

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D, beide te E  
Zaak : Curaçao, geneeskundige zorg, opname in verband met Guillain-Barré, klasseverpleging, hoogte vergoeding  
Zaaknummer : 2012.00213  
Zittingsdatum : 19 december 2012

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, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk 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 verzekering ZorgVerzorgd (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 ExtraVerzorgd 1 en TandVerzorgd 3 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

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 opname in een ziekenhuis op Curaçao in verband met de behandeling van het syndroom van Guillain-Barré (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 december 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk is ingewilligd. Een bedrag van NAF 881,-- blijft voor rekening van verzoekster.

3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 3 januari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 20 augustus 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 oktober 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 oktober 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 november 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 30 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 23 november 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012122331) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster gebruik heeft gemaakt van verblijf anders dan op basis van de laagste klasse, terwijl niet is gebleken van een medische noodzaak voor klassenverpleging. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster heeft op 17 december 2012 schriftelijk medegedeeld af te zien van horen. De ziektekostenverzekeraar is op 19 december 2012 telefonisch gehoord, en is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 20 december 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 10 januari 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is in verband met verlamingsverschijnselen opgenomen in een ziekenhuis op Curaçao. Zij kon hierbij kiezen voor een verblijf in een eerste-, tweede- of derdeklas kamer. Omdat zij niet wist of de Nederlandse verzekering tweede- dan wel derde klasse vergoedde, heeft zij in eerste instantie gekozen voor derde klasse. Gelet op de geringe kosten van verblijf op een tweedeklas kamer, heeft zij later toch hiervoor gekozen. Verzoekster moest NAF 400,-- bijbetalen.
- 4.2. Een bedrag van NAF 881,-- is niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed, op de grond dat alleen zorg in de derde klasse wordt vergoed. De kosten liggen op Curaçao echter veel lager dan in Nederland, en de derde klasse daar is niet te vergelijken met de derde klasse hier. De ziektekostenverzekeraar is ook na betaling van het bedrag van NAF 881,-- veel goedkoper uit dan indien verzoekster in Nederland was opgenomen met dezelfde klachten.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdens de procedure bij de Ombudsman aangevoerd dat het vaststellen van een DBC-code bij verzoekster niet aan de orde is. Zou

de ziektekostenverzekeraar dit echter wel hebben gedaan, dan was men tot de conclusie gekomen dat de kosten in Nederland veel hoger zouden zijn geweest. Het gaat derhalve niet aan dat er kosten voor rekening van verzoekster blijven.

4.4. Het is verzoekster bekend dat andere verzekeraars bij zorg in het buitenland vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering tot 200 procent van de kosten vergoeden. Zij vindt dat ook haar aanvullende verzekering aanspraak moet bieden op een aanvullende vergoeding.

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

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. In Nederland zijn de klassen in ziekenhuizen al lange tijd afgeschaft, zodat de zorg voor iedereen hetzelfde is. De onderverdeling in klassen gaf de verzekerde in een hogere klasse bijvoorbeeld recht op verblijf in een één- of tweepersoonskamer.

5.2. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat onder het huidige stelsel kosten van klassenverpleging kunnen worden aangeduid als onnodige kosten, waarvan geen vergoeding mogelijk is. De ziektekostenverzekeraar betaalt dan ook geen hoger bedrag dan hetgeen een opname op grond van de laagste klasse zou hebben gekost.

5.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de opname in een hogere klasse, zodat ook hieruit geen vergoeding mogelijk is.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering 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 gehouden is 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 B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

**“Welke zorg**

*U heeft recht op:*

- *onderzoek en diagnostiek,*
- *behandeling,*
- *materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*
- *laboratoriumonderzoek. (...)*”

- 8.4. Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*“Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:*

- *recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of*
- *recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde zorgaanbieder, of*
- *vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.*

*Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is.*

**Toestemming**

*Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [de ziektekostenverzekeraar] nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland. (...)*”

- 8.5. De artikelen B9 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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. Medisch-specialistische 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.

- 8.7. 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.

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Aangezien de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot een gedeeltelijke vergoeding van de kosten, is de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie en of verzoekster hiervoor een indicatie had, bevestigend beantwoord. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster de werkelijke kosten vergoed, met uitzondering van de meerkosten van verpleging op basis van tweede klasse.
- 9.2. De zorgverzekering kent geen dekking voor klassenverpleging, waaronder in dit verband moet worden verstaan verpleging anders dan op basis van derde klasse, zodat alleen de kosten van verpleging volgens deze klasse worden vergoed. Het kan zijn dat de derde klasse op Curaçao qua voorzieningenniveau niet vergelijkbaar is met wat voorheen de laagste verpleegklasse in Nederland was, doch deze omstandigheid doet geen aanspraak ontstaan op verpleging in een hogere klasse.
- 9.3. Verzoekster heeft nog aangevoerd dat zij de ziektekostenverzekeraar kosten bespaart doordat zij is opgenomen op Curaçao, en niet in Nederland. Hiervoor geldt dat substitutie van zorg, in die zin dat kosten worden vergoed van zorg die niet is verzekerd – zoals de meerkosten van klassenverpleging –, uit het budget van zorg die wel is verzekerd, onder de zorgverzekering niet mogelijk is.

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de meerkosten van klassenverpleging, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen. Dat andere verzekeraars de onderhavige kosten mogelijk wel dekken kan verzoekster niet baten, aangezien zij niet bij één van deze verzekeraars (aanvullend) is verzekerd en zij geen aanspraken kan ontlenen aan polisvoorwaarden en vergoedingssystemen die andere verzekeraars dan de hare plegen te hanteren.

### **Conclusie**

- 9.5. 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