

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A, vertegenwoordigd door de heer B, beiden te C, tegen
D te E en F te G
Zaak : China, geneeskundige zorg, rotator cuff operatie, spoedeisend,
hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2013.00790
Zittingsdatum : 29 januari 2014

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 2012, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

Mevrouw A, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer B, beiden te C,

tegen

1) D te E, en

2) F te G,

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 3 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 door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten verzekering Beter Af Tandarts Polis 2 sterren is niet in geschil en blijft 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 een rotator cuff operatie, uitgevoerd te Hongkong, China, ten bedrage van totaal € 15.082,74 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 17 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk wordt ingewilligd, te weten tot een bedrag van € 2.189,39.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 12 februari 2013 en 5 maart 2013 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 16 juli 2013 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 15 november 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 november 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 november 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 januari 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 19 november 2013 heeft de commissie het College voor Zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 6 december 2013 (zaaknummer 2013142399) heeft het CVZ 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 indicatie had voor de ondergane behandeling. Echter, de vraag of de behandeling een verzekerde prestatie is en of verzoekster hiervoor een indicatie had, staat niet meer ter discussie nu door de ziektekostenverzekeraar een (gedeeltelijke) vergoeding is verleend. De hoogte van de vergoeding valt buiten de adviesbevoegdheid van het CVZ. Het CVZ merkt nog wel op dat de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC passend kan zijn. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 29 januari 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 30 januari 2014 heeft de commissie het CVZ een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 10 februari 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen 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. De behandelend orthopedisch chirurg heeft ter zake van verzoekster het volgende verklaard: "(...) *Left shoulder rotator cuff tear, with significant pain and weakness, disturb her daily activity, sports activity and sleeping. AC joint arthritis in MRI, but it is not painful. (...)*".
- 4.2. Op 28 november 2012 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt, plaatsgevonden.
- 4.3. Verzoekster verklaart dat zij was gevallen en stelt dat sprake was van een spoedbehandeling. Dit blijkt uit de verklaringen van de behandelend arts. Het was medisch

noodzakelijk zo snel mogelijk over te gaan tot opereren. Alvorens hiertoe werd besloten hebben diverse onderzoeken plaatsgevonden, en werden verzoekster geneesmiddelen voorgeschreven. De kosten hiervan dienen eveneens te worden vergoed. De door de ziektekostenverzekeraar verleende vergoeding betreft slechts een klein gedeelte van de werkelijk gemaakte kosten.

- 4.4. Ter zitting is door verzoekster verklaard dat zij in Nederland al last had van haar schouder. Twee weken voor haar vertrek naar Hongkong heeft zij de huisarts bezocht en deze heeft een injectie toegediend. Vlak voor het vertrek is deze behandeling herhaald. Nadien is gebleken dat deze behandeling niet goed was, aangezien een spier was afgescheurd. De situatie verslechterde en na aankomst in Hongkong heeft verzoekster een huisarts bezocht. Reden hiervoor was dat het niet meer mogelijk was haar arm te bewegen. De huisarts gaf opdracht tot het maken van een MRI. De behandelend specialist oordeelde op basis hiervan dat sprake was van spoed en dat zo snel mogelijk moest worden geopereerd. In de week na de MRI is verzoekster gevallen. De pijn nam hierdoor toe en verzoekster leed. Er heeft regelmatig – via haar dochter – contact plaatsgevonden met (de alarmcentrale van) de ziektekostenverzekeraar. Volgens deze kon verzoekster in Nederland worden behandeld, nadat zij het hele traject – vanaf het bezoek aan de huisarts – zou hebben doorlopen. De ziektekostenverzekeraar heeft haar nimmer geïnformeerd over gecontracteerde zorgaanbieders in Hongkong. Was dit wel geschied, dan had verzoekster een keuze kunnen maken. Deze mogelijkheid is haar echter niet geboden. Verzoekster benadrukt dat zij op leeftijd is.
- 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. Verzoekster heeft een naturapolis afgesloten. De polisvoorwaarden en de daarbij behorende reglementen zijn bepalend en leidend. Bij een naturapolis is een verzekerde in principe aangewezen op zorg van gecontracteerde zorgaanbieders. Indien gebruik wordt gemaakt van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, bestaat aanspraak op een door de ziektekostenverzekeraar te bepalen vergoeding. Dit is geregeld in artikel 13 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering. Een en ander is conform de Zorgverzekeringswet. In 2012 bedroeg de vergoeding 90 percent van het gecontracteerde tarief.

