



Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist en Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort

Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, verblijf zorghotel, zorgplicht, toezegging

Zaaknummer : 201602862

Zittingsdatum : 5 juli 2017



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014, 6:233 en 6:234 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
- 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
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 Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Plus Polis**** afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De zorgverzekering en de eveneens ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Beter Af Tandarts Polis** zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

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 verblijf in een zorghotel (hierna: de aanspraak). Bij brief van 28 augustus 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 3 juni en 9 september 2016 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 31 maart 2017 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 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 mei 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 mei 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 juni 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 juni 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 juli 2017 in persoon gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster is op 2 augustus 2014, vanwege een hartaanval, opgenomen in het Bronovo ziekenhuis. Na een verblijf van twee weken was zij voldoende hersteld om het ziekenhuis te verlaten. Een terugkeer naar huis was gezien haar gezondheids- én woonsituatie echter niet mogelijk. Verzoekster diende te worden verzorgd en begeleid in een zorghotel in de buurt van haar familie. Het voorgaande wordt bevestigd door de verklaring van de huisarts van 15 augustus 2014. De zoon van verzoekster heeft telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar gezocht en gevraagd bij welk zorghotel zij terecht kon. Tijdens dit contact is aan hem medegedeeld dat verzoekster bij de gecontracteerde zorghotels in Noordwijk (De Kim) en Leiden (ECR De Statenhof) terecht kon. De zoon van verzoekster heeft vervolgens bij beide zorghotels geïnformeerd naar de mogelijkheid tot verblijf. Bij De Kim kon verzoekster niet direct terecht. Ten aanzien van ECR De Statenhof gold dat deze locatie nog moest worden verbouwd tot zorghotel. Beide door de ziektekostenverzekeraar genoemde zorghotels waren dus geen optie voor verzoekster. Door het ECR De Statenhof is verzoekster verwezen naar het Johannahuis in Wassenaar, alwaar verzoekster vanaf 19 augustus 2014 terecht kon en tot en met 9 september 2014 is verbleven. De zoon van verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar hierover op 25 augustus 2014 telefonisch geïnformeerd. Bij die gelegenheid is hem medegedeeld dat de kosten van het verblijf niet worden vergoed, omdat het betreffende zorghotel niet is gecontracteerd.

4.2. De ziektekostenverzekeraar stelt ten onrechte dat verzoekster vrijwillig heeft gekozen voor het Johannahuis; zij heeft immers wel degelijk gezocht naar een gecontracteerd zorghotel. Vanwege het ontbreken van geschikte alternatieven en onder druk van het ziekenhuis is uiteindelijk besloten verzoekster in het Johannahuis te laten verblijven. De ziektekostenverzekeraar heeft onvoldoende rekening heeft gehouden met de bijzondere situatie van verzoekster. Voorts is hij ernstig tekort geschoten in zijn zorgplicht door onvoldoende zorg te contracteren en geen alternatieven aan te dragen. In de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat een verzekerde recht heeft op vergoeding zoals bij gecontracteerde zorg, indien door de ziektekostenverzekeraar onvoldoende zorg is ingekocht dan wel de gecontracteerde zorginstelling niet tijdig de benodigde zorg kan leveren. Dit is in het geval van verzoekster aan de orde en voornoemde bepaling dient ook te gelden voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Uitsluiting hiervan is discriminatie. Verzoekster meent daarom recht te hebben op de maximale vergoeding van € 50,- per dag en derhalve op een bedrag van totaal € 1.050,-.

4.3. Na bestudering van de toepasselijke polisvoorwaarden is verzoekster gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor hulp aan huis voor verzekerden van achttien jaar en ouder bij uitval van algemene dagelijkse verrichtingen na ziekenhuisverblijf tot een bedrag van maximaal € 1.000,-. De gemachtigde heeft hierover telefonisch contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar en verzocht om - bij wijze van alternatief - dit bedrag aan verzoekster te vergoeden. Volgens verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar schriftelijk toegezegd de kosten

van het verblijf in het zorghotel op grond van dit 'alternatief' te vergoeden. Deze toezegging is evenwel op oneigenlijke gronden tot op heden niet nagekomen.

