

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen D te E
Zaak : Geneeskundige zorg, percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED), telefonische toezegging
Zaaknummer : 2012.02143
Zittingsdatum : 20 februari 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

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

tegen

D te E, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het [naam ziektekostenverzekeraar] Basispakket, variant Natura (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 Basisaanvullende regeling en Regeling aanvullende vergoedingen, pakket 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo 7:944 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 van een operatie aan de rug, te weten een percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 11 juli en 1 augustus 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 30 november 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog 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 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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 januari 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 januari 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 15 januari 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 februari 2013 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 10 januari 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 25 januari 2013 (zaaknummer 2013006314) 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 PTED-behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 20 februari 2013 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Partijen zijn ter zitting in de gelegenheid gesteld binnen een termijn van veertien dagen schriftelijk te reageren op het arrest van het Gerechtshof Amsterdam van 11 december 2012 (LJN BY6499). Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben bij brieven van 26 februari 2013 respectievelijk 6 maart 2013 gereageerd op dit arrest. Op 7 maart 2013 heeft de commissie de betreffende wederpartij een afschrift van de reactie gestuurd.
- 3.11. Bij brief van 7 maart 2013 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en de nadien ontvangen correspondentie gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 2 april 2013 aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. De in het arrest van het Gerechtshof genoemde publicaties zijn meegenomen in het standpunt van 2008. Het CVZ plaatst hierbij de kanttekening dat het niet zo is dat het Gerechtshof op basis van exact dezelfde studies tot zijn conclusie is gekomen. Het CVZ-standpunt van 2008 is gebaseerd op de volledige op dat moment beschikbare internationale wetenschappelijke literatuur. De volledige literatuurlijst bevat meer studies dan de studies die door het Gerechtshof zijn aangehaald. Op basis van deze studies is het CVZ tot de conclusie gekomen dat de behandeling niet voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. De search update uit 2012 en voornoemd arrest hebben geen verandering in dit standpunt gebracht. Het CVZ merkt hierbij op dat het Gerechtshof in voornoemd arrest heeft bepaald dat: "in deze procedure en tussen deze partijen moet worden aangenomen dat deze techniek voldoet aan de maatstaf van de internationale stand van de wetenschap en de internationale praktijk". Een afschrift van het definitieve CVZ-advies is op 3 april 2013 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren.

3.12. Verzoekster heeft bij brief van 8 april 2013 gereageerd op het definitieve CVZ-advies. Een afschrift hiervan is op 11 april 2013 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster was al een aantal jaren bekend met rugpijn en een uitstralende pijn in het linkerbeen. Zij heeft in de loop der tijd, naast de bezoeken aan en de onderzoeken door de neuroloog en neurochirurg, - zonder het gewenste resultaat - diverse therapieën gevolgd in verband met haar klachten. Uiteindelijk heeft zij zich tot Rugkliniek Ipreburg gewend. De aldaar werkzame arts heeft verzoekster medegedeeld dat bij haar sprake is van een *“HNP L5-S1 links met een druppel naar caudaal en compressie van de wortel S1 links”*. Op grond van deze diagnose en de ernst en duur van de klachten was een endoscopische decompressie geïndiceerd.
- 4.2. De echtgenoot van verzoekster heeft op 4 juni 2012 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek is hem door een medewerkster medegedeeld dat indien de kliniek geen overeenkomst met de ziektekostenverzekeraar heeft gesloten 80 percent van het landelijk gemiddelde tarief voor een herniaoperatie wordt vergoed. Tijdens dit gesprek is gevraagd waar de ingreep zou plaatsvinden, of al een medisch verslag beschikbaar was en of de kostenspecificatie bekend was. De echtgenoot van verzoekster heeft deze vragen beantwoord. Het was de ziektekostenverzekeraar dus bekend dat de ingreep in Rugkliniek Ipreburg zou gaan plaatsvinden. Er is niet gesproken over de standpunten van het CVZ, het niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, en verzekerde dan wel niet-verzekerde zorg. Na dit gesprek bestond bij verzoekster enkel nog onzekerheid over de exacte hoogte van het voor haar rekening blijvende deel van de kosten, te weten het verschil tussen een vergoeding van 100 percent van de operatiekosten en 80 percent van de gemiddelde prijs van een herniaoperatie.
- 4.3. In vervolg op voornoemd gesprek heeft verzoekster nog dezelfde dag een aanvraag ingediend voor de ingreep. Hierbij heeft zij het telefoongesprek bevestigd en vermeld dat is toegezegd dat 80 percent van de landelijk gemiddelde prijs van een herniaoperatie zal worden vergoed.
Gezien haar voorgeschiedenis en het feit dat zij door de ingreep geen gebruik meer zal maken van de diverse therapieën, heeft verzoekster verzocht om volledige vergoeding van de hiermee gemoeide kosten.
- 4.4. Op 26 juni 2012 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden. De kosten van de ingreep bedragen € 7.850,--.
- 4.5. Nadat verzoekster de afwijzende – ongemotiveerde – beslissing van de ziektekostenverzekeraar op 28 juni 2012 – dus nádat de ingreep had plaatsgevonden – had ontvangen, heeft haar echtgenoot telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. De betreffende medewerker kon niet vertellen waarom de aanvraag was afgewezen, en moest een en ander navragen bij de afdeling Machtigingen. Ook deze afdeling kon echter geen duidelijkheid verschaffen over de reden van afwijzing. Pas in het kader van de heroverweging heeft de ziektekostenverzekeraar zich hierover uitgelaten.