Op grond van artikel 19.2 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering worden de kosten van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoed tot maximaal (i) het in Nederland op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde maximumtarief, dan wel, wanneer geen tarief is vastgesteld, (ii) het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Het voorgaande betekent dat de vergoeding voor niet-gecontracteerde medische zorg in het buitenland hetzelfde is als de vergoeding voor een vergelijkbare behandeling bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland.
 - 5.2. Spoedeisende zorg houdt in dat er onmiddellijk moet worden ingegrepen. Uitstel van de behandeling is dan medisch gezien onmogelijk. Bij planbare zorg bestaat, als gezegd, aanspraak op vergoeding van de kosten op basis van het Nederlandse tarief.
 - 5.3. Verzoekster heeft een rotator cuff operatie ondergaan in Hongkong. Volgens de behandelend arts betrof het een medisch noodzakelijke behandeling. De medisch advi-

seur van de alarmcentrale heeft echter geconstateerd dat geen sprake was van spoedeisende zorg, maar van planbare zorg. Om die reden heeft de alarmcentrale het dossier overgedragen aan de afdeling Buitenland.

De pijnklachten van verzoekster worden niet in twijfel getrokken. Er was echter geen indicatie om acuut te opereren. De echtgenoot van verzoekster heeft namelijk verklaard dat verzoekster al langer pijnklachten had en daarvoor in Nederland onder behandeling was. Met deze bestaande klachten bezocht zij op 22 november 2012 een arts in Hongkong. Deze arts adviseerde haar een operatie, die gepland werd op 28 november 2012.

- 5.4. Op 25 november 2012 ontving de alarmcentrale het medisch rapport van de arts in Hongkong. Op basis hiervan is door de afdeling Buitenland op 26 november 2012 een e-mailbericht aan de alarmcentrale gezonden met de volgende inhoud: “*Voor de schouderoperatie van [verzoekster] betalen wij maximaal € 2.189,39 voor de hele behandeling inclusief consulten, vooronderzoeken, ingreep, verblijf, ziekenhuiskosten en nacontroles*”. De alarmcentrale heeft dit bericht op 26 november 2012 aan verzoekster gestuurd. Omdat er een probleem was met het openen van de bijlage, is op 27 november 2012 opnieuw een e-mail gezonden inzake de vergoeding op basis van het Nederlands tarief. Daarna vond over het tarief een e-mailwisseling plaats tussen de dochter van verzoekster en de alarmcentrale. De ziektekostenverzekeraar stelt dat zowel de alarmcentrale als hij zo snel mogelijk heeft gereageerd. Hoewel het kort dag was, had verzoekster de mogelijkheid de operatie af te zeggen. Ondanks het grote verschil tussen de kostenraming en de toegezegde vergoeding, besloot zij de operatie door te laten gaan.
- 5.5. Verzoekster heeft zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gewend. Voor de door haar ondergane behandeling is DBC 131999146 (zorgproduct 15c724) met omschrijving “*operatieve behandeling van een gescheurde pees bij een aandoening van botspierstelsel of bindweefsel*” toegepast. Deze DBC valt onder het B-segment. Dit betekent dat hierover prijsafspraken worden gemaakt met zorgaanbieders. De honorariumbedragen van de hoofdspecialist worden vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa). Op de website van de NZa zijn deze tarieven te raadplegen. De ziektekostenverzekeraar publiceert op zijn website het gemiddelde van de gecontracteerde tarieven.
- 5.6. Uit het bericht van de alarmcentrale blijkt dat een toezegging is gedaan, inhoudende dat 100% van het Nederlandse tarief wordt vergoed. Eerder werd een vergoeding op basis van de zorgverzekering verleend, te weten 90% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Er is in dat kader € 2.189,39 aan verzoekster betaald. Voor- en nabehandelingen zijn in dit bedrag begrepen. De ziektekostenverzekeraar heeft vanwege de gedane toezegging besloten over te gaan tot een het verlenen van een aanvullende vergoeding op basis van 10% van het gecontracteerde Nederlandse tarief. Deze vergoeding is aan verzoekster nabetaald.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat terugkeer naar Nederland mogelijk was. Verzoekster had de behandeling kunnen uitstellen tot na terugkomst in Nederland. Het CVZ bevestigt het standpunt van (de medisch adviseur van) de ziektekostenverzekeraar.

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 16 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering 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 is gehouden de aanspraak alsnog volledig, dan wel tot een hoger bedrag dan 100% van het Nederlandse tarief, 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 42 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering.

Artikel 4 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg (poliklinisch) bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“Wij vergoeden de kosten van:

- medisch specialistische zorg (...);*
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

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

(...)

Bij behandelingen door een niet door ons gecontracteerde ziekenhuis heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerd ziekenhuis.

