



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Geneeskundige zorg, revalidatie, herstellingsoord
Zaaknummer : 201500312
Zittingsdatum : 9 september 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4, 2.5c en 2.10 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.


2. De verzekeringssituatie


- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af UWV Polis 4 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Beter Af Tandarts Polis 3 sterren is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.


3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van verblijf in herstellingsoord Dennenheuvel te Hilversum (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 september 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat voor de opname in het herstellingsoord tot € 50,- per dag wordt vergoed met een maximum van 28 dagen.
- 3.2. Verzoeker heeft vervolgens de ziektekostenverzekeraar verzocht om voornoemde zorg te vergoeden op basis van de aanspraak op geriatrische revalidatie of medisch-specialistische revalidatie. Bij beslissing van 24 oktober 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat dit verzoek is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de beslissing van 24 oktober 2014 gevraagd. Bij brieven van 18 december 2014 en 19 januari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 2 april 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig, althans tot een hoger bedrag 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 juni 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 juli 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 juli 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 augustus 2015 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.10. Bij brief van 2 juli 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 22 juli 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015083586) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen indicatie had voor geriatrische revalidatie. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoeker is op 9 september 2015 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.12. Bij brief van 10 september 2015 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 september 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Het Zorginstituut merkt op dat in het voorlopig advies reeds was vermeld dat verzoeker tijdens zijn verblijf in het herstellingsoord, waar hij verbleef vanwege zijn ongeschikte thuissituatie, aanspraak had op extramurale fysiotherapie gedurende één jaar met uitzondering van de eerste twintig behandelingen. Een afschrift van het definitieve advies van het Zorginstituut is met dit bindend advies aan partijen gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is op 5 januari 2014 gevallen. Als gevolg hiervan heeft hij lange tijd klachten gehad aan zijn rechterbeen. Uiteindelijk is hij op 1 september 2014 geopereerd. De behandelend arts heeft hem na de operatie verteld dat de operatie technisch gezien zeer geslaagd was, maar dat de kwaliteit van de pezen matig was. Hierdoor zou het herstel veel tijd vergen. Op 2 september 2014 heeft verzoeker onder begeleiding van de fysiotherapeut geprobeerd te lopen met behulp van krukken. Doordat het linkerbeen van verzoeker, na een herniaoperatie zestien jaar eerder, niet meer goed werkt (klapvoet en "niet voelen wat het been doet") ging dit echter niet. Daarom werd hem een vierpoot aangeraden. Hiermee kon verzoeker zich enigszins voortbewegen. Verzoeker is vervolgens naar huis gegaan. Na één dag bleek dat verzoeker thuis niet kon revalideren, en is hij gaan informeren waar hij dit beter kon doen. Uiteindelijk heeft hij ervoor gekozen om in Dennenheuvel verder te herstellen, mede omdat hij hiervan lid is en daarom korting kreeg op de kosten van het verblijf.


 4.2. Verzoeker heeft voorafgaand aan de opname contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft hem verteld dat hij voor de opname in Dennenheuvel aanspraak heeft op vergoeding van € 50,- per dag voor maximaal vier weken. Tijdens zijn verblijf in Dennenheuvel werd verzoeker echter duidelijk dat de andere patiënten de kosten van het verblijf volledig kregen vergoed door hun verzekeraars, waaronder ook de ziektekostenverzekeraar. Deze patiënten - van wie het merendeel een nieuwe heup of knie had gekregen - kregen alleen verpleegkundige zorg en fysiotherapie. Verzoeker heeft daarom opnieuw contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek werd hem verteld dat volledige vergoeding mogelijk was indien het ziekenhuis hiervoor een verklaring zou afgeven. Verzoeker heeft hierop het ziekenhuis benaderd. In eerste instantie heeft het ziekenhuis verklaard dat een 'transferverslag' niet meer kon worden afgegeven, omdat verzoeker het ziekenhuis inmiddels had verlaten. Nadat verzoeker hierover meermaals contact had opgenomen met het ziekenhuis, bleek men toch bereid te zijn mee te werken en zou een speciaal formulier worden ingevuld. Uiteindelijk heeft verzoeker rond 6 november 2014 telefonisch van het ziekenhuis te horen gekregen dat - na overleg met de ziektekostenverzekeraar - géén transferverslag kon worden afgegeven.


