



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Thailand, geneeskundige zorg, operatie knie, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201402869
Zittingsdatum : 4 november 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (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 Bewuzt Buitenland Goed 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 verzekeringen Bewuzt Fysio Beter en Bewuzt Tand Beter zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft in Koh Samui, Thailand, een knieoperatie ondergaan (hierna: de aanspraak). De kosten hiervan zijn via de ANWB Alarmcentrale rechtstreeks door de ziektekostenverzekeraar aan het ziekenhuis vergoed. Bij brief van 7 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 8.112,41 van verzoeker gevorderd, met de mededeling dat dit bedrag niet voor vergoeding in aanmerking komt.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 maart 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 ongedateerde brief, ontvangen op 28 april 2015, heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag 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 14 juli 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 juli 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 augustus 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 oktober 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 22 juli 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 8 september 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015090366) bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld dat de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-zorgproductcode passend kan zijn, maar dat DBC-zorgproduct 199299018 passender is indien sprake is geweest van meer dan vijf verpleegdagen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 november 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld nader te onderbouwen waarop de door hem ter zitting toegezegde vergoeding is gebaseerd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 9 november 2015 aan de commissie medegedeeld geen stukken te hebben waaruit deze vergoeding blijkt. Een afschrift van deze reactie is op 12 november 2015 ter kennisname aan verzoeker gezonden.
- 3.11. Bij brief van 13 november 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 19 november 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend arts heeft ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: *"History (...) The patient had traffic accident last night and has open wound at right thigh and forehead with multiple abrasion about 10 hours before coming to the hospital. He went to clinic at Tao island and had first aid there before transferred to Samui island for further management. (...) Operation: 1. Wound debridement, repair muscle and fascia and wound suture, 2. Wound suture at frontal area, left cheek and left post auricular area. (...)"*
- 4.2. Op 24 april 2013 heeft verzoeker, tijdens zijn vakantie op het Thaise eiland Koh Tao, een ernstig ongeluk gehad met een scooter. Zijn knie lag open en hij had diverse hoofdwonden. Verzoeker was buiten bewustzijn, en is vervoerd naar de Spoedeisende Eerste Hulp op het eiland. Hier bleek dat verzoeker moest worden geopereerd. Dit kon niet ter plaatse, en gebeurde op een ander eiland. Tijdens het vervoer naar het ziekenhuis aldaar is verzoeker slapende gehouden. Op de boot is hij weer bij bewustzijn gekomen, maar een aantal keren raakte hij opnieuw buiten bewustzijn. Bij aankomst op Koh Samui stond de ambulance klaar, en is verzoeker vervoerd naar het Bangkok Hospital. Verzoeker is in het betreffende ziekenhuis opgenomen en werd daar aangesloten op enkele apparaten, waarbij hem vocht en sterke medicatie werden toegediend. Verzoeker heeft anderhalf uur moeten wachten op de operatie, omdat toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig was. Verzoeker heeft contact gehad met de ANWB Alarmcentrale, waarbij hem door een medewerker werd verteld dat hij goed verzekerd was. Daarom werd toestemming gegeven voor de operatie, die twee uur duurde.