De door ons gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

*U moet zijn doorverwezen door een huisarts, (...) of een andere medisch specialist.
(...)”*

8.3. Artikel 1 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering regelt de aanspraak op ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

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

Wij vergoeden de kosten van:

- verblijf, inclusief verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;*
- medisch specialistische (...) zorg;*
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.*

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

Voor een specifiek aantal behandelingen en/of aandoeningen moet u van tevoren contact met ons opnemen. De lijst met deze specifieke behandelingen en/of aandoeningen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde zorgverlener.

De door ons, voor deze specifieke behandelingen en/of aandoeningen, gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, (...) of een andere medisch specialist.*

(...)”

- U moet uw huisarts (...) of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze medisch adviseur bekend te maken.*

(...)”

8.4. Artikel 19 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“19.2 Bij gebruik van zorg in een land dat geen EU/EER-staat of verdragsland is, heeft u naar keuze aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de [naam 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 marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*
- wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.*

19.3 In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden kan voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaatsvinden, die meer kan bedragen dan de in lid 19.1 aangegeven vergoeding. Deze hogere vergoeding is alleen mogelijk wanneer wij u hier vooraf toestemming voor hebben verleend.

(...)”

8.5. De artikelen 1 en 4 van de “Aanspraken” en artikel 19 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).

- 8.6. 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 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 ziektekostenverzekeraar 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. Niet in geschil is dat de onderhavige behandeling een verzekerde prestatie op basis van de zorgverzekering vormt, en dat verzoekster hiervoor een indicatie had. Alleen de hoogte van de vergoeding houdt partijen verdeeld.
- 9.2. Verzoekster heeft in dat kader de stelling betrokken dat de onderhavige behandeling spoedeisend was. Zij heeft hierbij verwezen naar de verklaringen van de behandelend arts. De ziektekostenverzekeraar heeft daarentegen gesteld dat geen sprake was van spoedeisende zorg, maar van planbare zorg, en verwezen naar een verklaring van de echtgenoot van verzoekster.
- 9.3. De commissie is van oordeel dat geen sprake is van spoedeisende zorg. Hiertoe zijn met name het MRI-onderzoek van 15 november 2012 en de verklaring van de behandelend arts van 22 november 2012 van belang. Hierin staat vermeld dat verzoekster een operatieve behandeling wenst, en dat de operatie staat gepland voor 28 november 2012. De verklaring van 26 november 2012, waarin wordt gesteld dat verzoekster een spoedeisende operatie op 28 november 2012 nodig heeft, komt de commissie zonder nadere toelichting – die niet is gegeven – onbegrijpelijk voor. Voor zover de pijnklachten hiertoe de aanleiding vormden, blijkt uit de stukken dat verzoekster hiervoor in Nederland al onder behandeling was. Dat deze klachten tijdens het verblijf in China zijn verergerd is weliswaar gesteld, maar door verzoekster niet aannemelijk gemaakt. Verzoekster heeft ter onderbouwing van het spoedeisende karakter van de behandeling aangevoerd dat zij op 25 november 2012 is gevallen. De behandelend arts maakt hiervan echter geen melding in zijn verklaring van 26 november 2012, terwijl in dat geval een logische verklaring voor het stuk van 22 november 2012 ontbreekt. Evenmin wordt verklaard waarom reeds op 15 november daaraan voorafgaand een MRI is uitgevoerd. Het feit dat verzoekster is gevallen kan hier niet de aanleiding voor zijn geweest. Zodoende kan als vaststaand worden aangenomen dat verzoekster zich rond medio november 2012 met schouderklachten tot de

arts in Hongkong heeft gewend, en dat in samenspraak op 28 november 2012 de operatie is gepland. Het spoedeisende element ontbreekt derhalve.

- 9.4. De ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot vergoeding van de kosten van de rotator cuff operatie, op basis van de aanspraak op medisch specialistische zorg, betrokken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC 131999146 (zorgproduct 15c724) met omschrijving “*operatieve behandeling van een gescheurde pees bij een aandoening van botspierstelsel of bindweefsel*”. Dit is een DBC uit het B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandeling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze DBC komt de commissie, mede gelet op het CVZ-advies van 6 december 2013, juist voor. Het bijbehorende tarief is, onder aftrek van een korting van 10%, aanvankelijk door de ziektekostenverzekeraar vastgesteld op € 2.189,39. In tweede instantie is de ziektekostenverzekeraar, vanwege de door de alarmcentrale gedane toezegging, overgegaan tot het verlenen van een aanvullende vergoeding op basis van 10% van het Nederlandse tarief. Er bestaat geen aanspraak op een hogere vergoeding.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 februari 2014,

Voorzitter