

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, GGZ, verslavingszorg, klinische behandeling, vergoeding kosten van extra en luxueuze faciliteiten, ambulante therapie, schriftelijke toezegging
Zaaknummer : 2012.01851
Zittingsdatum : 20 februari 2013

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen

E te F, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Gewoon ZEKUR (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de eigen bijdrage ter hoogte van € 9.555,- voor niet-zorggebonden faciliteiten in verband met zijn verblijf in verslavingszorginstelling RoderSana. Bij brief van 15 februari 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft voorts aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van twee behandelingen ambulante therapie ten bedrage van € 270,- en € 45,-. Bij brief van 30 mei 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat ook deze aanspraak is afgewezen.

3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brief van 15 juni 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.

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

3.5. Bij brief van 26 oktober 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de onder 3.1 en 3.2 bedoelde aanspraken alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 ge-

voegd.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 december 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 december 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 december 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 13 februari 2013 per e-mailbericht medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 17 december 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 21 januari 2013 (zaaknummer 2012142037) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, ten aanzien van de eigen bijdrage voor niet-zorggebonden faciliteiten in verband met het verblijf in verslavingszorginstelling RoderSana ten bedrage van € 9.555,- af te wijzen op de grond dat de extra faciliteiten niet onder 'verblijf' vallen waarvoor de kosten ten laste van de zorgverzekering komen. Ten aanzien van de kosten van de ambulante zorg dient de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te verrichten. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 20 februari 2013 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Naar aanleiding van hetgeen ter zitting is gesteld, is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar binnen veertien dagen een afschrift van de modelovereenkomst van RoderSana aan de commissie zal sturen. Voorts is afgesproken dat verzoeker een afschrift van de door hem ondertekende overeenkomst tussen hem en Rodersana aan de commissie zal zenden. Voornoemde stukken zijn bij brieven van 21 februari 2013 respectievelijk 22 februari 2013 door partijen aan de commissie gezonden. Afschriften van de onderscheiden brieven zijn op 26 februari 2013 aan de wederpartij gezonden.
- 3.12. Bij brief van 1 maart 2013 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting, alsmede afschriften van de onder 3.11 genoemde stukken en de begeleidende brieven gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 29 maart 2013 de commissie medegedeeld dat voornoemde stukken 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 verzoeker
 - 4.1. Verzoeker is op 18 januari 2012 opgenomen in verslavingskliniek RoderSana. In de week voorafgaand aan de opname heeft een intakegesprek plaatsgevonden. Na het intakegesprek heeft de moeder van verzoeker telefonisch contact gehad met de zorgverzekeraar om duidelijkheid te krijgen over de vergoeding van de behandeling. Tijdens dit gesprek heeft de zorgverzekeraar verklaard dat de eigen bijdrage en het

eigen risico van in totaal € 420,- voor rekening van verzoeker zouden komen. Dit is op 13 januari 2012 per e-mailbericht door de zorgverzekeraar bevestigd.