- 4.3. De volgende dag waren het been en de knie van verzoeker ongeveer twee keer zo dik geworden, hetgeen gepaard ging met veel pijn. De behandelend arts deelde hem mede dat het been was getroffen door een zware infectie, waardoor de kans groot was dat hij in de komende dagen opnieuw moest worden geopereerd. Ook het woord "amputatie" is toen gevallen. Per dag zou worden bekeken of de antibiotica voldoende aansloegen om de infectie tegen te gaan. Pas na vier dagen leek het been dunner te worden en begon de paarsblauwe kleur enigszins weg te trekken. Op dat moment was verzoeker door de hevige pijn het bed nog niet uit geweest. Op de zesde dag, maandag 29 april 2013, deelde de behandelend arts hem mede dat de infectie onder controle leek. Verzoeker werd ontslagen uit het ziekenhuis, en kreeg voor de duur van twee weken antibiotica mee. Verzoeker is hierna op kosten van zijn reisverzekeraar vervoerd naar Nederland.
- 4.4. De totale kosten van de behandeling belopen € 10.381,77. Hiervan is door de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 2.604,- vergoed. Verzoeker heeft hierover telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Een medewerker was het met hem eens dat dit bedrag wel erg laag is, en nam aan dat er een fout was gemaakt. De medewerkers van de afdeling die de beslissing had genomen, waren echter al naar huis. Verzoeker werd twee dagen later teruggebeld met de mededeling dat het tarief juist was. Hij heeft hierop contact gezocht met de ANWB Alarmcentrale. Een medewerker vertelde hem dat de ziektekostenverzekeraar op 24 april 2013 heeft medegedeeld dat verzoeker "volledig gedekt was", en dat het niet zo kon zijn dat hij iets moest betalen. De volgende dag belde de betreffende medewerker verzoeker terug met de mededeling dat de ziektekostenverzekeraar nooit had mogen doorgeven dat verzoeker volledig verzekerd was, maar zij kon verzoeker niet verder helpen. Het bedrag van € 8.112,41 was volgens haar terecht gefactureerd. Een aantal dagen later werd verzoeker wederom teruggebeld, en werd hem verteld dat de DBC-code werd herzien, en dat het te vergoeden bedrag ongeveer € 1.000,- hoger uit komt. Waar één en ander op is gebaseerd, wilde de medewerker niet uitleggen.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar gaat voor het bepalen van de hoogte van de vergoeding ten onrechte uit van een normale knie-operatie. Verzoeker was buiten bewustzijn, heeft ook een behandeling gehad voor zijn hoofdwond, en kreeg bovendien te maken met een infectie die ervoor heeft gezorgd dat hij langer in het ziekenhuis werd opgenomen. Verder was verzoeker niet in staat te kiezen voor een ander ziekenhuis, en heeft hij noch van de ziektekostenverzekeraar noch van de ANWB Alarmcentrale de mededeling gekregen dat niet alle kosten werden vergoed. Dit gebeurde eerst op 7 januari 2014.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker opgemerkt dat na zijn ongeluk contact is opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Door de medewerker werd gezegd dat een vergoeding zou volgen. Er is niet op gewezen dat kosten voor eigen rekening zouden blijven. De medische gegevens die vanuit het ziekenhuis zijn verstrekt zijn zeer summier, maar er is wel steeds contact geweest tussen het ziekenhuis en de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft verder toegelicht zeven nachten in het ziekenhuis te hebben verbleven, zodat het door het Zorginstituut genoemde DBC-zorgproduct correct is. Verzoeker is erg geschrokken van de hoge rekening die hij ontving. Hiervoor zijn door de ziektekostenverzekeraar nooit excuses aangeboden.
- 4.7. 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 in Thailand een scooterongeluk gehad en is in het Bangkok Hospital behandeld. De kosten hiervan zijn door de ANWB Alarmcentrale aan het ziekenhuis voldaan. Op basis van het medisch rapport van het Bangkok Hospital heeft de medisch adviseur van de ANWB Alarmcentrale vastgesteld dat DBC-zorgproductcode 199299058 de meest passende is. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft bevestigd dat dit de juiste code is. De ziektekostenverzekeraar heeft alleen nota's gekregen met betrekking tot de behandeling, en deze aan verzoeker doorberekend. Het gaat nog om een bedrag van € 6.922,37. Voor het

ambulancevervoer is geen nota ontvangen. De kosten van de behandeling van de opgetreden infectie vallen onder de toegepaste DBC-zorgproductcode.

5.2. Op basis van de registratie van de contactmomenten van de ANWB Alarmcentrale stelt de ziektekostenverzekeraar vast dat geen toezeggingen zijn gedaan over een volledige vergoeding van de kosten door de ziektekostenverzekeraar. De ANWB Alarmcentrale heeft alleen medegedeeld garant te staan voor de medische kosten. Verzoeker was ervan op de hoogte dat hij geen aanvullende verzekering heeft afgesloten die recht geeft op 100 percent vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland. Ook is door hem geen reisverzekering afgesloten met dekking van medische kosten. Hij kon daarom weten dat een bedrag voor zijn rekening zou blijven.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de aanvullende ziektekostenverzekering alleen dekking biedt in Europa en de Verdragslanden. Thailand valt hieronder niet. In de zorgverzekering is bepaald dat wordt vergoed tot maximaal de in Nederland van toepassing zijnde Wmg-tarieven. Er is een nota gedeclareerd van ruim € 10.000,--, en hiervan is ongeveer € 3.700,-- vergoed. Daardoor blijft een bedrag van € 6.922,38 voor eigen rekening. Het advies van het Zorginstituut is voorgelegd aan de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Uit het medisch dossier moet onomstotelijk blijken hoeveel ligdagen er zijn geweest. Op de nota staat wel een keer dat het ging om zes dagen, maar dit komt verder niet meer terug. Verzoeker zegt dat het ging om zeven dagen. Bij twijfel is de ziektekostenverzekeraar bereid een hogere vergoeding te betalen. Deze vergoeding bedraagt € 5.076,94.

