

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D beide te E  
Zaak : Buitenland, Verenigde Staten, geneeskundige zorg, GGZ,  
verslavingszorg, klinische behandeling,  
Zaaknummer : 2012.02780  
Zittingsdatum : 9 oktober 2013

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 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, 2.3 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

---

## 1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C en

2) D beide te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Optimaal (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvulling Optimaal McKinsey 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 afgesloten aanvullende verzekering Tand Optimaal McKinsey is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

## 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een klinische detoxbehandeling die heeft plaatsgevonden in Palm Harbor (Verenigde Staten) (hierna: de aanspraak). Naar aanleiding van de ter declaratie ingediende nota's heeft de ziektekostenverzekeraar informatie opgevraagd bij verzoeker. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar deze informatie gezonden. Bij brief van 12 juli 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat voor de onderhavige behandeling – na aftrek van het verschuldigde eigen risico – een bedrag van € 3.207,19 wordt vergoed. De meerkosten worden afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 28 augustus 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de behandeling mogelijk niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker is daarom verzocht nadere informatie over te leggen. Vervolgens is via e-mail diverse keren over en weer gecorrespondeerd.

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

- 3.4. Bij brief van 18 mei 2013 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).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 juli 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 juli 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 juli 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 oktober 2013 per e-mail medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 9 juli 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 8 augustus 2013 (zaaknummer 2013082309) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen voor zover het bedrag dat hoort bij de DBC-code 29101009035058 (psychiatrie, reguliere zorg, overige aan een middel gebonden stoornissen, kortdurend verblijf, langdurige of intensieve behandeling aan overige middelen gebonden stoornissen 800-1800 minuten) de reeds toegekende vergoeding te boven gaat. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 oktober 2013 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 10 oktober 2013 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 22 oktober 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.
- 3.11. De commissie heeft het CVZ bij brief van 14 november 2013 verzocht mede te delen of het tarief van de DBC dat in het voorlopig advies is genoemd inderdaad € 3.207,19 bedraagt - zoals door de ziektekostenverzekeraar ter zitting is gesteld - dan wel of het aannemelijk is dat de tarieven van de in het voorlopig advies genoemde DBC en de door de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie gehanteerde DBC gelijk zijn.
- 3.12. Bij brief van 26 november 2013 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Het CVZ verklaart dat de door de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie gebruikte DBC ziet op 'overige stoornissen in de kindertijd' (001 van de code). Omdat het om een klinische behandeling voor middelenverslaving gaat, is code 009 'overige aan een middel gebonden stoornissen' logischer. Verder wordt opgemerkt dat de '058' in de DBC-code verwijst naar 800-1800 minuten. Het bepalen van

de hoogte van een toegekende vergoeding dan wel een vergoeding waarop men aanspraak kan maken behoort echter niet tot de adviesbevoegdheid/deskundigheid van het CVZ.

- 3.13. Een afschrift van het CVZ-advies is op 29 november 2013 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren, maar zij hebben geen gebruik gemaakt van de geboden mogelijkheid.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is in maart 2007 gediagnosticeerd met leukemie. In de loop van 2007 is aan verzoeker het geneesmiddel fentanyl voorgeschreven als pijnbestrijdingsmiddel. Deze pijnbestrijding bleek over langere tijd noodzakelijk omdat zich naast de leukemie meerdere complicaties hebben voorgedaan.
- 4.2. Rond september 2011 vond verzoeker het – in overleg met zijn huisarts – tijd om iets te doen aan zijn fentanylverslaving. Hij heeft zich daarom georiënteerd op de beste behandelmethode. Er bleek evenwel geen helder oordeel van de deskundigen te bestaan over wat de beste behandelmethode voor genoemde fentanylverslaving is.
- 4.3. Op advies van een medisch adviseur van Cephalon, de producent van Actiq (fentanyl) is verzoeker zich in de Verenigde Staten gaan oriënteren. Uiteindelijk heeft hij gekozen voor de Florida Detox.
- 4.4. In januari 2012 is verzoeker in voornoemde kliniek behandeld en bleek hij – vanwege zijn doorzettingsvermogen – zonder verdoving en intensieve klinische behandeling binnen negen dagen vrij te zijn van zijn fentanylverslaving. Door dit snelle resultaat heeft de behandeling slechts \$ 12.000,-- gekost, in plaats van de \$ 20.000,-- die was begroot. Dit is exclusief de kosten van het uitgebreide bloedonderzoek van \$ 1.529,64.
- 4.5. Verzoeker heeft op 26 februari 2012 de nota's van voornoemde behandeling ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar hem bij brief van 13 maart 2012 om een toelichting gevraagd aan de hand van een meegezonden vragenformulier. Verzoeker heeft dit formulier op 16 maart 2012 ingevuld geretourneerd. Op 7 mei 2012 ontving verzoeker een brief met het verzoek om nadere informatie, te weten de medische indicatie van de medisch specialist, de ontslagbrief van de medisch specialist, en de vraag welk opiaat het hier betreft. Verzoeker heeft dit verzoek op 30 mei 2012 zelf beantwoord. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn verzoek om aanvullende informatie op 5 juni 2013 herhaald, zonder de door verzoeker op 30 mei 2012 gestelde vragen te beantwoorden. Zo is over en weer meerdere keren gecorrespondeerd.
- 4.6. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou de behandeling van een fentanylverslaving in Nederland poliklinisch plaatsvinden en zou hiervoor een bedrag van € 3.207,19 worden vergoed. Verzoeker heeft "offerte-indicaties" gevraagd bij drie geaccrediteerde Nederlandse instellingen voor verslavingszorg. Hieruit kwam naar voren dat een behandeling van een fentanylverslaving in totaal tussen de € 25.000,-- en € 30.000,-- kost, waarbij een eigen bijdrage geldt variërend van € 0,-- tot € 5.000,--.

