

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F te G tegen C en E beide te D  
Zaak : Geneeskundige zorg, percutane transforaminale endoscopische  
discectomie (PTED)  
Zaaknummer : 2010.02755  
Zittingsdatum : 8 juni 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door F te G

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd polis (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 TandVerzorgd 1 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken. Beide 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een percutane transforaminale endoscopische dissectomie (PTED) in Rugkliniek Ipreburg (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 november 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 9 december 2010 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 brief van 12 februari 2011 heeft verzoeker 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 (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 april 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 april 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 30 april 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 26 april 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 10 mei 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011046534) 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 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. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 juni 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 9 juni 2011 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 17 juni 2011 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker kreeg in het weekend van 10 september 2010 na een val last van zijn rug. Hij heeft op 16 september 2010 de huisarts geconsulteerd. Deze vermoedde dat het een acute hernia betrof, die door rustig aan te doen meestal vanzelf herstelt. Voor de zekerheid is verzoeker naar het OLVG verwezen. Op 2 oktober 2010 kon verzoeker bij de neuroloog terecht om een MRI-scan aan te vragen. Ook de neuroloog concludeerde dat het vermoedelijk een hernia betrof, die meestal door rust geneest. Om mogelijke andere oorzaken uit te sluiten, werd op 13 oktober 2010 een MRI gemaakt. Uit deze MRI, waarvan de uitslag ruim twee weken nadien bekend was, bleek dat sprake was van een forse hernia. De door verzoeker genomen rust had geen resultaat gehad. De pijn nam met de dag toe. Daarom moest zo spoedig mogelijk een operatie plaatsvinden. Verzoeker kon echter niet op korte termijn in het ziekenhuis, waar de behandelend arts werkt, terecht.
- 4.2. Verzoeker heeft 25 oktober 2010 contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Hierop heeft de Zorgmakelaar van de ziektekostenverzekeraar voor verzoeker gezocht naar een alternatief. Nog dezelfde dag heeft de Zorgmakelaar verzoeker teruggebeld met de mededeling dat verzoeker tien dagen later in kliniek Klein Roosendaal kon worden geholpen. Tevens is toen gesproken over de voor- en nadelen van een endoscopische operatie ten opzichte van een klassieke herniaoperatie. Verzoeker kon hierover nog even rustig nadenken en daarna zelf een afspraak maken bij voornoemde kliniek. In tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar stelt, heeft verzoeker tijdens dit gesprek niet medegedeeld dat hij in het OLVG eerder ge-

holpen kon worden. Toen verzoeker enkele dagen later kliniek Klein Roosendaal belde, bleek een operatie binnen tien dagen niet mogelijk. Vervolgens heeft verzoeker weer contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft hem toen een lijst met telefoonnummers van ziekenhuizen in de omgeving verstrekt. Verzoeker heeft deze ziekenhuizen gebeld, maar kreeg steeds te horen dat de ziektekostenverzekeraar moest bellen.

- 4.3. Uiteindelijk heeft verzoeker zelf Rugkliniek Ipreburg gevonden. Hier kon de ingreep op 9 november 2010 plaatsvinden. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar op 4 november 2010 per email verzocht hem vóór 9 november 2010 te berichten welk bedrag wordt vergoed voor de door hem gewenste operatie wegens een HNP op niveau L4-L5 in Rugkliniek Ipreburg. Verzoeker merkt in zijn emailbericht op dat hij onder behandeling is van een arts in het OLVG, maar dat hij hier pas na zestien weken geopereerd kan worden. De operatie kost in het OLVG ongeveer € 5.000,--. Verzoeker benadrukt dat de pijn zeer heftig is en voor hem niet meer is vol te houden.
- 4.4. De gemachtigde van verzoeker heeft op 5, 7 en 14 november 2010 een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar wegens het uitblijven van een beslissing op voornoemde aanvraag. Ook verzoeker heeft hierover op 11 november 2010 per email een klacht ingediend.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft nadat de ingreep had plaatsgevonden, bij beslissing van 12 november 2010, welke verzoeker pas op 17 november 2010 heeft ontvangen, de aanvraag afgewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft hem daardoor niet tijdig bericht dat de kosten van de ingreep niet worden vergoed.
- 4.6. Verzoeker benadrukt dat sprake was van een acute en zeer gevaarlijke zenuwbeklemming met daarbij de kans op blijvend letsel. Nu de ingreep met spoed diende plaats te vinden en de ziektekostenverzekeraar verzoeker geen alternatief heeft geboden, dienen de kosten volledig te worden vergoed.
- 4.7. Bij brief van 21 februari 2011 heeft verzoeker zijn vordering uitgebreid. Hij vordert thans niet alleen de volledige kosten van de ingreep ten bedrage van € 7.500,--, maar ook de kosten van de second opinion, het entreegeld voor de onderhavige geschilprocedure, een bedrag van € 250,--, en de kosten van het vervoer van het woonadres naar Rugkliniek Ipreburg v.v..
- 4.8. Verzoeker heeft bij ongedateerde brief, door de commissie ontvangen op 6 mei 2011, gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 20 april 2011. De aanvraag is op 4 november 2010 per e-mail ingediend en niet op 4 oktober 2010. Verzoeker heeft de operatie niet op 3 november 2010 betaald. Op deze datum heeft de vader van verzoeker het betreffende bedrag overgemaakt aan verzoeker. Verzoeker benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar niet op 12 november 2010 een beslissing aan hem heeft verstuurd. Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar de betreffende beslissing geantedateerd. Pas nadat de vader van verzoeker op 14 november 2010 een brief aan de ziektekostenverzekeraar zond en verzoeker op 17 november 2010 een e-mail aan de ziektekostenverzekeraar stuurde, heeft de ziektekostenverzekeraar schriftelijk gereageerd met de op 12 november 2010 gedateerde brief.
- 4.9. Bij brief van 18 mei 2011 heeft verzoeker nogmaals benadrukt dat hij de onderhavige ingreep niet op 3 november 2010 aan de zorgverlener heeft betaald, maar pas op 5