- 4.2. Uit voornoemde toezeggingen heeft verzoeker geconcludeerd dat alle kosten die samenhangen met de opname en behandeling in verslavingskliniek RoderSana (met uitzondering van voornoemd bedrag van € 420,-) door de zorgverzekeraar zouden worden vergoed. Op grond van de door de zorgverzekeraar verstrekte informatie heeft verzoeker besloten zich in RoderSana te laten behandelen tijdens een zeven weken durend verblijf. Verzoeker zou zich zonder de toezeggingen van de zorgverzekeraar over de vergoeding van de kosten van de behandeling nooit hebben laten behandelen in RoderSana, omdat hij niet in staat is deze kosten zelf te betalen. Van de kliniek heeft hij een nota met de omschrijving 'eigen bijdrage hotel' ontvangen van € 9.555,-.
- 4.3. Verzoeker heeft voornoemde nota ter declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar. Deze weigert – ondanks de eerdere toezeggingen - de nota te vergoeden. Als afwijzingsgrond wordt gegeven *“kosten komen niet voor vergoeding in aanmerking. Voor meer informatie verwijzen wij u naar de verzekeringsvoorwaarden.”* De afwijzing is derhalve onvoldoende gemotiveerd.
- 4.4. Verzoeker is pas tijdens zijn opname in RoderSana geconfronteerd met de door hem ondertekende overeenkomsten. Verzoeker wist derhalve bij het aangaan van de overeenkomst niet dat sprake zou zijn van een “eigen bijdrage hotel voor 7 weken”. Dit is pas achteraf naar voren gekomen. De zorgverzekeraar heeft alle relevante gegevens van de casus van de moeder van verzoeker ontvangen, maar heeft nagelaten haar mede te delen dat een substantieel bedrag voor eigen rekening zou blijven. Zij had ook geen enkele aanleiding hier alert op te zijn.
- 4.5. Ook de vergoeding van de kosten van de ambulante therapie is door de zorgverzekeraar meermaals afgewezen.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het hier een ingewikkelde materie betreft, waarbij de zorgverzekeraar de professional is en verzoeker een leek. Verzoeker had daarom mogen vertrouwen op de informatie die hem (via zijn moeder) is verstrekt door de zorgverzekeraar. Desgevraagd geeft verzoeker verklaard dat hij destijds via de website van RoderSana bij deze zorgaanbieder is terecht gekomen. Zijn vriendin heeft vervolgens telefonisch informatie ingewonnen bij RoderSana en zijn moeder bij de zorgverzekeraar. Op de website staat met algemene bewoordingen vermeld dat er een eigen bijdrage kan zijn voor bepaalde kosten, maar er wordt geen bedrag genoemd. Om zekerheid te verkrijgen over de kosten die voor eigen rekening zouden blijven, heeft de moeder van verzoeker een en ander nagevraagd bij de zorgverzekeraar. In het laatste e-mailbericht heeft de zorgverzekeraar geschreven dat alle kosten, behoudens de eigen bijdrage en het eigen risico, zouden worden vergoed. Het had op de weg van de zorgverzekeraar gelegen verzoeker te waarschuwen voor de overige kosten die voor zijn rekening zouden blijven.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Verzoeker is zeven weken klinisch behandeld in RoderSana in verband met zijn verslaving. De kosten van deze behandeling zijn – behoudens de verschuldigde eigen bijdrage van € 200,-- en het eigen risico van € 220,-- – volledig door de zorgverzekeraar vergoed. Ter discussie staat het door verzoeker gedeclareerde bedrag van € 9.555,-- voor de ‘eigen bijdrage hotel voor 7 weken’.
- 5.2. RoderSana is een door de zorgverzekeraar gecontracteerde verslavingskliniek. De zorgverzekeraar maakt met de door hem gecontracteerde zorgverleners afspraken over de zorg, maar niet over de door de zorgverlener aangeboden extra faciliteiten. De zorgverzekeraar heeft de moeder van verzoeker daarom algemene informatie over de vergoeding van de kosten van de behandeling, het verblijf en de medicijnen in een gecontracteerde GGZ-instelling gegeven. RoderSana brengt bij haar cliënten een eigen bijdrage in rekening voor de extra en luxueuze faciliteiten waarvan gebruik kan worden gemaakt tijdens het verblijf. In de contacten met de moeder van verzoeker zijn deze kosten niet ter sprake gekomen. Het gaat hier immers niet om zorgkosten zoals behandeling, verblijf en medicijnen in een gecontracteerde GGZ-instelling.
- 5.3. De gedeclareerde kosten voor de ambulante zorg zijn niet aan verzoeker vergoed, omdat deze kosten betrekking hebben op de voor de ambulante behandeling verschuldigde eigen bijdrage. Op grond van artikel 11.1 van de zorgverzekering zijn eigen bijdragen uitgesloten van vergoeding.
- 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij een overeenkomst heeft met RoderSana met betrekking tot de daar verleende GGZ-zorg. Alleen hierover kunnen medewerkers aan verzekerden informatie verstrekken. Er is informatie gegeven over de vergoeding van de behandeling. In totaal is een bedrag van ruim € 23.000,-- vergoed voor de behandeling (inclusief nazorg) en het verblijf. Tijdens het intakegesprek wordt gesproken over de eigen bijdrage voor luxe faciliteiten die voor rekening van de patiënt komt. Er wordt ook een behandelovereenkomst gesloten, die verzoeker heeft moeten ondertekenen. De zorgverzekeraar vergoedt alleen de kosten die betrekking hebben op de geleverde zorg. Voor de extra luxe faciliteiten bedragen de kosten € 195,-- per dag. Op de onderhavige nota staat ook een bedrag aan eigen bijdrage vermeld. RoderSana meldt op zijn website duidelijk dat deze kosten niet door de zorgverzekeraar worden vergoed. Door ondertekening van voornoemde overeenkomst is verzoeker hiermee akkoord gegaan.
Voor de ambulante zorg brengt RoderSana eveneens een eigen bijdrage in rekening voor de extra faciliteiten. Deze eigen bijdrage bedraagt € 45,-- per keer. RoderSana heeft zes maal € 45,--, dus € 270,--, bij verzoeker in rekening gebracht. Deze kosten blijven voor rekening van verzoeker. De kosten van de nazorg zelf (de ambulante zorg) zijn reeds door de zorgverzekering vergoed, en zijn begrepen in eerder genoemd bedrag van ruim € 23.000,--.
- 5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering 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 zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 23 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op specialistische GGZ bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op geneeskundige zorg zoals psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg wordt verstaan diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