5.4. Bij brief van 9 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht niet te beschikken over een lijst met tarieven waaruit blijkt dat bij de DBC-zorgproductcode 199299018 een bedrag hoort van € 5.076,94.

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 10 van de zorgverzekering en 7 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 dan wel tot een hoger bedrag 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. (...)

- 8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)"*

- 8.5. Artikel 1.4 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Als u ervoor kiest voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven voor 2013, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven. (...)

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hebt u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren."

- 8.6. De artikelen 1.4, 9 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 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.

Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding indien de verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

- 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. Artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt:

"Bewuzt Buitenland Goed (indien verzekerd)

Europa: volledig

Hieronder vallen de landen van de Europese Unie en de Europese Economische Ruimte: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Barthélemy, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Liechtenstein, Litouwen, Luxemburg, Malta, Noorwegen, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar), IJsland, Zweden en Zwitserland. Ook de verdragslanden vallen hieronder: Australië, Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië Montenegro, Tunesië en Turkije.

Bewuzt Buitenland Beter (indien verzekerd)

Wereld: volledig"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen Thailand en Nederland bestaat geen verdrag met betrekking tot de sociale ziektekostenverzekering, zodat dient te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Niet in geschil is dat de aan verzoeker verleende zorg een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat hij hiervoor ten tijde van de behandeling een indicatie had. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag naar de hoogte van de vergoeding.
- 9.2. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van het DBC-zorgproduct met code 199299058 met als omschrijving: *"Oper huid/weke delen overig middel | Met VPLD | Letsel overig (...) Operatie (Met verpleegligdagen) bij een niet nader gespecificeerd letsel"*. Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Gelet op de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders Bewuzt 2014 (geldig tot 1 januari 2014)' is het bijbehorende tarief € 3.146,--. Het gehanteerde DBC-zorgproduct kan volgens het Zorginstituut passend zijn, maar DBC-zorgproduct 199299018 is passender. Deze DBC heeft als omschrijving: *"Letsel (excl. heupfractuur) | Klin. middel | Letsel overig (...) 6 tot maximaal 28 verpleegligdagen bij een niet nader gespecificeerd letsel"*. Ook dit betreft een code uit het B-segment en het bijbehorende tarief bedraagt volgens de hiervoor genoemde lijst € 3.899,--. De commissie volgt het Zorginstituut in dezen en bepaalt de vergoeding op € 3.899,--.
- De ziektekostenverzekeraar heeft om hem moverende redenen ter zitting aan verzoeker toegezegd een vergoeding te verlenen van € 5.076,94. De commissie zal in die beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet treden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Aangezien de zorg buiten Europa heeft plaatsgevonden, biedt de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanvullende dekking op de vergoeding die ten laste van de zorgverzekering wordt verleend.

Telefonische toezegging

9.4. In de procedure is aangetoond noch aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar dan wel de namens hem optredende ANWB Alarmcentrale, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde (telefonische) toezeggingen zijn gedaan. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat door verzoeker in het bijzonder niet is genoemd met wie hij heeft gesproken, nog daargelaten dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat.

Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat enkel een garantieverklaring is afgegeven. Voor zover verzoeker hieruit heeft afgeleid dat geen kosten voor zijn rekening zouden blijven, was geen sprake van een gerechtvaardigd vertrouwen aangezien hij op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering bekend was, dan wel bekend had kunnen zijn, met de maximering tot de overeengekomen dan wel de Wmg-tarieven, en hij daarnaast wist dat door hem geen aanvullende verzekering was afgesloten die recht geeft op 100 percent vergoeding van de in het buitenland gemaakte kosten van zorg en evenmin een reisverzekering met medische dekking.

Conclusie

9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.2. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.

9.6. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.2. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker dient te vergoeden.

Zeist, 2 december 2015,

P.J.J. Vonk