

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : EU/EER, Geneeskundige zorg, nabehandeling hepatitis C, hoogte
vergoeding
Zaaknummer : 2009.00986
Zittingsdatum : 10 februari 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, 2007 en 2008, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, artt. 2.5.3 en 2.5.4 Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de
ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 2 december 2008 de kosten verbonden aan een jaarlijkse controle voor hepatitis C slechts gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 577,80, te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Vanaf 2006 is verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het [naam ziektekostenverzekeraar] Basispakket (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basisaanvullende regeling en Regeling aanvullende vergoedingen pakket 2 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 verzoeker is chronische hepatitis C geconstateerd. Hij is daarvoor in 2002 behandeld in Münster (Duitsland). Verzoeker heeft toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar voor controles in verband met deze aandoening (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 juli 2003 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een garantieverklaring gegeven waarin werd medegedeeld dat de aanspraak werd toegewezen. Daarbij werd vermeld dat vergoeding zou plaatsvinden met inachtneming van de voor verzoeker toepasselijke polisvoorwaarden. Tot en met 2005 zijn de controles volledig door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Vanaf 2006 was dit echter niet langer het geval. Bij brief van 2 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker medegedeeld dat de controles slechts gedeeltelijk, te weten tot een bedrag van € 577,80, worden vergoed.
- 3.3. Verzoeker was het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 8 april 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 22 augustus 2009 heeft verzoeker 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).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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 gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 29 oktober 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 december 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 23 december 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 15 december 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 12 januari 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 29138036) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-codes heeft gehanteerd, zij het dat voor de behandeling van de refluxziekte de code 13.11.00.09.01.11.01 dient te worden gehanteerd. Dit heeft echter geen invloed op de vergoeding, nu het dezelfde declaratiecode betreft. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 februari 2010 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 12 februari 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 16 februari 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 verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de ziektekostenverzekeraar in 2003 na medische beoordeling een machtiging heeft verstrekt voor behandeling in het ziekenhuis in Münster. Eerst eind 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar hem medegedeeld dat de machtiging met ingang van de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 is komen te vervallen. De ziektekostenverzekeraar heeft daarbij niet toegelicht op welk wetsartikel een en ander is gebaseerd. Verzoeker stelt dat hiervoor in de wet geen aansluiting is te vinden. Zelfs als op basis

van de wet mocht blijken dat de machtiging met ingang van 1 januari 2006 is verval-
len, dan nog bestaat aanspraak op volledige vergoeding, omdat dit eerst eind de-
cember 2008 aan verzoeker is medegedeeld.

- 4.2. Voorts licht verzoeker toe dat de kosten niet slechts betrekking hebben op nabehan-
delingen in het kader van hepatitis C, doch ook op behandelingen in verband met een
zeer hoge bloeddruk en een refluxziekte. Verzoeker heeft hiervan een verklaring van
de huisarts overgelegd, maar hierop is door de ziektekostenverzekeraar niet gereaa-
geerd. Verzoeker is van mening dat voor deze behandelingen aparte DBC-codes
gelden, zodat een hogere vergoeding dient plaats te vinden.
- 4.3. Ten slotte stelt verzoeker dat hij schade heeft geleden, doordat hij tien volledige da-
gen werk heeft gehad aan de afwikkeling van deze kwestie. Hij vordert in dat kader
een schadevergoeding ad € 800,-- per dag, in totaal een bedrag van
€ 8.000,--.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat een geschil bestaat met betrekking tot
de geldigheid van de machtiging, het bij hem opgewekte vertrouwen dat zou worden
vergoed, de disproportionaliteit van de hoeveelheid tijd die hij in deze kwestie heeft
gestoken, en de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-codes. Verzoer-
ker heeft nimmer een nieuwe aanvraag gedaan; het ging om een voortzetting van
een reeds bestaande machtiging. Het bestaan van deze machtiging is na 2006 door
de ziektekostenverzekeraar bevestigd. Ook de reiskosten vallen van oudsher onder
het bereik van de machtiging. Verder heeft verzoeker aangevoerd dat het bij hem
gaat om de declaratie van drie verschillende DBC-codes, waaruit een hogere ver-
goeding voortvloeit dan is toegekend.
- 4.5. Verzoeker 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, voor zover voor het onderhavige geschil van be-
lang, dat verzoeker vanaf 2006 ter zake van de gemaakte kosten in het buitenland
recht heeft op vergoeding van het Nederlands tarief. Het tarief voor de behandelingen
en nacontroles voor hepatitis C was in 2008 € 577,80 en is in 2009 € 568,40. Daar-
voor is de DBC-code 13.11.00.09.44.11.01 gehanteerd. De kosten voor de behande-
ling in verband met reflux is door de medisch adviseur van de ziektekostenverzeke-
raar tevens vastgesteld op een bedrag van € 577,80. Daarvoor is de DBC-code
13.11.00.09.03.11.01 gehanteerd.
- 5.2. Voor de behandelingen in 2006, met een totaalbedrag van € 474,84, is € 409,35 uit-
gekeerd. Dat is achteraf gezien € 65,49 te weinig. In 2008 is een bedrag van
€ 1.977,23 gedeclareerd, waarvan € 1.361,21 is vergoed. In dit geval had verzoeker
recht op een bedrag van twee maal € 577,80, namelijk € 1.155,60. In 2008 is derhal-
ve € 205,61 (€ 1.361,21 min € 1.155,60) teveel uitgekeerd. Per saldo is een bedrag
van € 140,12 ten onrechte aan verzoeker uitbetaald, doch dit bedrag zal niet bij hem
worden teruggevorderd.
- 5.3. De beperking in de garantieverklaring van 2003 is gelegen in het feit dat in die verkla-
ring duidelijk is verwezen naar de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. In 2003
betreft het de verzekeringsvoorwaarden van de particuliere verzekering. Deze zijn
vanaf 2006 echter niet meer van toepassing als gevolg van de invoering van de