(...)

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als u 18 jaar of ouder bent van € 100 voor een DBC tot honderd minuten en € 200 voor een DBC vanaf honderd minuten. U betaalt per kalenderjaar niet meer dan € 200 aan eigen bijdragen voor deze zorg.

(...)”

8.3. Artikel 32 van de zorgverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op verblijf in een instelling, en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met verloskundige zorg, medisch specialistische zorg, specialistische GGZ en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een periode van maximaal 365 dagen, zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

(...)”

8.4. Artikel 1.2 van de zorgverzekering bepaalt dat slechts aanspraak bestaat op zorg waarvoor een medische noodzaak bestaat. Dit artikel luidt als volgt:

“U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg ‘plegen te bieden’. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.”

- 8.5. In artikel 1.11 van de zorgverzekering is bepaald dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van eigen bijdragen of het eigen risico, dat is verschuldigd op grond van de zorgverzekering of de AWBZ, tenzij anders is bepaald in de verzekeringsvoorwaarden.
- 8.6. De artikelen 1.2, 1.11, 23 en 32 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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. Geneeskundige zorg, waaronder specialistische GGZ, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.3 Rzv. Verblijf is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv.
- 8.8. 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 zorgverzekeraar 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 klinische behandeling

- 9.1. Op grond van artikel 23 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op specialistische GGZ. Dit betreft geneeskundige zorg zoals psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Voor deze zorg is voor verzekerden van 18 jaar en ouder een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van € 200,- voor een DBC vanaf 100 minuten. Per kalenderjaar bedraagt de eigen bijdrage voor deze zorg niet meer dan € 200,-.
- 9.2. Voorts bestaat op basis van artikel 32 van de zorgverzekering aanspraak op verblijf in een instelling. Daarnaast is in artikel 1.2 van de zorgverzekering bepaald dat slechts aanspraak bestaat op zorg waarvoor een medische noodzaak bestaat. De kosten van de behandeling en het (basis)verblijf, te weten een bedrag van € 23.489,04, zijn door de zorgverzekeraar vergoed, behoudens de verschuldigde eigen bijdrage van € 200,- en het op dat moment nog openstaande eigen risico van € 162,55.
- 9.3. Door de zorgverlener is een bedrag van € 9.555,- bij verzoeker in rekening gebracht voor "*Eigen Bijdrage Hotel per 18-01-2012 voor 7 weken*". De commissie is gebleken dat op de website van RoderSana staat vermeld dat door de kliniek voor de klinische behandeling een eigen bijdrage van cliënten wordt gevraagd. Volgens deze website

betreft dit *“een vergoeding voor de niet-zorggebonden faciliteiten waar tijdens de behandeling gebruik van gemaakt kan worden. Wij zijn van mening dat de kosten van deze faciliteiten niet door gemeenschapsgelden bekostigd mogen worden.”* De eigen bijdrage dient tevens ter motivatie van de patiënt en deze maakt derhalve deel uit van de behandeling.

- 9.4. De ter declaratie ingediende kosten voor *“Eigen Bijdrage Hotel per 18-01-2012 voor 7 weken”* hebben geen betrekking op medisch noodzakelijke zorg als bedoeld in artikel 1.2 van de zorgverzekering. Zoals op de website van RoderSana duidelijk is vermeld gaat het om een vergoeding voor niet-zorggebonden faciliteiten.
- 9.5. Ook in de door verzoeker overgelegde, en door hem ondertekende, behandelovereenkomst, is vermeld dat de kosten van de behandeling bestaan uit een vergoeding van de zorgverzekeraar en een eigen bijdrage. In bijlage 2 van deze behandelovereenkomst is onder sub c vermeld dat de eigen bijdrage voor de extra (luxe) faciliteiten bij opname en verblijf in het resort RoderSana te Oirschot € 195,-- per dag bedraagt. De eigen bijdrage komt voor verzoeker in totaal op € 9.555,--.
- 9.6. Gezien het voorgaande heeft de zorgverzekeraar terecht deze kosten ten bedrage van € 9.555,-- afgewezen.