4.4. Verzoekster merkt nog op dat de polisvoorwaarden eenzijdig zijn opgesteld en louter het financiële belang van de ziektekostenverzekeraar dienen. Voorts worden de voorwaarden niet meer toegezonden en moet zij deze zelf via de website van de ziektekostenverzekeraar raadplegen. De verantwoordelijkheid ten aanzien van de dekking van de polis wordt hiermee volledig bij verzoekster gelegd, waarbij met haar positie - een vrouw op leeftijd die met spoed wordt opgenomen in het ziekenhuis vanwege een hartaanval - geen rekening wordt gehouden. Bovendien zijn de medewerkers van de ziektekostenverzekeraar slecht op de hoogte van de inhoud van de polisvoorwaarden.

4.5. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunten herhaald en nogmaals aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht heeft geschonden. Voorts is onvoldoende gekeken naar de verwijfsbrief van de huisarts waaruit volgt dat verzoekster in de nabijheid van haar zoon moest verblijven. Verder wijst verzoekster op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 9 september 2016 waarin alternatieven worden genoemd. Één van deze alternatieven betreft een budget van € 1.000,- voor ADL-zorg. Verzoekster is er op basis van de informatie van de ziektekostenverzekeraar van uitgegaan dat genoemd budget kon worden gebruikt voor haar verblijf in het Johannahuis. Zij merkt verder op dat pas tijdens het telefonisch contact in december 2014 door de ziektekostenverzekeraar is gewezen op gecontracteerde zorghotels in Rotterdam en Den Haag. Verzoekster vindt dat aanleiding bestaat voor een vergoeding uit coulance.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De zorgverzekering biedt geen dekking voor de kosten van verblijf in een zorghotel. Artikel 39 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat de kosten van verblijf in een zorghotel voor vergoeding in aanmerking komen indien vooraf toestemming door de ziektekostenverzekeraar is verleend én de verzekerde verblijft in een herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg dat door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. Voorgaande criteria zijn ook opgenomen op pagina 25 van het bij de Beter Af Plus Polis behorende vergoedingenoverzicht 2014.

5.2. Verzoekster wenst vergoeding van de kosten, zijnde een bedrag van € 1.844,70, van haar verblijf in het Johannahuis van 19 augustus 2014 tot en met 9 september 2014. Het betreft een verblijf op basis van logies. Verzoekster heeft blijkens de zorgovereenkomst van 19 augustus 2014 geen persoonlijke verzorging, verpleging, individuele begeleiding en/of groepsbegeleiding gehad.

5.3. Uit het dossier blijkt dat verzoekster op 2 augustus 2014 is opgenomen in het Bronovo ziekenhuis vanwege ischemische klachten aan het hart. Uit de verwijfsbrief van de huisarts volgt dat dat hij opname in een zorghotel dichtbij het woonhuis van de familie van verzoekster ondersteunde. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat uit de verwijfsbrief van de huisarts, en het daarin beschreven ziektebeeld van verzoekster, voorts volgt dat geen sprake was van een complexe medische problematiek op grond waarvan een indicatie bestaat voor een multidisciplinair behandeltraject. Revalidatie in de zin van de zorgverzekering is daarom niet aan de orde. Het Johannahuis is een niet-gecontracteerde zorginstelling. Uit de contactregistraties van de telefonische contacten die met de schoondochter en zoon van verzoekster hebben plaatsgevonden, blijkt dat de ziektekostenverzekeraar vanaf het eerste contactmoment duidelijke en correcte informatie heeft verstrekt over de mogelijkheden en beperkingen bij de vergoeding van de kosten van verblijf in een zorghotel. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de door hem overgelegde contactregistraties en merkt op dat op dat tijdens het contact van 15 augustus 2014 alternatieve zorghotels zijn besproken. Verzoekster heeft zelf gekozen voor een verblijf in het Johannahuis. Haar schoondochter en zoon wisten vóórdat verzoekster op 19 augustus 2014 in het Johannahuis

werd opgenomen, dat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking boden voor de kosten hiervan.

Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de zoon van verzoekster is geweest op de mogelijkheid van tijdelijk verblijf in een instelling ten laste van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Ook is gesproken over andere alternatieven, zoals een logeerkamer in een verzorgingshuis op particuliere kosten.

