



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem

Zaak : EU/EER, Griekenland, geneeskundige zorg, gastrectomie, hoogte vergoeding, spoedeisende zorg

Zaaknummer : 201301510

Zittingsdatum : 23 september 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012 en 2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012 en 2013, art. 19 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te D,
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 basis van de VGZ Zorgverzekering (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 Beperkte Aanvullende verzekering 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 Beter Pakket is niet in geschil en blijft daarom 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 gastrectomie, ondergaan te Athene, Griekenland (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk wordt ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 10.446,25.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 7 mei 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten een tarifieringsverzoek in te dienen bij het Griekse uitvoeringsorgaan voor de sociale ziektekostenverzekering. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft hierop het dossier gesloten.
- 3.4. Bij brief van 30 maart 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans 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 15 juni 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 juni 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 9 juli 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 september 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 18 juni 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 juli 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015073848) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat door de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-zorgproductcode is gehanteerd ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding. 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 23 september 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 24 september 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting 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 1 oktober 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen 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 in Griekenland heeft op 8 januari 2013 ten aanzien van verzoeker verklaard: *"[Verzoeker], 48 yo, presented in December 2012 with a few day history of nausea, vomiting and haematemesis. He was transferred to YGEIA private Hospital on an urgent basis on 1/12/2012. He underwent a subtotal gastrectomy on 5/12/2012 with no post surgical complications. Histopathology report identified a gastric adenocarcinoma. He is due to undergo adjuvant chemotherapy with Epirubicin, Oxaliplatin and Capecitabine 8 cycles in total, once every 21 days, possibly followed by radiotherapy. (...)"*
- 4.2. De behandelend arts in Nederland heeft op 10 februari 2013 verklaard: *"Bovengenoemde 48-jarige patiënt zag ik op de poli maag-darm-leverziekten in verband met een maagcarcinoom (...) Patiënt zou alhier 3x ECX pre- en postoperatief krijgen en een distale maagresectie, echter voordat het zover was, is patiënt in Griekenland onwel geworden bij een bloeding vanuit het maagcarcinoom en heeft hij aldaar in spoedsetting een maagresectie ondergaan. Het advies van de doktoren uit Griekenland is om nu post-operatief 8 EOX-kuren adjuvant te geven. Patiënt geeft de voorkeur aan een vervolgbehandeling in Griekenland, mede gezien de taalbarrière alhier. Derhalve werd geen nieuwe poli-afspraken bij de MDL of bij de oncoloog alhier gemaakt. (...)"*
- 4.3. Bij verzoeker is in Nederland in november 2012 maagkanker geconstateerd. Vanwege de zware, intensieve behandeling die hem te wachten stond, is verzoeker naar familie in Griekenland gereisd. Daar is verzoeker echter buiten bewustzijn geraakt, waarna hij met spoed is opgenomen in het ziekenhuis. In het ziekenhuis is geconstateerd dat de tumor in de maag van verzoeker zo snel mogelijk moest worden verwijderd. Het werd verzoeker afgeraden te reizen. Voor deze spoedbehandeling in Griekenland is een tarief gerekend van € 26.408,08. Tijdens diverse telefoongesprekken met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar is verzoeker verteld dat deze kosten volledig worden vergoed, omdat sprake is van een spoedopname. Hierop heeft verzoeker altijd gerekend, omdat ook de vervolgbehandelingen met chemotherapie volledig worden vergoed

door de ziektekostenverzekeraar. De kosten van de operatie heeft de ziektekostenverzekeraar echter slechts gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 10.446,25, vergoed.

4.4. Ter zitting is door verzoeker toegelicht dat geen geschil bestaat over de vergoeding ten laste van de zorgverzekering. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt echter een volledige vergoeding. De spoedeisendheid van de ingreep blijkt uit de verklaring van de behandelend arts in Griekenland, en ook uit het advies van het Zorginstituut. De Nederlandse arts heeft medegedeeld dat niet direct hoefde te worden geopereerd, en verzoeker mocht ook nog reizen. Het was niet voorzien dat er in Griekenland iets zou gebeuren. De maagbloeding was onvoorzien. Verder heeft verzoeker opgemerkt dat contact met de Alarmcentrale niet verplicht is. Ook hebben nog vervolgbehandelingen plaatsgevonden in het ziekenhuis, die volledig door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed. Dit strookt niet met de mededeling van de ziektekostenverzekeraar dat het zou gaan om een extreem duur ziekenhuis.

