van de operatie alles betaald is. Ook de 10% van de onderzoekskosten die hij zelf heeft afgerekend zijn keurig vergoed. Maar zijn declaratie van het tweede bezoek aan de ER niet.

Administratief probleem

Gerard belt met de zorgverzekeraar. Is er een probleem met die tweede declaratie? Medische hulp in het buitenland valt toch onder de dekking? Klopt, zegt de medewerker klantenservice. Er is alleen een administratief probleem: de Alarmcentrale heeft hun dossier in behandeling.

Gerard belt met de Alarmcentrale. Maar het tweede bezoek aan de ER is bij hen niet bekend en dus ook niet bij hen in behandeling. Dat kan kloppen. Joan en Gerard hebben hierover destijds geen contact gezocht. Ze zijn als een haas naar het ziekenhuis gereden.

Gerard belt opnieuw met de zorgverzekeraar en legt uit hoe het zit. Een week later krijgt hij een brief. De zorgverzekeraar neemt de declaratie in behandeling. Maar dat kan alleen als ze over alle gegevens beschikken. Dus niet alleen de factuur, maar ook het behandelverslag van het ziekenhuis. Gerard pluist zijn papieren na. Er zit wel een factuur in. Ook een intakeformulier. Maar geen behandelverslag.

Hij zucht. Hij belt het ziekenhuis in Miami. Ze mailen ‘alles wat ze hebben’ naar hem toe. Gerard stuurt alles één op één door naar de zorgverzekeraar.

Wachten

Ze wachten. Het duurt weken. Ze horen niets. Geërgerd belt Gerard nog maar eens met de zorgverzekeraar. Waarom krijgen ze maar steeds geen bericht? De medewerker van de klantenservice scrolt door het dossier. Dat is helaas nog niet compleet, zegt hij. Er zit geen behandelverslag in. Als Gerard dat nastuurt, volgt de betaling zo spoedig mogelijk.

Op dat moment wordt het Gerard te veel. Hij heeft alles al doorgestuurd, bijt hij de medewerker toe. Het wordt tijd dat ze over de brug komen! Prutsers! Doe je werk! Het is alsof alle spanning van de ziekenhuisbezoeken mee naar boven komt. De medewerker van de klantenservice schrikt en verbreekt de verbinding.

Twee dagen later krijgen Joan en Gerard een brief van de zorgverzekeraar. Er staat in wat de medewerker aan de telefoon ook al gezegd had: er ontbreekt nog een behandelverslag. Voor Gerard is de maat nu vol. Hij meldt zich bij de Ombudsman Zorgverzekeringen.

Muur

Ombudsman Frederique van Zomeren: “We luisteren altijd eerst naar wat iemand te vertellen heeft. Niet alleen over de vergoeding, ook over zijn ervaringen in het contact met de zorgverzekeraar. Gerard was erg ontevreden over dat contact. Het voelde alsof hij tegen een muur moest opboksen. We hebben daarom een brief gestuurd aan de zorgverzekeraar met twee vragen: een verzoek om afhandeling van de nota en een verzoek om een reactie op de ervaringen van Gerard in het contact met hen.

“De eerste vraag was snel opgelost. Een speurtocht in het dossier leverde kennelijk alle informatie op om de declaratie alsnog te kunnen voldoen. Ze boden hun excuses aan voor de ontstane vertraging. De tweede vraag bleek lastiger. De zorgverzekeraar stelde dat ze erg hun best hadden gedaan om Gerard uit te leggen dat ze declaraties niet zomaar kunnen vergoeden, dat daar niet voor niets regels voor zijn. En dat hij alle ruimte had gekregen om zijn kant van het verhaal te vertellen.

“Ik kan natuurlijk niet meer nagaan hoe het contact precies verlopen is. Maar ik denk wel dat je goed moet realiseren dat mensen een nare periode achter de rug kunnen hebben. Als er dan ook nog onzekerheid ontstaat over de kosten, dan kunnen mensen overvraagd raken. Dat vraagt om geduld en een open opstelling. Blijf luisteren naar het verhaal van de verzekerde en zoek samen naar een oplossing!”

Meer informatie

Spoedeisende medische hulp in het buitenland wordt vergoed vanuit de Basisverzekering.

- Bij een naturapolis geldt het door de zorgverzekeraar bepaalde tarief voor zorg door een niet-gecontracteerde aanbieder ([art. 13 Zvw](#)).
- Bij een restitutie- of combinatiepolis geldt een marktconform tarief ([art. 2.2 lid 2 onder b Besluit Zorgverzekering](#)).
- Eventuele meerkosten kun je bijverzekeren via een aanvullende verzekering.

Over Ombudsprudentie

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen krijgt elk jaar zo'n 2.500 klachten binnen van consumenten over hun zorgverzekering. In ruim 300 gevallen leidt dat 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. 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.

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