 4.3. Het is verzoeker duidelijk dat geriatrische revalidatie zich richt op kwetsbare ouderen met multi-morbiditeit. Dit betekent volgens hem echter niet dat hij als fitte oudere niet in aanmerking zou kunnen komen voor revalidatie. Verzoeker heeft namelijk een kwetsbaar linkerbeen (als gevolg van restverschijnselen na een herniaoperatie), en na de operatie aan zijn rechterbeen mocht hij dit been een aantal weken niet belasten. Verzoeker diende zich met behulp van een vierpoot en hinkend op zijn zwakke linkerbeen voort te bewegen door zijn niet aangepaste woning. Verzoeker benadrukt dat hij na de operatie niet thuis kon revalideren. Dit is op 3 september 2014 door de behandelend arts bevestigd.

 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij na de operatie door zijn slechte mobiliteit niet thuis kon herstellen. Hij kon niet naar het toilet, de keuken, de douche of naar boven. De ziektekostenverzekeraar is nooit op enig argument van verzoeker ingegaan. Verzoeker maakt uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 26 juni 2015 op dat de medisch adviseur toen pas zijn dossier voor het eerst heeft bestudeerd. Verzoeker had toestemming gegeven om de behandelaar(s) te benaderen, maar dit heeft de medisch adviseur niet gedaan, of hij heeft informatie gekregen die 'niet in het straatje' van de ziektekostenverzekeraar passen. De ziektekostenverzekeraar weigert te onderkennen dat men alleen in een instelling kan worden opgenomen als daar een kamer vrij is. Verzoeker merkt op dat de polisvoorwaarden voor 2015 zijn aangepast, in die zin dat een opname ook wordt vergoed indien binnen één week na ontslag uit het ziekenhuis opname in een revalidatieoord noodzakelijk blijkt te zijn. Het verbaast verzoeker niet dat de ziektekostenverzekeraar niets meer kan terugvinden over het overleg met de behandelend arts over de vergoeding van de revalidatie. Hij merkt hierbij op dat hij hierover wel al een en ander had vermeld in de stukken.

 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. Verzoeker is opgenomen geweest in herstellingsoord Dennenheuvel. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 september 2014 van 'herstellingsoordvereniging Dennenheuvel' een aanvraag ontvangen voor een tegemoetkoming in de kosten van opname. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoeker voor deze zorg aanspraak op een vergoeding van € 50,- per dag voor maximaal 28 dagen. Dit is bij brief van 10 september 2014 aan verzoeker medegedeeld.

 5.2. Verzoeker meent in aanmerking te komen voor vergoeding op basis van geriatrische revalidatie of medische revalidatie. Tijdens het telefoongesprek van 17 september 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker verteld dat het ziekenhuis vóór ontslag vaststelt of revalidatie

in een revalidatie-instelling noodzakelijk is. Deze indicatie is echter niet door het ziekenhuis gesteld. Evenmin is gebleken dat er een noodzaak was voor een multidisciplinaire behandeling. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat geriatrische revalidatie integrale, multidisciplinaire revalidatiezorg omvat. Het gaat om zorg zoals specialisten ouderenzorg die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid. Multimorbiditeit is het naast elkaar bestaan van twee of meer chronische aandoeningen en één of meer functionele beperkingen. Hiervan is bij verzoeker niet gebleken. Daarnaast geldt voor geriatrische revalidatie dat deze zorg aansluitend op de ziekenhuisopname moet plaatsvinden. Verzoeker is echter vanuit het ziekenhuis eerst naar huis gegaan, zodat ook aan deze voorwaarde niet wordt voldaan.