Tijdens het telefoongesprek van 13 augustus 2014 is aan de schoondochter van verzoekster medegedeeld dat, afhankelijk van de mate van uitval met betrekking tot algemene dagelijkse levensverrichtingen (hierna: ADL), op grond van artikel 41 van de Beter Af Plus Polis aanspraak bestaat op een vergoeding van maximaal € 1.000,00. Van ADL-uitval was in het geval van verzoekster geen sprake, zij kon zich zelf verzorgen.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat artikel 4.3 van de zorgverzekering, waarin is bepaald dat maximaal 80 percent van het gemiddeld gecontracteerd tarief wordt vergoed bij niet gecontracteerde zorg - waarmee wordt voldaan aan het hinderpaalcriterium - niet van toepassing is op de aanvullende ziektekostenverzekering (pagina 39 van de 'algemene voorwaarden' van de aanvullende verzekering).
De ziektekostenverzekeraar is vrij de inhoud en omvang van de aanspraken van de aanvullende ziektekostenverzekering te bepalen. Daarom mogen criteria worden gesteld waaraan het herstellingsoort moet voldoen. Anders dan verzoekster stelt, is geen sprake van discriminatie.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar is niet bereid de kosten van het verblijf in het Johannahuis coulanchehalve te vergoeden.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar merkt nog op dat de polisvoorwaarden voor beide partijen bindend zijn. Hierin worden de grenzen van de dekking omschreven. Het toesturen van de voorwaarden aan al zijn verzekerden is duur en niet efficiënt. Er zijn verschillende manieren waarop de verzekerde de polisvoorwaarden bij de ziektekostenverzekeraar kan opvragen.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat niet eerst in december 2014, maar ook tijdens de telefonische contacten in augustus 2014 is gesproken over andere gecontracteerde zorghotels dan De Kim en ECR De Statenhof én over alternatieven. De zoon van verzoekster heeft tijdens laatstgenoemde contacten echter medegedeeld dat andere gecontracteerde zorghotels voor haar geen optie waren, omdat deze te ver van zijn woonadres zijn gelegen. Met betrekking tot het budget voor ADL-zorg geldt dat hier alleen aanspraak op bestaat voor zover de verzekerde zichzelf niet meer kan verzorgen. Bij verzoekster was dit niet aan de orde, zij was immers alleen geïndiceerd voor logies. De ziektekostenverzekeraar merkt nog op dat de zoon van verzoekster tijdens het eerste telefonische contact, op 13 augustus 2014, is geweest op de 'zorgwijzer'. Met behulp van de 'zorgwijzer' had hij zelf kunnen zoeken naar de door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorghotels. De ziektekostenverzekeraar stelt aan zijn zorgplicht te hebben voldaan en ziet geen reden de kosten uit coulanche te vergoeden.
- 5.8. 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 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. Artikel 39 van de 'aanspraken vergoedingen' van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 39 Herstellingsoorden

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.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! *U moet verblijven in een herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg waarmee wij een contract hebben. Wilt u weten met welke herstellingsoorden wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zilverenkruis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.*

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- a de kosten van een behandeling in het kader van psychosomatische gezondheidszorg;*
- b de eigen bijdrage AWBZ.*

Beter Af Plus Polis

(...)

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

8.3. Artikel 41 van de 'aanspraken vergoedingen' van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 41 Hulp aan huis voor verzekerden van 18 jaar en ouder bij ADL uitval na ziekenhuisverblijf

Wij geven aan verzekerden van 18 jaar en ouder, afhankelijk van de mate van ADL-uitval (algemene dagelijkse levensverrichtingen; denk aan wassen en aankleden) na een ziekenhuisverblijf, een vergoeding voor de kosten van hulp aan huis. Met de vergoeding, die wij rechtstreeks aan u overmaken, kunt u zelf aanvullende zorg inkopen om zo uw ADL uitval te compenseren. Het kan bijvoorbeeld gaan om het vergoeden van de eigen bijdrage in het kader van de AWBZ-zorg, maar ook is het mogelijk iemand in te schakelen voor tuinonderhoud, mantelzorg, hond uitlaten of boodschappen doen.

Voorwaarden voor vergoeding

1 Wilt u in aanmerking komen voor deze vergoeding?

Neem dan vooraf contact op met de Zorgregelaar via telefoonnummer (071) 751 00 98.