- 4.6. De onderhavige behandeling wordt kennelijk niet vergoed, omdat de behandelmethode niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar had dit reeds in het eerste telefoongesprek aan de echtgenoot van verzoekster kunnen mededelen, of anders in ieder geval direct na ontvangst van het verzoek om een machtiging. Aangezien de ziektekostenverzekeraar op voorhand weet dat geen aanspraak bestaat op een ingreep die wordt uitgevoerd in Rugkliniek Ipremburg, mag van de ziektekostenverzekeraar enige alertheid worden verwacht als een aanvraag wordt ingediend die hierop betrekking heeft.
- 4.7. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat zij zich primair beroept op de telefonische toezegging dat voor de hernia-operatie in Rugkliniek Ipremburg in ieder geval 80 percent van het landelijk gemiddelde tarief voor een herniaoperatie wordt vergoed. Indien de kliniek door de ziektekostenverzekeraar zou zijn gecontracteerd, zou de vergoeding 100 percent bedragen. Er is niet gezegd dat deze zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Door het Gerechtshof Amsterdam is immers geoordeeld dat de onderhavige behandeling aan dit criterium voldoet.
- 4.8. Bij brief van 26 februari 2013 heeft verzoekster – in reactie op voornoemd arrest – medegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag uitsluitend heeft afgewezen op grond van de gehanteerde PTED-techniek en niet op grond van diagnose, indicatie of anderszins. In het arrest wordt onder punt 4.16 door het Gerechtshof in hoger beroep vastgesteld dat de PTED-techniek voldoet aan de maatstaf van de internationale wetenschap en praktijk.
- 4.9. In reactie op het definitieve CVZ-advies merkt verzoekster op dat hierin enkele onjuistheden staan vermeld. Zo wordt bijvoorbeeld gesteld dat verzoekster zou hebben aangevoerd dat in de Alpha Klinik te Duitsland al meer dan 10.000 minimaal invasieve hernia-operaties zijn uitgevoerd met een succespercentage van meer dan 90. Dit is evenwel niet door verzoekster aangevoerd in de onderhavige procedure. Verzoekster heeft hierdoor het gevoel dat het CVZ niet serieus is omgegaan met deze kwestie. Anders dan het CVZ is verzoekster van mening dat het arrest niet alleen betrekking heeft op die bepaalde kwestie en tussen die twee partijen. Bij de beoordeling van de PTED gaat het uitsluitend om een bepaalde techniek. En deze techniek voldoet óf wel óf niet aan de stand van de wetenschap en praktijk, het oordeel is niet afhankelijk van “procedures tussen partijen.”
- 4.10. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De behandeling zoals bij verzoekster uitgevoerd, voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en vormt daarom geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering.
- 5.2. Uit de registratie van de contactmomenten blijkt niet dat een toezegging is gedaan. Wel is hierin duidelijk vermeld dat verzoekster een aanvraag moet indienen voor de onderhavige ingreep. Verzoekster heeft ervoor gekozen de beslissing op haar aanvraag niet af te wachten, maar de ingreep te laten uitvoeren.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in het arrest van het Gerechtshof Amsterdam uitspraak is gedaan in een individueel geval.

Er wordt niet met zoveel woorden gezegd dat deze ingreep zonder meer conform de stand van de wetenschap en praktijk is. De zorgverzekeraar waarop deze uitspraak betrekking heeft, heeft zijn standpunten onvoldoende gemotiveerd en daarom is het Gerechtshof tot deze uitspraak gekomen. Daarnaast komt er binnenkort een nieuwe review van het CVZ over de PTED. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de bewijslast voor de telefonische toezegging bij verzoekster ligt. Uit de van het gesprek van 4 juni 2012 gemaakte telefoonnotitie blijkt niet dat een toezegging is gedaan.