Zorgverzekeringswet. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker geen separaat bericht van intrekking van de garantieverklaring 2003 gezonden, omdat de verstrekking al beperkt werd door de aanspraak volgens de op dat moment toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Deze waren bij verzoeker bekend.

- 5.4. Met betrekking tot het verzoek om schadevergoeding van € 800,-- per dag, voor tien dagen, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat geen schade wordt vergoed die het indirecte gevolg is van een handelen of nalaten van de ziektekostenverzekeraar. Dit is verwoord in artikel 11.8.5 van de zorgverzekering.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de machtiging in 2003 is afgegeven, onder de toenmalige particuliere verzekering. De verzekering is sindsdien veranderd; er is nu sprake van een zorgverzekering waarbij vergoed wordt op basis van DBC-codes. Om die reden is de machtiging vanaf 2006 niet langer geldig. Aan deze verandering is destijds door de media veel aandacht besteed, zodat verzoeker van de wijziging op de hoogte had kunnen zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting zijn excuses aangeboden voor de wijze waarop de afhandeling van de kwestie is verlopen, en is bereid een schadevergoeding van € 250,-- te verlenen.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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.

De commissie is niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering van vóór 2008.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak volledig, dan wel tot een hoger bedrag dan € 577,80 in te willigen, ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier 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 artikelen 13 tot en met 35 (2006 en 2007), respectievelijk 13 tot en met 38 (2008) van de zorgverzekering.
Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Het artikel is in alle drie de jaren (2006, 2007 en 2008) gelijk en luidt, voor zover hier van belang:

“geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (...)”

Artikel 9 van de zorgverzekering (2006 en 2007) regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

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

(...)

- *vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden.(...)”*

Artikel 9 van de zorgverzekering (2008) bepaalt, voor zover hier van belang:

“De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, heeft naar keuze aanspraak op:

- *zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is;*
- *(...)*
- *vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden; (...)”*

Artikel 12.4 van de zorgverzekering (2006 en 2007) bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

“Indien de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie [de ziektekostenverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2005, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [de ziektekostenverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders. Uitzondering: de kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot ten hoogste 100% van de gemiddelde tarieven 2005 (2006)/ gemiddelde tarieven 2006 (2007), zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [de ziektekostenverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders:

- *(...)*
- *Medisch specialistische zorg (artikel 15 tot en met 21) die geleverd wordt door een medisch specialist die verbonden is aan een ziekenhuis; (...)*

De hieruit voortvloeiende maximale vergoedingen worden gepubliceerd in het Reglement restitutie [naam ziektekostenverzekeraar]. (...)”

Artikel 12.4 van de zorgverzekering (2008) bepaalt, voor zover hier van belang:

“Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie [de ziektekostenverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2008, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [de ziektekostenverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders. In de gevallen waarin voor de betreffende zorg geen inkoop tarieven zijn vastgesteld en Wmg-tarieven gelden, is het gemiddeld gecontracteerde tarief voor 2008 gelijk aan het geldende Wmg-tarief.

Uitzonderingen:

1. *de kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot ten hoogste 100% van de gemiddelde tarieven 2008, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [de ziektekostenverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders:*
 - *(...)*

- *Medisch specialistische zorg (artikel 15 tot en met 21) die geleverd wordt door een medisch specialist die verbonden is aan een ziekenhuis; (...)*

7.3. De artikelen 15, 9 en 12.4 van de zorgverzekering (2006, 2007 en 2008) zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering (2006, 2007 en 2008) gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

7.4. 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. Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 Zvw bepaalt dat indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.

Artikel 2.5.3 van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet bepaalt het volgende:

“Voor zover een verzekerde ingevolge de zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van een voor de inwerkingtreding van deze wet door een ziekenfonds, een uitvoerder van een publiekrechtelijke ziektekostenregeling of een ziektekostenverzekeraar verleende toestemming en een voor de inwerkingtreding van deze wet afgegeven verwijzing of recept voor de desbetreffende zorg, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt de zorgverzekeraar van de verzekerde niet nogmaals dat toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.”