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 kosten van de behandelingen die verzoeker van 1 tot en met 19 december 2012 heeft ondergaan, heeft de ziektekostenverzekeraar vergoed tot een bedrag van € 10.446,26 aan de hand van DBC-zorgproductcode 029199163. De behandelingen zijn niet aan te merken als spoedeisende zorg, omdat deze voorzienbaar waren. Verzoeker is namelijk in november 2012 in Nederland gediagnosticeerd met maagkanker. Hem is door de medisch-specialisten voorgesteld een maagresectie te ondergaan, en met pre- en postoperatieve chemokuren te starten. Dit zou in december 2012 kunnen plaatsvinden. Verzoeker heeft medegedeeld naar Griekenland te willen gaan. De in Nederland voorgestelde behandelingen zijn uiteindelijk in Griekenland uitgevoerd.

5.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij voorafgaand aan de behandelingen telefonisch contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, met de vraag of de zorg voor vergoeding in aanmerking komt. Op 19 december 2012 heeft een neef van verzoeker volgens de contactregistratie met een medewerker gesproken. Hem is verteld dat spoedeisende zorg in het buitenland voor vergoeding in aanmerking komt. Op basis van de beperkte informatie waarover de ziektekostenverzekeraar beschikt, kan niet worden beoordeeld of inderdaad sprake was van spoedeisende zorg. Daarnaast hebben de behandelingen al plaatsgevonden en zijn de kosten al gemaakt. Aan verzoeker is geen toezegging gedaan.

5.3. Omdat de verordening niet spreekt van "spoedeisende zorg" maar van "medisch noodzakelijke zorg", is na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen besloten een tarifieringsverzoek te doen bij het Griekse uitvoeringsorgaan voor de sociale ziektekostenverzekering. De uitkomst hiervan is nog niet bekend.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de vergoeding ten laste van de zorgverzekering juist is. Als sprake is geweest van een maagbloeding, moest verzoeker daaraan uiteraard worden geholpen. Hij is naar een extreem duur ziekenhuis gegaan, en heeft daarom een hoge nota ontvangen. Volgens verzoeker had hij toestemming om te reizen, maar deze stelling is door hem niet met stukken onderbouwd. Er waren concrete afspraken om verzoeker te opereren in december. Hij heeft een groot risico genomen door toch te gaan reizen. Ook heeft hij geen contact gehad met de Alarmcentrale, zodat de ziektekostenverzekeraar niet de mogelijkheid heeft gehad verzoeker te bemiddelen naar goedkopere zorg. Verzoeker wist wat er aan de hand was, weliswaar niet deze maagbloeding, maar er was een volledig uitgestippelde behandeling gemaakt in Nederland. De zorg was daarom voorzien.

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 althans 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 34 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 14 van de zorgverzekering (2012) 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. (...)

Door

Medisch specialist. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden. 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. (...)

De toepasselijke bepaling in de zorgverzekering van het jaar 2013 kent een gelijke strekking.

8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering (2012) regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;*
- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)*

De toepasselijke bepaling in de zorgverzekering van het jaar 2013 kent een gelijke strekking.

8.5. Artikel 1.4 van de zorgverzekering (2012) luidt, voor zover hier van belang:

"Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Als u voor zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, kan het zijn dat u een deel van de rekening zelf moet betalen. De kosten van zorg worden namelijk vergoed tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven voor 2012, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen inkoop tarieven zijn vastgesteld en er gelden Wmg-tarieven, is het gemiddeld gecontracteerde tarief gelijk aan het geldende Wmg-tarief. In dat geval 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, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren."

De toepasselijke bepaling in de zorgverzekering van het jaar 2013 kent een gelijke strekking.

8.6. De artikelen 1.4, 9 en 14 van de zorgverzekering (2012) zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering (2012) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

De toepasselijke bepaling in de zorgverzekering van het jaar 2013 kent een gelijke strekking.