Toezegging

- 9.7. De moeder van verzoeker heeft voorafgaand aan de opname telefonisch contact gehad met de zorgverzekeraar om duidelijkheid te krijgen over de vergoeding van de behandeling. Tijdens dit gesprek heeft de zorgverzekeraar verklaard dat de eigen bijdrage en het eigen risico van in totaal € 420,-- voor rekening van verzoeker zouden komen. Dit is op 13 januari 2012 per e-mailbericht door de zorgverzekeraar bevestigd. Verzoeker is van mening dat hij op grond hiervan aanspraak heeft op vergoeding van het door RoderSana bij hem in rekening gebrachte bedrag van € 9.555,--.
- 9.8. Uit de in het dossier aanwezige stukken blijkt niet dat tijdens het telefoongesprek de extra kosten voor niet-zorggebonden faciliteiten ter sprake zijn gekomen. Evenmin wordt in het e-mailbericht van 13 januari 2012 melding gemaakt van deze kosten. De zorgverzekeraar is bij de beantwoording van de vraag van de moeder van verzoeker kennelijk uitgegaan van de reguliere kosten van de GGZ-behandeling. Hij kon ook niet anders aangezien de zorgverzekeraar zich in beginsel bij het geven van een antwoord op de gestelde vraag uitsluitend kan baseren op de eigen verzekeringsvoorwaarden. In redelijkheid kan niet worden verwacht dat een zorgverzekeraar weet 1) of extra kosten in rekening worden gebracht en 2) hoe hoog deze kosten zijn. De commissie is daarom van oordeel dat het op de weg van de moeder van verzoeker had gelegen deze extra kosten te vermelden in het gesprek met de zorgverzekeraar. Dat de zorgverzekeraar de onderhavige kosten niet heeft betrokken bij zijn beantwoording van de vraag kan hem niet worden tegengeworpen.

Dwaling

- 9.9. Verzoeker stelt dat hem bij het aangaan van de zorgovereenkomst niet bekend was dat hij een bedrag van € 9.555,-- verschuldigd was voor de behandeling in RoderSana; pas tijdens de behandeling is hij geconfronteerd met de door hem ondertekende overeenkomst. Voor zover verzoeker zich hierbij beroept op dwaling (artikel 6:228

BW), kan dit beroep niet slagen. De zorgverzekeraar is immers geen partij in de tussen verzoeker en RoderSana tot stand gekomen behandelingsovereenkomst. Als verzoeker meent dat hij de extra kosten van € 9.555,- niet is verschuldigd, omdat hij de overeenkomst niet zou zijn aangegaan indien hij hiervan op de hoogte was geweest en de zorgverlener hem ten onrechte niet tijdig heeft gewezen op deze extra kosten, dient hij zich daarvoor te wenden tot de zorgverlener.

Ten aanzien van de ambulante zorg

- 9.10. Verzoeker maakt voorts aanspraak op vergoeding van de kosten van behandelingen ambulante therapie ten bedrage van € 270,- en € 45,-. De zorgverzekeraar heeft de vergoeding afgewezen, omdat sprake zou zijn van een eigen bijdrage voor ambulante behandeling. Partijen hebben de betreffende nota's niet in het geding gebracht. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting gesteld dat RoderSana voor de ambulante zorg eveneens een eigen bijdrage in rekening brengt voor de extra faciliteiten. Deze eigen bijdrage bedraagt € 45,- per keer. Dit komt overeen met hetgeen is vermeld in bijlage A van de behandelovereenkomst. RoderSana heeft deze eigen bijdrage zeven maal (in totaal dus een bedrag van € 315,-) bij verzoeker in rekening gebracht. Verzoeker heeft deze stelling niet dan wel onvoldoende weersproken. Op grond van de polisvoorwaarden bestaat geen aanspraak op vergoeding van de eigen bijdrage voor ambulante zorg.

Conclusie

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

Zeist, 17 april 2013,

Voorzitter