2 De mate van de ADL uitval wordt door onze Zorgregelaar aan de hand van een protocol vastgesteld. Op basis van de uitkomst stellen wij de maximale financiële vergoeding vast. De vragen dienen naar waarheid te worden beantwoord en, als wij hierom vragen, met bewijsmateriaal te worden aangetoond.

3 De vergoeding voor hulp aan huis mag alleen aansluitend na een ziekenhuisverblijf worden aangevraagd.

Meerdere ziekenhuisverblijven die binnen 8 weken na elkaar plaatsvinden worden als 1 verblijf gezien.

Wat wij niet vergoeden

*Wij vergoeden niet de kosten van hulp aan huis bij ADL uitval:
a na verblijf in een ziekenhuis als gevolg van een bevalling, tenzij er sprake is van een complicatie;
b na verblijf op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een (psychiatrisch) ziekenhuis.*

Beter Af Plus Polis

(...)

4 sterren maximaal € 1.000,- per persoon na verblijf in een ziekenhuis (afhankelijk van de mate van ADL uitval)."

8.4. Artikel 6:233 BW luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"Een beding in algemene voorwaarden is vernietigbaar

a. indien het, gelet op de aard en de overige inhoud van de overeenkomst, de wijze waarop de voorwaarden zijn tot stand gekomen, de wederzijds kenbare belangen van partijen en de overige omstandigheden van het geval, onredelijk bezwarend is voor de wederpartij; of

b. indien de gebruiker aan de wederpartij niet een redelijke mogelijkheid heeft geboden om van de algemene voorwaarden kennis te nemen."

8.5. Artikel 6:234 BW luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"1. De gebruiker heeft aan de wederpartij de in artikel 233 onder b bedoelde mogelijkheid geboden, indien hij de algemene voorwaarden voor of bij het sluiten van de overeenkomst aan de wederpartij ter hand heeft gesteld, de voorwaarden overeenkomstig de in artikel 230c voorziene wijze heeft verstrekt of, indien dit redelijkerwijs niet mogelijk is, voor de totstandkoming van de overeenkomst aan de wederpartij heeft bekend gemaakt dat de voorwaarden bij hem ter inzage liggen of bij een door hem opgegeven Kamer van Koophandel of een griffie van een gerecht zijn gedeponneerd, alsmede dat zij op verzoek zullen worden toegezonden. Indien de voorwaarden niet voor of bij het sluiten van de overeenkomst aan de wederpartij ter hand zijn gesteld, zijn de bedingen tevens vernietigbaar indien de gebruiker de voorwaarden niet op verzoek van de wederpartij onverwijld op zijn kosten aan haar toezendt. Het omtrent de verplichting tot toezending bepaalde is niet van toepassing, voor zover deze toezending redelijkerwijze niet van de gebruiker kan worden gevergd. 2De gebruiker heeft tevens aan de wederpartij de in artikel 233 onder b bedoelde mogelijkheid geboden, indien hij de algemene voorwaarden voor of bij het sluiten van de overeenkomst aan de wederpartij langs elektronische weg ter beschikking heeft gesteld op een zodanige wijze dat deze door haar kunnen worden opgeslagen en voor haar toegankelijk zijn ten behoeve van latere kennisneming of, indien dit redelijkerwijs niet mogelijk is, voor de totstandkoming van de overeenkomst aan de wederpartij heeft bekend gemaakt waar van de voorwaarden langs elektronische weg kan worden kennisgenomen, alsmede dat zij op verzoek langs elektronische weg of op andere wijze zullen worden toegezonden.

Indien de voorwaarden niet voor of bij het sluiten van de overeenkomst aan de wederpartij langs elektronische weg ter beschikking zijn gesteld, zijn de bedingen tevens vernietigbaar indien de gebruiker de voorwaarden niet op verzoek van de wederpartij onverwijld op zijn kosten langs elektronische weg of op andere wijze aan haar toezendt.

3. Voor het op de in lid 2 bedoelde wijze bieden van een redelijke mogelijkheid om van de algemene voorwaarden kennis te nemen is de uitdrukkelijke instemming van de wederpartij vereist indien de overeenkomst niet langs elektronische weg tot stand komt."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.1. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar, gelet op het bepaalde in de artikelen 6:233 en 6:234 BW aan zijn informatieplicht heeft voldaan. Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, geldt dat de ziektekostenverzekeraar vrij is in het bepalen van de inhoud en de omvang van de dekking. In dit beleid mag de commissie niet treden.