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 aanspraak op zorg indien een 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 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op spoedeisende zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving:

een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit de zorgverzekering ontvangt. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland;*
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;*
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.*

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands bankrekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers die gold op de datum waarop de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van XE.com.

U kunt gebruik maken van de VGZ Alarmcentrale; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden. Dit is vooral aan te raden als het zorg betreft die hoge kosten met zich meebrengt, bijvoorbeeld een opname in een ziekenhuis (...)

*- Beperkte Aanvullende Verzekering
volledig (...)"*

8.10. 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. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat sprake is van medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf als bedoeld in artikel 19 van Vo. nr. 883/2004. Verzoeker heeft zijn European Health Insurance Card niet getoond of deze is door de instelling niet geaccepteerd. Onduidelijk is derhalve of de onderhavige zorg is gedekt onder het stelsel van de lidstaat van verblijf. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom overeenkomstig artikel 25 lid 5 van Vo. nr. 987/2009 een tarifieringsverzoek gedaan bij het Griekse uitvoeringsorgaan voor de sociale ziektekostenverzekering. De uitkomst van dit tarifieringsverzoek is nog niet bekend. Verzoeker heeft, afhankelijk van de uitkomst, aanspraak op vergoeding van de kosten van de onderhavige zorg volgens het Griekse stelsel, met een aanvulling tot maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief, indien dit tarief hoger mocht blijken te zijn dan de vergoeding volgens de sociale ziektekostenverzekering in Griekenland.

9.2. Voor zover het Nederlandse tarief aan de orde is, geldt dat de ziektekostenverzekeraar ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is uitgegaan van DBC-zorgproductcode 029199163 met als omschrijving: *"Maligniteit maag (excl cardia) | Oper oesophagus/ maag (zeer) zwaar | Zonder VPLD/ Met VPLD 1-28 | Nieuwv maligne spijsvertering"*. 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. Volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar is het door hem gecontracteerde tarief voor deze ingreep € 10.445,26. Dit bedrag is door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker vergoed. Gelet op de bij verzoeker uitgevoerde ingreep komt de gehanteerde DBC-zorgproductcode de commissie juist voor.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt, in aanvulling op de zorgverzekering, volledige vergoeding voor de kosten van spoedeisende zorg bij vakantie of tijdelijk verblijf in het buitenland. Het moet hierbij gaan om zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Het verblijf moet niet langer dan 365 dagen duren en de kosten van de zorg moeten zijn gedekt onder de zorgverzekering.

- 9.4. Verzoeker heeft tijdens zijn verblijf in Griekenland een maagbloeding gekregen. Zowel de arts in Griekenland als de arts waar verzoeker onder behandeling was in Nederland, heeft verklaard dat direct ingrijpen noodzakelijk was. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de zorg niet onvoorzien was, aangezien eenzelfde operatie gepland stond in Nederland. De maagresectie die in Nederland zou plaatsvinden, kon evenwel kennelijk nog enige tijd worden uitgesteld. Verzoeker is in november gediagnosticeerd met maagkanker, en zou in december worden geopereerd. Dat de geplande maagresectie direct noodzakelijk werd door het optreden van een maagbloeding, was daarom ten tijde van het vertrek naar Griekenland niet te voorzien. Voorts staat vast dat de ingreep niet kon worden uitgesteld tot na terugkomst in Nederland. Aangezien verzoeker ook voldoet aan de overige voorwaarden die artikel 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering stelt, is de ziektekostenverzekeraar gehouden de in het geding zijnde nota volledig te vergoeden. Hoewel voor de ziektekostenverzekeraar mogelijk van belang vanwege de toerekening van kosten aan de zorgverzekering onderscheidenlijk de aanvullende ziektekostenverzekering, is het in relatie tot verzoeker niet nodig of gewenst de uitkomst van het onder 9.1 bedoelde tarifieringsverzoek af te wachten.

Telefonische toezegging

- 9.5. Aangezien de onderhavige kosten - voor zover niet reeds gedekt onder de verordening of de zorgverzekering - volledig dienen te worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, kan de vraag of sprake is geweest van een telefonische toezegging, onbeantwoord blijven.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 28 oktober 2015,

A.I.M. van Mierlo