- 4.7. Verzoeker benadrukt dat zijn behandeling zeer succesvol is geweest. Hij is tot op de dag van vandaag vrij van zijn verslaving. Hierdoor heeft hij de ziektekostenverzekeraar aanzienlijke kosten bespaard. Sinds de behandeling hoeft de ziektekostenverzekeraar de kosten van fentanyl immers niet meer te vergoeden.
- 4.8. De ziektekostenverzekeraar heeft vanaf het ter declaratie indienen van de onderhavige nota's geen weerwoord gegeven op de argumenten van verzoeker met betrekking tot de vergoeding, in het bijzonder dat de behandeling zeer succesvol is en dat de kosten van een dergelijke behandeling in Nederland een stuk hoger liggen. Voorts is de ziektekostenverzekeraar volstrekt inconsequent geweest in het vragen om steeds algemenere nadere informatie. Daarenboven vindt verzoeker het absurd dat de ziektekostenverzekeraar ter discussie heeft gesteld of de onderhavige behandeling volgens de gebruikelijke procedures en technieken heeft plaatsgevonden. Zeker aangezien bekend is dat het zeer moeilijk is om van een jarenlange fentanylverslaving af te komen, en dat dit in het onderhavige geval in korte tijd en tegen lage kosten is gelukt.
- 4.9. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het in de eerste plaats een principiële probleem betreft. De ziektekostenverzekeraar komt steeds met ontwijkende reacties. Het gaat verzoeker niet om de vergoeding; als hij gelijk krijgt gaat het geld naar een goed doel. Het succes van de behandeling is evident, en daarmee is het bewijs geleverd. Toch stelt de ziektekostenverzekeraar dat de behandeling niet goed is en vraagt hij telkens om andere informatie. Verzoeker heeft deze vragen steeds naar beste vermogen beantwoord. Verder worden allerlei nummers genoemd, waarmee verzoeker niets kan. Van het toegekende tarief heeft hij geen enkele substantiëring gezien. Hij heeft zelf naar de Jellinekkliniek gebeld en daar werd hem verteld dat de standaardprocedure bij een fentanylverslaving een opname gedurende twee weken is, met daarna zo nodig nog ambulante behandeling. De kosten hiervan zijn ongetwijfeld hoger dan € 3.000,--. Door te kiezen voor een niet-klinische behandeling heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar veel geld bespaard.
- 4.10. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar niet voorafgaand aan zijn behandeling om toestemming gevraagd, daarom is artikel 18, lid 5 van de zorgverzekering niet van toepassing. Op grond van artikel 3 lid 2 bestaat aanspraak op vergoeding tot maximaal het op dat moment in Nederland geldende marktconforme tarief. Voor de onderhavige behandeling bedraagt dit tarief € 3.412,98. Dit tarief is gebaseerd op de DBC-code 29101001035058 op basis van 'niet-klinische specialistische GGZ, overige middelen gebonden strn. 1800 t/m 2999'. Op deze vergoeding is het nog openstaande eigen risico over 2012 in mindering gebracht. Daarom is een bedrag van totaal € 3.207,19 aan verzoeker vergoed.
- 5.2. Dat de behandeling succesvol is geweest, is voor verzoeker natuurlijk heel prettig, maar niet relevant voor de aanspraak ten laste van de zorgverzekering.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker meermaals verzocht om nadere informatie, te weten de medische indicatie voor deze behandeling, de ontslagbrief en een verklaring van de medisch specialist betreffende het specifieke opiaat waarvoor verzoeker de behandeling heeft ondergaan. Verzoeker heeft de vragen steeds zelf be-