Artikel 2.5.4 van genoemde wet luidt als volgt:

“Indien een verzekerde ingevolge de zorgverzekering recht heeft op levering van zorg en overige diensten door zijn zorgverzekeraar en op het tijdstip van inwerkingtreding van deze wet zorg ontvangt van een aanbieder van zorg met welke de zorgverzekeraar daartoe geen overeenkomst heeft gesloten, heeft de verzekerde desalniettemin recht op zorgverlening door die aanbieder van zorg voor rekening van de zorgverzekeraar, behoudens voor zover betrokkene voor dat tijdstip niet verzekerd was voor die zorg of de kosten daarvan, dan wel voor zover die kosten voor rekening van de tot dat tijdstip bestaande verzekering komen.”

7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

7.6. Uit de geciteerde artikelen van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet volgt dat de garantieverklaring die in 2003 door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker is verstrekt, zijn werking ook na 1 januari 2006 heeft behouden. In de betreffende garantieverklaring van 15 juli 2003 wordt medegedeeld dat conform de polisvoorwaarden vergoeding wordt verleend tot 100 percent van de in Nederland geldende tarieven. Verder wordt vermeld dat vergoeding geschiedt met inachtneming van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Voor zover verzoeker heeft willen be-

togen dat door vergoeding, sinds die garantieverklaring, van het volledige bedrag van de declaraties onder de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar een bepaalde verwachting is ontstaan, merkt de commissie op dat in het licht van de duidelijke garantieverklaring, dit de ziektekostenverzekeraar niet verhindert zich op de vigerende polisvoorwaarden te beroepen, die een beperking kennen tot Nederlands tarief.

- 7.7. Door de ziektekostenverzekeraar is voor de nabehandeling in verband met hepatitis C de DBC-code 13.11.00.09.44.11.01 gehanteerd. Deze code heeft als omschrijving “reguliere zorg // hepatitis B/C / behandeling nno / niet verbijzonderd poliklinisch”. Dit betreft een DBC-code uit het A-segment, waarvoor vastgestelde tarieven gelden. Deze code komt de commissie, gezien de aangevraagde behandeling, juist voor. Voor 2006 dient volgens de polisvoorwaarden het gemiddelde tarief over 2005 te worden uitgekeerd. Dit tarief was (gemiddeld van januari tot en met december 2005) € 383,--. Voor 2007 dient het gemiddelde tarief over 2006 te worden gehanteerd. Dit tarief was (gemiddeld over januari tot en met december 2006) € 394,28. Voor 2008 dient het gemiddeld tarief over 2008 te worden betaald. Dit tarief was (gemiddeld over januari tot en met december 2008) € 558,60.
- Voor de reflux-behandeling heeft de ziektekostenverzekeraar de DBC-code 13.11.00.09.03.11.01 gehanteerd. Deze code heeft als omschrijving “reguliere zorg // Barrett oesophagus / behandeling nno / niet verbijzonderd poliklinisch”. Het betreft een code uit het A-segment, waarvoor vastgestelde tarieven bestaan. Deze code komt de commissie, gezien de (beperkte) door verzoeker aangeleverde informatie, niet onjuist voor. Het bijbehorende tarief was gemiddeld over 2008 (gerekend over januari tot en met december) € 577,80. Een en ander leidt tot een vergoeding van € 383,-- (2006), € 394,28 (2007) respectievelijk € 558,60.
- Een DBC-code heeft betrekking op maximaal 365 dagen, waarbij het tarief wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit in de situatie van verzoeker niet aan de orde is, omdat hij heeft gekozen voor een, niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde, zorgverlener in Münster, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegenworpen.
- Wanneer de ziektekostenverzekeraar evenwel om hem moverende redenen een hogere vergoeding toekent dan die waarop op basis van de polisvoorwaarden aanspraak bestaat, zoals in dit geval, zal de commissie daarin niet treden.
- 7.8. Verzoeker heeft geen informatie gegeven over de behandeling die zou zijn uitgevoerd in het kader van een hoge bloeddruk, zodat daarvoor geen DBC-code kan worden vastgesteld.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.9. De commissie constateert dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor hetgeen verzoeker heeft verzocht.

Werking privaatrecht

- 7.10. In de procedure is niet gebleken van feiten of omstandigheden tengevolge waarvan, al dan niet door toedoen van de ziektekostenverzekeraar, door verzoeker kosten zijn gemaakt die aanmerkelijk uitgaan boven de kosten die, met inbegrip van het entreegeld voor deze procedure, worden veroorzaakt door een verschil in inzicht tussen ziektekostenverzekeraar en verzekerde, in casu verschil van uitleg van de garantieverklaring. Niet is komen vast te staan dat aan de kant van de ziektekostenverzekeraar sprake is geweest van duidelijke, voor verzoeker kostenverhogende gedraging-

gen. Nog afgezien daarvan is het bedrag van de gevorderde schadevergoeding niet gespecificeerd, noch anderszins voldoende onderbouwd. De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel ter zitting een schadevergoeding ter hoogte van € 250,-- toegezegd, zodat verzoeker recht heeft op dat bedrag. Zulks staat echter tussen partijen niet ter discussie.

Conclusie

7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 februari 2010,

Voorzitter