

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : EU/EER, Geneeskundige zorg, ziekenhuisopname, hoogte ver-
goeding
Zaaknummer : 2010.00056
Zittingsdatum : 9 juni 2010

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 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 14 oktober 2009 de meerkosten van 'Sonderpflege' bij een ziekenhuisopname in Wels (Oostenrijk) (hierna: de aanspraak) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster 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 waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 3 sterren en het Beter Af Extra Pakket afgesloten (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 14 oktober 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 3 december 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt 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 25 februari 2010 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 ad € 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 brief van 15 april 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 april 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 april 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 26 april 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 26 mei 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010059242) 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 geen recht heeft op vergoeding van de "Sonderpflege" voor zover de totale kosten van de behandeling en het verblijf onder het betreffende DBC-tarief blijven. Een afschrift van het CVZ-advies is op 27 mei 2010 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 9 juni 2010 in persoon gehoord. Zij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 11 juni 2010 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 17 juni 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat zij op 19 augustus 2009 in Wels op een trap is uitgegleden en daarbij haar enkel heeft gebroken. Bij opname in het ziekenhuis vroeg men haar of zij een 'algemene' dan wel een 'Sonderpflege' wenste. De 'Sonderpflege' hield in dat verzoekster met twee andere vrouwen op één kamer verbleef, hetgeen gelijk is aan de situatie in Nederland. Verzoekster had begrepen dat enkel de verpleging iets meer zou kosten, doch niet de operatie zelf. Nu wordt zij geconfronteerd met een rekening van € 3.847,05, waarvan zij € 1.000,-- reeds in Wels heeft voldaan. Verzoekster heeft van het totaalbedrag € 2.847,05 gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar, die de vergoeding heeft afgewezen. Verzoekster merkt op dat voor haar onbegrijpelijk is dat de kosten niet worden vergoed, aangezien zij deze niet zelf kan voldoen.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij heeft gekozen voor verpleging in de hogere klasse, omdat daar de hele dag door bezoek mogelijk was. In de lagere klasse was dit slechts twee maal per dag een uur mogelijk. Verzoekster had rekening gehouden met extra kosten, doch nam aan dat deze de € 1.000,-- niet zouden overschrijden. Naar later bleek moest niet alleen voor de verpleging, maar ook voor de behandeling extra worden betaald.
- 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 ziektekostenverzekeraar stelt dat de kosten die het ziekenhuis rechtstreeks bij het Oostenrijkse verzekeringsorgaan heeft gedeclareerd, op basis van de EG-Verordening 1408/71 zijn vergoed. De bij verzoekster in rekening gebrachte meerkosten ter hoogte van € 3.847,05 komen krachtens de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering niet voor vergoeding in aanmerking. Ook vallen deze kosten niet onder de dekking van de polis, daar het gaat om klasseverpleging. Verzoekster komt daarom niet voor vergoeding van deze kosten in aanmerking.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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 kosten van de ‘Sonderpflege’ ten bedrage van € 3.847,05 te vergoeden, 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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering. Artikel 1 van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen de kosten van onderstaande zorg. (...)”

Wij vergoeden de kosten van:

- *verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;*
- *medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;*
- *(...)*

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. (...)”

Artikel 18 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:

- *zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;*
- *vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de [zorgverzekering] tot maximaal:*
 - *wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;*
 - *het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*
 - *wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag. (...)”*

- 8.3. De artikelen 1 van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering en 18 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de ‘algemene voorwaarden’ 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. Het verblijf in een instelling is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien gebruik wordt gemaakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft onweersproken gesteld dat op basis van EG-Verordening 1408/71 een bedrag van € 6.727,60 is betaald aan het Oostenrijkse ziekenhuis. Tevens is gesteld, en door verzoekster niet bestreden, dat het bedrag voor ‘Sonderpflege’ ter hoogte van € 3.847,05 in Oostenrijk niet is opgenomen in het verzekerde pakket, zodat deze kosten niet ingevolge de EG-Verordening 1408/71 voor vergoeding in aanmerking komen.
- 9.2. Verder staat vast dat de zorgverzekering, gelet op artikel 1 van de ‘aanspraken’, geen dekking biedt voor verpleging, anders dan op basis van de derde klasse. De ‘Sonderpflege’ kan worden aangemerkt als verpleging op basis van een hogere klasse, nu met deze vorm van verpleging meer kosten gemoeid zijn dan met de ‘algemene’ verpleging waarvoor verzoekster ook had kunnen kiezen. De meerkosten van de ‘Sonderpflege’ kunnen daarom niet ten laste van de zorgverzekering worden gebracht.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de onderhavige zorg, zodat deze geen bespreking behoeft.

9.4. **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 juni 2010,

Voorzitter