antwoord, zonder de gevraagde verklaringen over te leggen. Dit is onvoldoende als om medische verklaringen wordt gevraagd. Er is – in tegenstelling tot hetgeen verzoeker stelt – dus geen sprake van het telkens opvragen van nieuwe informatie, maar het steeds opnieuw stellen van dezelfde vragen om medische informatie die verzoeker de ziektekostenverzekeraar niet heeft verstrekt. De ziektekostenverzekeraar heeft deze informatie nodig om zich ervan te vergewissen wat de behandeling precies inhoudt en hoe deze vergelijkbaar is met de Nederlandse zorg én om te kijken of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar om de verwijzing naar deze specifieke kliniek gevraagd, althans gevraagd waarom niet is verwezen naar een Nederlandse GGZ-instelling. Ook hierop heeft verzoeker geen stukken van de behandelend of verwijzend arts(en) ingezonden. De ziektekostenverzekeraar beschikt daarom niet over informatie die aanleiding geeft tot het toekennen van een hogere vergoeding dan reeds is toegekend. De verklaringen van verzoeker zelf zijn hiervoor onvoldoende.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij eerder de verkeerde DBC-code heeft gebruikt. Het CVZ heeft de juiste DBC-code genoemd. Het tarief van beide DBC-codes is hetzelfde, dus voor de hoogte van de vergoeding maakt dit geen verschil. De ziektekostenverzekeraar heeft recht op een onderbouwing van de behandeling. Hierom is bij herhaling gevraagd. Er is dus geen sprake geweest van het opvragen van steeds andere gegevens. Op de verzoeken om informatie is niets gekomen, behoudens de mededeling dat de behandeling succesvol was en dat deze heeft plaatsgevonden door de beste artsen op het betreffende gebied. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat geen sprake is geweest van onheuse bejegening en dat de correcte vergoeding is verleend.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 17 van de zorgverzekering en 17 van 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 gehouden is een hogere vergoeding te verlenen dan reeds is verleend voor de behandeling van de fentanylverslaving van verzoeker in de Verenigde Staten, 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18.1 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 18.8 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op specialistische GGZ bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

*“lid 1 a Voor de specialistische GGZ is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts of medisch specialist. (...)”*

*Lid 2 De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden, met dien verstande dat:*

*(...)*

*b. verzekerden van 18 jaar en ouder per kalenderjaar niet meer dan € 200,- aan eigen bijdrage betalen, (...)”*

8.3. In artikel 18.2 van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland geregeld, en deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

*“lid 1 de verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 3 lid 2 van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.*

*(...)*

*lid 5 in de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding.*

*(...)”*

8.4. In artikel 3 lid 2 van de zorgverzekering is bepaald dat vergoeding van kosten plaatsvindt tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum)tarief, of – indien en voor zover geen sprake is van voornoemd tarief – op basis van het in Nederland geldende marktconforme tarief.

8.5. De artikelen 3 lid 2, 18.2 en 18.8 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 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, 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.

Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Artikel 2.2 Bzv bepaalt dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering worden gebracht: (I) hetgeen de verzekerde als eigen bijdrage had moeten betalen indien hij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten, (II) de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

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. De commissie stelt allereerst vast dat, nu de ziektekostenverzekeraar heeft besloten een gedeeltelijke vergoeding te verlenen, de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering geen beantwoording meer behoeft. Het zelfde geldt voor de indicatie en ook kan in het midden blijven of in dit geval is voldaan aan de formele vereisten, zoals met name het vereiste van een geldige verwijzing. Rest nog de vraag of door de ziektekostenverzekeraar de juiste vergoeding is verleend.
- 9.2. Op grond van artikel 18.8 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 zijn 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 echter niet meer dan € 200,--.
- 9.3. Op basis van artikel 18.2 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland. Hierbij is bepalend of vooraf toestemming is gevraagd en verkregen. Door verzoeker is niet om toestemming verzocht. Ingevolge artikel 3 lid 2 van de zorgverzekering bedraagt de vergoeding in dat geval maximaal het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum)tarief, of – indien en voor zover geen sprake is van een zodanig tarief – het in Nederland geldende marktconforme tarief.
- 9.4. Het CVZ heeft in zijn advies van 9 juli 2013 geconcludeerd dat DBC-code 29101009035058 (psychiatrie, reguliere zorg, overige aan een middel gebonden stoornissen, kortdurend verblijf, langdurige of intensieve behandeling aan overige middelen gebonden stoornissen 800-1800 minuten) voor de behandeling die verzoeker heeft ondergaan de meest toepasselijke DBC-code is. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Uit de Tariefbeschikking DBC GGZ blijkt dat hiervoor in 2012 een tarief gold van € 1.902,52. Aangezien de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker reeds een vergoeding van € 3.412,98 heeft toegekend – waarop het op dat moment nog openstaande eigen risico in mindering is gebracht – heeft verzoeker reeds een hoger bedrag vergoed gekregen dan waarop hij conform de polisvoorwaarden aanspraak heeft. De commissie zal niet treden in deze beslissing.
- 9.5. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd – onder andere ten aanzien van het effect van de behandeling, de bespaarde kosten, en de tarieven die door instellingen in Nederland hiervoor zouden zijn berekend – kan niet leiden tot een andere uitkomst.



### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

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

### **Conclusie**

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de vergoeding weliswaar gebaseerd op een onjuiste DBC-code, maar toepassing van de juiste DBC-code leidt niet tot een hogere vergoeding. De commissie acht met het oog hierop wel termen aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten het betaalde entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

### 10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 18 december 2013,

Voorzitter