- 5.3. Dat verzoeker niet thuis kon revalideren had te maken met zijn woonomstandigheden. In het operatieverslag van de orthopedisch chirurg staat dat sprake is van een postoperatief beleid volgens protocol. Uit de verwijfsbrief blijkt niet dat sprake is van een verwijzing naar een specialist ouderengeneeskunde voor geriatrische revalidatie. Er heeft ook geen opname geriatrische revalidatie plaatsgevonden. Verzoeker heeft gebruik gemaakt van tijdelijk verblijf in een zorghotel/herstellingsoord. Voor verblijf in een herstellingsoord is geen vergoeding opgenomen in de zorgverzekering. Ten behoeve van verzoeker is ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering de maximale vergoeding van € 1.400,-- uitgekeerd aan Dennenheuvel. De aanvullende nota van Dennenheuvel van € 4.072,92 voor het verblijf van 2 september tot en met 2 oktober 2014 wordt niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
- 5.4. Ten aanzien van de stelling van verzoeker dat andere verzekerden de kosten van het verblijf in Dennenheuvel volledig krijgen vergoed, merkt de ziektekostenverzekeraar het volgende op. Op de website van Dennenheuvel is vermeld dat dit een zorginstelling is "*waar alles draait om revalideren*". Op de webpagina 'tarieven' is vermeld: "*De meeste cliënten komen bij ons voor 'Herstelzorg' en betalen dan (een deel) zelf (...). Daarnaast komt een beperkte groep cliënten in aanmerking voor zogenaamde 'Geriatrische Revalidatie Zorg'. In dit geval worden de kosten vergoed vanuit de basis ziektekostenverzekering.*" Dit verklaart waarom er andere patiënten zijn die de kosten van het verblijf in Dennenheuvel vergoed krijgen ten laste van de zorgverzekering. Dit geldt echter alleen voor verzekerden die aanspraak hebben op geriatrische revalidatiezorg.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat niet is voldaan aan de voorwaarden voor (geriatrische) revalidatie ten laste van de zorgverzekering. Ter aanvulling is aangevoerd dat volgens het protocol in deze situatie enkelvoudige fysiotherapie is aangewezen. Hiervoor zijn ook declaraties ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn administratie niets kunnen terugvinden over een eventueel gesprek dat zou hebben plaatsgevonden met de behandelend arts over de vergoeding van de revalidatie.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 18 van de zorgverzekering, welk artikel op grond van de aanhef van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op deze verzekering, 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 verzoeker aanspraak heeft op volledige althans op een hogere vergoeding van de door hem gedeclareerde kosten 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor sommige zorgsoorten is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder en voor andere zorgsoorten gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'aanspraken' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 28 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op revalidatie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden de kosten van medisch-specialistische revalidatie (28.1) en geriatrische revalidatie (28.2).

28.1 Medisch-specialistische revalidatie

Moet u revalideren? Dan vergoeden wij deze kosten voor u. U heeft alleen recht op vergoeding van medisch-specialistische revalidatie, als deze is aangewezen als doeltreffendste manier om uw handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen.

Ook moet uw handicap het gevolg zijn van:

a stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;

b een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in communicatie, cognitie of gedrag.

Door de revalidatie moet u een mate van zelfstandigheid bereiken of houden die redelijkerwijs met uw beperkingen mogelijk is.

Klinisch en niet-klinisch revalideren

Wij vergoeden de kosten als u niet-klinisch revalideert (deeltijd- of dagbehandeling). In een aantal gevallen, vergoeden wij ook klinische revalidatie als u voor meerdere dagen wordt opgenomen. Dit doen wij alleen als revalidatie met opname spoedig betere resultaten oplevert dan revalidatie zonder opname.

(...)

28.2 Geriatrische revalidatie

Komt u in aanmerking voor geriatrische revalidatie? Dan vergoeden wij de kosten van deze zorg. Geriatrische revalidatiezorg omvat integrale, multidisciplinaire revalidatiezorg. Het gaat om zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid. Geriatrische revalidatie is gericht op het verbeteren van de functionele beperkingen. Het doel van de revalidatie is dat u terugkeert naar de thuissituatie.

De wet stelt de volgende voorwaarden voor deze zorg:

1 De zorg sluit aan op uw verblijf in een ziekenhuis als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. In dit ziekenhuis kreeg u geneeskundige zorg zoals een medisch specialist of vergelijkbare zorgverlener die pleegt te bieden.

2 Voordat u in dit ziekenhuis verbleef, verbleef u niet voor een behandeling in een verpleeghuis. Wij spreken hier over een verpleeghuis als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Daarnaast spreken wij hier over behandelingen als bedoeld in artikel 8 van datzelfde besluit.

3 De zorg gaat bij aanvang gepaard met verblijf als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering in een ziekenhuis of zorginstelling.

(...)”

- 8.4. In artikel 21 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is de definitie van het begrip 'revalidatie' gegeven. Deze luidt:

"Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een conform de bij of door wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie."