De aanvullende ziektekostenverzekering bood, gelet op artikel 39, in 2014 recht op vergoeding van de kosten van verblijf in een herstellingsoord. Voor vergoeding is vereist dat de ziektekostenverzekeraar vooraf schriftelijk toestemming heeft verleend voor het verblijf, alsmede dat de verzekerde verblijft in een herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg waarmee een contract is afgesloten.

Ten behoeve van verzoekster is voorafgaand aan haar verblijf in het Johannahuis bij de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Het Johannahuis was in 2014 niet gecontracteerd, zodat het de ziektekostenverzekeraar vrijstond de toestemming te weigeren. De kosten van verblijf in het Johannahuis van 19 augustus tot en met 9 september 2014 komen daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Zorgplicht

- 9.2. Door verzoekster is aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht heeft geschonden door onvoldoende, beschikbare zorghotels te contracteren en voorts geen goede alternatieven te bieden. Om die reden is de ziektekostenverzekeraar volgens haar gehouden de kosten van het verblijf in het Johannahuis te vergoeden.

De commissie merkt hierover op dat de zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar om voldoende zorg in te kopen beperkt blijft tot de zorgverzekering. De door verzoekster aangehaalde bepaling, op grond waarvan de ziektekostenverzekeraar in voorkomend geval, bij het niet voldoen aan de zorgplicht is gehouden vergoeding te verlenen, betreft derhalve uitsluitend de zorgverzekering. Van discriminatie is geen sprake, aangezien het hier gaat om de verplichte verzekering op basis van de Zvw enerzijds en de vrijwillige aanvullende ziektekostenverzekering anderzijds. Binnen deze onderscheiden producten gelden voor alle verzekerden dezelfde regels. Dat verzoekster na haar opname in het ziekenhuis niet direct terecht kon bij een gecontracteerd zorghotel, maakt dan ook niet dat de de ziektekostenverzekeraar is gehouden de verblijfskosten in het Johannahuis te vergoeden op basis van het gecontracteerde tarief. Ten overvloede merkt de commissie op dat onder meer uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde telefoonnotities blijkt dat verzoekster is gewezen op andere gecontracteerde zorghotels en alternatieven.

Toezegging

- 9.3. Op grond van artikel 41 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van een bedrag van maximaal € 1.000,- voor de kosten van hulp aan huis indien de verzekerde na ziekenhuisverblijf wordt geholpen bij het verrichten van algemene dagelijkse levensverrichtingen. Vast staat dat verzoekster ten tijde van het verblijf in het zorghotel op dit punt zelfredzaam was en dus niet voldeed aan de voorwaarden van artikel 41.

Verzoekster meent dat de ziektekostenverzekeraar schriftelijk heeft toegezegd dat zij als 'alternatief' recht heeft op voornoemd bedrag en dat zij dit kan aanwenden voor de kosten van haar verblijf in het Johannahuis.


Voor zover verzoekster stelt dat deze schriftelijke toezegging volgt uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 9 september 2016 kan de commissie haar hierin niet volgen. Uit deze brief blijkt slechts dat als verzoekster na ontslag uit het ziekenhuis hulp nodig zou hebben gehad bij algemene dagelijkse levensverrichtingen, het bedrag van € 1.000,- kon worden besteed voor het Johannahuis. Nu dit niet aan de orde is en ook anderszins niet is gebleken van een dergelijke toezegging, wijst de commissie ook dit onderdeel van het verzoek af.

Coulance


- 9.4. Verzoekster heeft ter zitting aangevoerd dat aanleiding bestaat voor vergoeding van de kosten van haar verblijf in het Johannahuis op basis van coulance. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld niet over te gaan tot een onverplichte vergoeding. Hiertoe merkt de commissie op dat toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het door deze ter zake gevoerde beleid kan de commissie niet treden. Dit is slechts anders indien de ziektekostenverzekeraar een beleid zou voeren waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Gesteld noch gebleken is dat hiervan in de onderhavige situatie sprake is.


 **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, 19 juli 2017,

 P.J.J. Vonk