

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te B, tegen D en E, beide te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, kosten bevalling, verblijf eenpersoonskamer
Zaaknummer : 2012.00155
Zittingsdatum : 10 oktober 2012

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 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, artt. 17, 18 en 19 Vo 883/2004)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door mevrouw C te B,

tegen

1) D te F en

2) E te F,

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 verzekering Ziektekosten Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Standaard (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Tandarts Compleet afgesloten. De verzekering Tandarts Compleet is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing.

Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een bevalling, die heeft plaatsgevonden in Brussel (België) (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 10 en 16 januari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk is ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 2.511,- respectievelijk € 234,71, in totaal derhalve € 2.745,71.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 januari 2012 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 11 juni 2012 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 zorgverzeke-

ring 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 augustus 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 augustus 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 4 september 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 22 augustus 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 29 augustus 2012 (zaaknummer 2012099037) 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 de (meer)kosten van verblijf, anders dan op basis van de laagste klasse, niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 19 september 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 oktober 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Na de zitting zijn partijen in de gelegenheid gesteld aanvullende stukken in te dienen. Deze stukken zijn door de commissie ontvangen en in afschrift aan de wederpartij gezonden.
- 3.11. Bij brief van 8 november 2012 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 21 november 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt 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. Verzoekster is in een ziekenhuis in Brussel bevallen en heeft daarbij gebruik gemaakt van een eenpersoonskamer. Zij heeft bij de Belgische mutualiteit en het ziekenhuis geïnformeerd of haar Nederlandse verzekering vergelijkbaar is met een Belgische hospitalisatieverzekering. Men dacht dat dit wel zo ongeveer het geval was, mede getuigd op de kosten van de Nederlandse verzekering. Bij navraag bleek verder dat het in België volstrekt normaal is de dagen na de bevalling in het ziekenhuis of de kraamkliniek door te brengen op een eenpersoonskamer. Alleen mensen die onderverzekerd zijn of niet zijn verzekerd, kiezen voor verblijf op een gemeenschappelijke kamer. De ziektekostenverzekeraar gaat ten onrechte uit van de Nederlandse situatie, waarbij klassenverpleging verboden is. Indien verzoekster was bevallen in een kraamkliniek,

zou zij ook zijn verbleven op een eenpersoonskamer. In dat geval was er geen sprake geweest van kamerkeuze.

- 4.2. Verzoekster heeft zich met het E 106-formulier aangemeld bij de mutualiteit. Door een fout is de aanmelding echter niet goed verwerkt en heeft het ziekenhuis de kosten rechtstreeks bij verzoekster in rekening gebracht. Op de nota is ten onrechte vermeld dat het om een “niet mutualist” zou gaan.
- 4.3. De mutualiteit vergoedt alleen de basiskosten. De verblijfskosten en het daaraan gekoppelde honorariumsupplement komen ten laste van de hospitalisatieverzekering. Verzoekster was ten tijde van haar vertrek naar België reeds zeven maanden in verwachting, en kon om die reden geen hospitalisatieverzekering (meer) afsluiten.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft – anders dan hij stelt – geen vergoeding verleend conform het Nederlandse tarief, aangezien een aanzienlijk deel van de honorariumkosten onbetaald is gebleven.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij inmiddels een factuur van het ziekenhuis heeft ontvangen. Een deel van de kosten komt ten laste van de mutualiteit. Verzoekster vindt dat het in strijd is met het arrest Van Braeckel indien zij de ziektekostenverzekeraar een bedrag zou moeten terugbetalen van € 1.600,--. Alleen het bedrag van € 500,-- voor het kamersupplement zou voor haar rekening moeten blijven.
- 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 meerkosten van het verblijf op een eenpersoonskamer, zodat deze kosten niet aan verzoekster zijn vergoed. De overige kosten zijn conform kostprijs aan verzoekster voldaan. In België kan men zich aanvullend verzekeren voor kosten van erelonen en eenpersoonskamers; in Nederland bestaat deze mogelijkheid niet.
 - 5.2. Het E 106-formulier dat door de ziektekostenverzekeraar is afgegeven moet worden ingediend bij de mutualiteit. De mutualiteit stuurt een afschrift van dit formulier naar het CVZ. De ziektekostenverzekeraar heeft contact gehad met het CVZ, waarbij is gebleken dat het formulier daar nooit is ontvangen. Uit het feit dat het Belgische ziekenhuis de nota naar verzoekster heeft gestuurd, blijkt dat men ook in België niet op de hoogte is van een inschrijving bij de mutualiteit.
 - 5.3. Verzoekster heeft recht op vergoeding van de kosten die op de nota zijn vermeld onder punt 1 “persoonlijke tussenkomst”. Het betreft bedragen van € 1.658,08 respectievelijk € 1.012,47, in totaal € 2.668,55. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar nog twee nota's vergoed die met de behandeling samenhangen. Het gaat om bedragen van € 22,17 en € 50,--. De totale vergoeding komt daarmee uit op € 2.745,71.
 - 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat aan de hand van de nieuwe factuur een DBC-code is vastgesteld. Gebleken is dat aan verzoekster € 1.600,-- teveel is betaald. Hierbij is rekening gehouden met het genoemde arrest. Een deel van de rekening heeft betrekking op het honorarium van de arts in

verband met de keuze voor een kamer met supplement. De ziektekostenverzekeraar stelt voor het bedrag van € 1.600,-- te delen, in die zin dat ieder de helft voor zijn rekening neemt.