- 8.5. De artikelen 21 en 28 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Geneeskundige zorg, waaronder revalidatiezorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Geriatrische revalidatie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.5c Bzv. Dit artikel bepaalt dat geriatrische revalidatie integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg omvat, zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

Verblijf is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv.

- 8.7. 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 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.

- 8.8. Artikel 39 van de 'vergoedingen' van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op verblijf in een herstellingsoord en luidt:

"Verblijft u in een herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg? Dan vergoeden wij de kosten hiervan.

Voorwaarden voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

(...)

maximaal € 50,- per dag tot maximaal 28 dagen per kalenderjaar"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Revalidatie (ongeacht of de behandeling al dan niet klinisch plaatsvindt) vormt een verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering. Waar het gaat om de vraag naar de indicatie, blijkt uit het advies van het Zorginstituut van 22 juli 2015 dat in de situatie van verzoeker geen sprake

was van een complexe medische problematiek op grond waarvan een indicatie bestaat voor een multidisciplinair behandeltraject onder begeleiding van een revalidatiearts.

9.2. Geriatrische revalidatie vormt een verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering. Waar het gaat om de vraag naar de indicatie, blijkt uit het advies van het Zorginstituut van 22 juli 2015 dat in de situatie van verzoeker geen sprake was van kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, op grond waarvan een indicatie bestond voor een integraal, multidisciplinair behandeltraject zoals een specialist ouderengeneeskunde deze pleegt te bieden.

9.3. De commissie neemt voornoemde conclusies van het Zorginstituut over en maakt deze tot de hare. Verzoeker heeft op grond van artikel 28 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering dan ook geen aanspraak op medisch-specialistische revalidatie of geriatrische revalidatie.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.4. Op grond van artikel 39 van de 'vergoedingen' van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van maximaal € 50,-- per dag tot maximaal 28 dagen per kalenderjaar voor verblijf in een herstellingsoord. Door de ziektekostenverzekeraar is een bedrag van € 1.400,-- rechtstreeks aan de zorgaanbieder vergoed ten behoeve van verzoeker. Hiermee is de maximale vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering toegekend.

Gelijkheidsbeginsel

9.5. Verzoeker stelt dat andere patiënten van Dennenheuvel de kosten volledig vergoed krijgen van hun verzekeraar, waaronder de ziektekostenverzekeraar, terwijl deze ook alleen verpleegkundige zorg en fysiotherapie kregen. Verzoeker heeft deze stelling - in reactie op de uitleg hierover van de ziektekostenverzekeraar - echter niet nader onderbouwd, zodat niet voldaan is aan de stelplicht. Daarom kan deze stelling geen grond zijn voor toewijzing van het verzoek.

Telefonisch verstrekte informatie

9.6. De commissie constateert dat de ziektekostenverzekeraar tijdens het eerste telefonische contact de juiste informatie aan verzoeker heeft verstrekt ter zake van de vergoeding van het verblijf in Dennenheuvel. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar hem op een later tijdstip telefonisch heeft medegedeeld dat als het ziekenhuis hiertoe een verklaring zou afgeven, de kosten van het verblijf in Dennenheuvel volledig zouden worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen aangevoerd dat aan verzoeker is medegedeeld dat indien door het ziekenhuis een indicatie zou worden afgegeven voor revalidatie, de kosten voor vergoeding in aanmerking zouden komen. Deze informatie komt overeen met hetgeen in de polisvoorwaarden is bepaald. In de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde telefoonnotitie van 17 september 2014 is vermeld dat aan verzoeker is uitgelegd dat de indicatie door het ziekenhuis wordt gesteld. Hieruit blijkt niet dat is gezegd dat als het ziekenhuis een verklaring afgeeft, de kosten van het verblijf in Dennenheuvel volledig worden vergoed.

9.7. Verzoeker stelt dat het ziekenhuis in tweede instantie wèl een verklaring wilde afgeven, maar hiertoe - na overleg met de ziektekostenverzekeraar - niet meer bereid was. Behoudens de verklaring van verzoeker is hierover in het dossier geen informatie aanwezig. De commissie neemt dit daarom voor kennisgeving aan.

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, 23 september 2015,



A.I.M. van Mierlo