- 5.4. In reactie op eerdergenoemd arrest heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 6 maart 2013 er op gewezen dat in dit arrest onder punt 4.16 wordt vermeld dat de conclusie betrekking heeft op “deze procedure” en tussen “deze partijen”. Dit impliceert dat het Gerechtshof niet beoogt een algemeen verbindende uitspraak te doen. In deze zaak ging de verzekeraar uit van de stand van de nationale praktijk. Dit is geen juiste opvatting. Bij de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk dient immers te worden uitgegaan van de internationale stand van de wetenschap en praktijk. Volgens het Gerechtshof is het CVZ-standpunt van 10 juli 2010 onder de maat, omdat niet is ingegaan op de ontwikkelingen in het buitenland met betrekking tot onderzoek, behandeling en ziektekostenvergoedingen. Het CVZ heeft echter een uitvoerige systematische literatuursearch laten uitvoeren waarin alle internationale relevante literatuur tot mei 2008 onder de loep is genomen. In oktober 2010 en mei 2012 heeft het CVZ aanvullende searches uitgevoerd. Deze hebben niet geleid tot een wijziging in het standpunt van het CVZ. In tegenstelling tot het Hof meent de ziektekostenverzekeraar dat de literatuursearch en de verwijzing naar de buitenlandse zorgverzekeraars en overheidsinstanties van bladzijde 6 van het standpunt van 10 juni 2008 voldoende blijken te geven van het meewegen van de ontwikkelingen in het buitenland.

Het is de ziektekostenverzekeraar niet gebleken dat verzekeraars in de VS en Duitsland de PTED en masse vergoeden. Evenmin is hem gebleken dat men de behandeling ten laste van de sociale verzekeringen vergoedt.

Het bevreemdt de ziektekostenverzekeraar wel dat het Gerechtshof - op basis van exact dezelfde studies - tot een andere conclusie komt dan de (medisch) deskundigen van het CVZ.

- 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 80 percent van de gemiddelde prijs van een herniaoperatie 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 zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:
- “U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)”*
- 8.3. Artikel 1.2 van de zorgverzekering bepaalt dat alleen aanspraak bestaat op zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en waarvoor een medische noodzaak bestaat, en luidt als volgt:
- “U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg ‘plegen te bieden’. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.”*
- 8.4. Artikel 1.4 van de zorgverzekering bepaalt de hoogte van de vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, en 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.
(...)”*
- 8.5. De artikelen 1.2, 1.4 en 11 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.8 en 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 2.1, lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij

ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.

- 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 vast dat - mede gelet op de jurisprudentie van het Gerechtshof Amsterdam – de vraag of de behandeling met behulp van de PTED-techniek, zoals bij verzoekster uitgevoerd, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering niet zonder meer is te beantwoorden. Ook indien zou worden geconcludeerd dat niet aan genoemd criterium is voldaan, zal moeten worden beoordeeld of verzoekster – gezien de telefonisch verstrekte informatie - erop mocht vertrouwen dat voor deze ingreep bij deze zorgaanbieder minimaal 80 percent van de gemiddelde prijs van een herniaoperatie zou worden vergoed, zelfs al zou dit in afwijking zijn van de verzekeringsvoorwaarden.
- 9.2. Volgens verzoekster is voornoemde vergoeding telefonisch toegezegd zonder dat daaraan nadere voorwaarden worden verbonden. Zij kon wel een aanvraag indienen voor vergoeding van de meerkosten van de ingreep. Door de ziektekostenverzekeraar is ter zitting gesteld dat uit de telefoonnotitie van het gesprek van 4 juni 2012 niet blijkt dat een zodanige toezegging is gedaan.
- 9.3. De commissie constateert dat verzoekster het telefoongesprek van 4 juni 2012 nog dezelfde dag schriftelijk aan de ziektekostenverzekeraar heeft bevestigd. Hierin heeft zij ook aan de betreffende toezegging gerefereerd. Deze schriftelijke bevestiging heeft de ziektekostenverzekeraar kennelijk bereikt. Het had op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen om, indien hij een andere opvatting van voornoemd gesprek had, dit met bekwame spoed, doch in ieder geval binnen veertien dagen aan verzoekster kenbaar te maken. De ziektekostenverzekeraar heeft dit evenwel nagelaten, en heeft de aanvraag eerst op 25 juni 2012 afgewezen, overigens zonder in te gaan op de door verzoekster gestelde telefonische toezegging. De commissie is daarom van oordeel dat verzoekster voldoende aannemelijk heeft gemaakt dat de gestelde toezegging is gedaan. Verzoekster heeft daarom aanspraak op vergoeding van 80 percent van het gemiddelde – Nederlandse – tarief voor van een herniaoperatie, zoals dit door de ziektekostenverzekeraar voor 2012 is overeengekomen met de gecontracteerde zorgaanbieders.

- 9.4. Voor zover verzoekster volledige vergoeding van de operatie vordert, wordt het verzoek afgewezen. Op grond van artikel 1.4 van de zorgverzekering bestaat bij zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder namelijk aanspraak op 80 percent van de gemiddelde tarieven voor 2012, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.3. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, acht de commissie termen aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten verzoekster het entreegeld van € 37,-- te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.5. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster dient te vergoeden.

Zeist, 1 mei 2013,

Voorzitter