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 artikel 10 van het 'Algemeen gedeelte' van de zorgverzekering en 15 van het 'Algemeen gedeelte' 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 de aanspraak alsnog volledig 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 3 tot en met 36 van 'Deel II Prestatiewijze en Dekking' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 5 van 'Deel II Prestatiewijze en Dekking' regelt de aanspraak op medisch-specialistische zorg en luidt, voor zover hier van belang:

"a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor opname in een ziekenhuis op basis van de laagste klasse voor maximaal 365 dagen. (...)"

8.4. Artikel 7 van 'Deel II Prestatiewijze en Dekking' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geboortezorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Als vrouwelijke verzekerde heeft u aanspraak op vergoeding van de kosten voor verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en voor kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. Een verloskundige, een medisch-specialist, of een huisarts verleent de zorg, al dan niet in combinatie met zorg vanuit een geboortecentrum. (...)"

De volgende situaties worden onderscheiden:

a. Bevallig en kraamzorg in een ziekenhuis met medische noodzaak

Als bevalling in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, vergoedt de zorgverzekeraar voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, de kosten voor medisch-specialistische zorg en opname in het ziekenhuis volgens artikel 5.

b. Bevallings en kraamzorg in een ziekenhuis zonder medische noodzaak of in een geboortecentrum

Als de bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis plaatsvinden zonder medische noodzaak, of in een geboortecentrum, vergoedt de zorgverzekeraar voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, de kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg. Hiervoor geldt een eigen bijdrage voor zowel moeder als haar kind van € 15,50 per persoon per dag. Deze eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis of het geboortecentrum de € 111,50 per persoon per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen gebeurt op basis van de opgave door het ziekenhuis of door het kraambureau dat kraamzorg verleent na ontslag uit het ziekenhuis.

c. Bevallings en/of kraamzorg thuis

Bij bevalling en kraamzorg thuis vergoedt de zorgverzekeraar de kosten voor:

1. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) door de huisarts of verloskundige;
2. de inschrijving, intake en partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
3. tenminste 24 en maximaal 80 uren kraamzorg, gedurende maximaal tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en haar kind en wordt vastgesteld en toegekend in overleg met de zorgverzekeraar. Het uitgangspunt is wat het geboortecentrum of kraambureau op grond van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg indiceert. Voor deze vergoeding geldt een eigen bijdrage van € 3,90 per uur.

Als na de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum de kraamzorg thuis of in een kraamhotel plaatsvindt, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten voor kraamzorg zoals omschreven onder 3. Hierbij geldt dat de zorgverzekeraar het aantal dagen doorgebracht in het ziekenhuis of geboortecentrum in mindering brengt op de genoemde termijn van maximaal tien dagen.

Kosten van het kraamhotel anders dan voor kraamzorg worden niet vergoed. (...)"

- 8.5. Artikel 25 van 'Deel II Prestatiewijze en Dekking' regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de hiervoor genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2. (...)"

- 8.6. De artikelen 5, 7 en 25 van 'Deel II Prestatiewijze en Dekking' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van het 'Algemeen gedeelte' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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.

Medisch-specialistische zorg en verloskundige zorg zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 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 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.

8.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor de meerkosten van een poliklinische bevalling zonder medische indicatie en de eigen bijdrage voor kraamzorg.

8.10. Artikel 17 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

“Een verzekerde en zijn gezinsleden die in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat wonen, hebben in de lidstaat van hun woonplaats recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de woonplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof zij krachtens die wetgeving verzekerd waren.”

8.11. Artikel 18 lid 1 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

“Tenzij anders is bepaald in lid 2, kunnen de in artikel 17 bedoelde verzekerden en hun gezinsleden de verstrekkingen eveneens tijdens een verblijf in de bevoegde lidstaat verkrijgen. De verstrekkingen worden verleend door en voor rekening van het bevoegde orgaan, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkene in die lidstaat woonde. (...)”

8.12. Artikel 19 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.

2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Verzoekster woont in België en werkt in Nederland. Zij is op grond van artikel 1 onder f van Vo 883/2004 te beschouwen als grensarbeider. Vanwege het werkland-beginsel van artikel 11 lid 3 van genoemde verordening is zij in Nederland verzekeringsplichtig. Nederland is daarmee de bevoegde staat met betrekking tot de financiering van die zorg. Verzoekster kan echter, op grond van de artikelen 17 en 18 van de verordening, kiezen of zij wil gebruikmaken van de zorg in Nederland volgens het Nederlandse wettelijke stelsel, dan wel in België volgens het Belgische wettelijke stelsel. In de laatste situatie dient zij zich met een van de Nederlandse ziektekostenverzekeraar verkregen S1-formulier (voorheen E106-formulier) aan te melden bij een mutualiteit, hetgeen verzoekster ook heeft gedaan.

9.2. De hiervoor beschreven mogelijkheid in beide landen zorg te genieten conform het ter plaatse geldende wettelijke stelsel, biedt echter geen garantie voor volledige kosten dekking van de ontvangen zorg. De verordening regelt slechts dat één van de beide

relevante wetgevingen van toepassing is in grensoverschrijdende situaties, maar niet dat er altijd een regeling is waarop betrokkene zich kan beroepen. Doel van de verordening is immers uitsluitend coördinatie, en niet harmonisatie van sociale verzekeringsstelsels. Op grond van artikel 168 lid 7 VWEU zijn de lidstaten zelf verantwoordelijk voor de invulling van hun gezondheidsbeleid, alsmede voor de organisatie en verstrekking van gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging.

- 9.3. Indien de nota's voor zorg die verzoekster in België heeft genoten niet rechtstreeks bij de mutualiteit kunnen worden gedeclareerd, omdat aldaar met de inschrijving iets mis lijkt te zijn gegaan, kan dat de Nederlandse ziektekostenverzekeraar niet worden toegeworpen. De Nederlandse ziektekostenverzekeraar kan met name niet worden gehouden die nota's overeenkomstig de Belgische wettelijke regeling te vergoeden, althans voor zover deze nota's niet ook op grond van de Nederlandse Zorgverzekeringswet en de daarop gebaseerde bepalingen van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Dit betekent dat de door verzoekster ingediende nota's van de Belgische zorgaanbieder aan de voorwaarden van de zorgverzekering dienen te worden getoetst, alvorens tot vergoeding daarvan kan worden overgaan. Ten aanzien van de aanspraken op grond van de zorgverzekering geldt het volgende.
- 9.4. Waar het gaat om de vergoeding van medisch-specialistische zorg, worden in Nederland behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenoemde Diagnose Behandelcombinatie (DBC). Deze regeling is op 1 januari 2005 ingevoerd door de overheid. Een DBC omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorging, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling verleende paramedische zorg en geneesmiddelen.
- 9.5. De ziektekostenverzekeraar mag krachtens de zorgverzekering niet meer of minder vergoeden dan hem op grond van de onderliggende wet- en regelgeving is toegestaan. Op de ziektekostenverzekeraar rust derhalve de plicht te toetsen of de behandelingen waarvoor een nota wordt ingediend voldoen aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.6. Verzoekster heeft op 21 december 2011 een rekening van de Belgische behandelinstelling gekregen ter grootte van € 5.372,13, die is gebaseerd op tarieven die in rekening worden gebracht indien verzoekster niet zou zijn ingeschreven bij de mutualiteit. Op basis van deze factuur heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 18 januari 2012 medegedeeld het bedrag van € 2.745,71 te vergoeden, zonder een DBC vast te stellen en derhalve in afwijking van de vergoedingsvoorwaarden die op grond van de zorgverzekering hebben te gelden.
- 9.7. Verzoekster heeft op een later moment van de behandelinstelling een nieuwe nota ontvangen die gebaseerd is op tarieven die in rekening worden gebracht indien verzoekster wel zou zijn ingeschreven bij de mutualiteit, hetgeen de facto het geval is. Van deze nota is een gedeelte bij de mutualiteit in rekening gebracht; een bedrag van € 2.813,45 blijft uiteindelijk voor rekening van verzoekster. Het verschil tussen de eerste nota en de tweede nota van € 2.558,68 is door de behandelinstelling aan haar terugbetaald.
- 9.8. Van de uiteindelijke nota van € 2.813,45 behoort een aantal posten voor rekening van verzoekster te blijven. Dit zijn de kosten voor de keuze voor opname in een kamer Comfort ter hoogte van € 500,-, waarvoor verzoekster blijkens de opnameverklaring

uitdrukkelijk heeft gekozen. Tevens dienen de kosten voor de aansluiting voor het internet ter hoogte van € 5,00 en de kosten voor de stretch culottes ter hoogte van € 8,65 voor haar rekening te blijven. De overige kosten, ter hoogte van € 2.299,80, zijn kosten die onlosmakelijk zijn verbonden met de zorg tijdens de bevalling en het verblijf in de behandelinstelling.

- 9.9. Uit het voorgaande volgt dat de door de ziektekostenverzekeraar toegezegde en reeds uitgekeerde vergoeding van € 2.745,71 dient te worden verrekend met de kosten die uiteindelijk bij verzoekster voor de zorg tijdens de bevalling en het verblijf in de behandelinstelling in rekening zijn gebracht, te weten € 2.299,80, zodat verzoekster gehouden is een bedrag van € 445,91 aan de ziektekostenverzekeraar terug te betalen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.10. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de meerkosten van een eenpersoonskamer, het gebruik van internet, en de stretch culottes, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen, en dat verzoekster gehouden is een bedrag van € 445,91 aan de ziektekostenverzekeraar terug te betalen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af, en bepaalt dat verzoekster gehouden is een bedrag van € 445,91 aan de ziektekostenverzekeraar terug te betalen.

Zeist, 5 december 2012,

Voorzitter