november 2010. Verzoeker deelt mede dat de zorgverlener hem op 3 november 2010 heeft verteld dat enkele ziektekostenverzekeraars moeilijk doen over de vergoeding van de ingreep. Hierop heeft verzoeker op 4 november 2010 telefonisch contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek is hem verteld dat “de zaken wel geregeld zouden worden”. Verzoeker diende hiervoor met spoed contact op te nemen met de betreffende afdeling, hetgeen hij dezelfde dag per e-mail heeft gedaan. Naar aanleiding hiervan heeft verzoeker op 5 november 2010 besloten zich zo spoedig mogelijk te laten opereren en de beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet langer af te wachten.

4.10. Ter zitting heeft verzoeker zijn voornoemde argumenten herhaald. Ter aanvulling heeft hij aangevoerd dat het hem gaat om de feiten vanaf 1 november 2010. De rest is niet belangrijk. Verzoeker hoopt op coulance, nu door de ziektekostenverzekeraar fouten zijn gemaakt.

4.11. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de behandeling van een hernia door middel van een PTED niet voldoet aan de huidige stand van de wetenschap en praktijk. Dit blijkt onder andere uit een advies van het CVZ. Zorg die niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, vormt geen verzekerde prestatie.

5.2. Op 25 oktober 2010 heeft verzoeker voor zorgbemiddeling contact gehad met de Zorgmakelaar van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft tijdens dit gesprek verklaard dat hij een operatie-indicatie heeft en dat hij alleen een endoscopische ingreep wil. Na onderzoek heeft de Zorgmakelaar verzoeker medegedeeld dat hij in kliniek Klein Rosendaal terecht zou kunnen voor de ingreep. Het eerste consult zou na één week kunnen plaatsvinden en de ingreep na tien dagen. Verzoeker heeft niet meteen gebruik gemaakt van de geboden mogelijkheid. Het is mogelijk dat de termijn van tien dagen na enkele dagen tot een week niet meer van toepassing was. Het is de keuze van verzoeker geweest om niet reeds dezelfde dag een afspraak met Klein Rosendaal te maken. Op 1 november 2010 heeft verzoeker nogmaals contact opgenomen met de Zorgmakelaar. Behandeling bij het OLVG zou langer op zich laten wachten dan was verwacht. Hem zijn toen verschillende opties in de regio aangereikt. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker hiermee een mogelijkheid geboden de ingreep elders te laten plaatsvinden.

5.3. Verzoeker heeft op 4 november 2010 de aanvraag voor de onderhavige behandeling ingediend. Op 12 november 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen. Hiermee is verzoeker tijdig en duidelijk geïnformeerd. Dat verzoeker dit bericht in verband met pijnklachten niet heeft kunnen dan wel willen afwachten, en zich op 9 november 2010 heeft laten opereren in Rugkliniek Ipremburg, maakt dit niet anders. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat de betaling aan Rugkliniek Ipremburg op het bankafschrift van de vader van verzoeker is gedateerd op 3 november 2010. Dat duidt erop dat de keuze voor deze zorginstelling al bepaald was, nog vóór de e-mail van 4 november 2010 aan de ziektekostenverzekeraar werd verstuurd.

5.4. Verzoeker stelt dat sprake was van een noodingreep. Hiermee lijkt hij duidelijk te willen maken dat een snelle ingreep geboden was en dat Rugkliniek Ipremburg de enige

zorginstelling was waar hij terecht kon. Wanneer werkelijk sprake is van een spoedeisende situatie zal iedere arts, respectievelijk ieder ziekenhuis, onmiddellijk behandelen. Een spoedeisende situatie doet zich voor bij dreigende neurologische uitval. Zowel in de brief van de behandelend neuroloog, als in het advies van de orthopedisch chirurg van Rugkliniek Ipreburg wordt de operatie niet als spoedeisend bestempeld. Er was dus geen sprake van een spoedindicatie voor deze ingreep.

- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de kosten van de second opinion ten bedrag van € 121,74 aan verzoeker zijn vergoed. Dat deze ten laste van het eigen risico zijn gebracht is hierbij niet van belang. Verzoeker heeft tijdens het telefonisch contact op 25 oktober 2010 medegedeeld dat hij alleen een endoscopische operatie wilde. Dit beperkt de mogelijkheden. Ook heeft hij doorgegeven dat hij naar het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis zou gaan, en dat bemiddeling niet meer nodig was. In november heeft verzoeker gevraagd of hij ergens sneller terecht kon. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat als er echt spoed is, gelijk actie wordt ondernomen. Er wordt dan gelijk geopereerd. Hierbij kan niet worden gegarandeerd dat dit ook endoscopisch gebeurt. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoeker van mening is dat in ieder geval het bedrag moet worden vergoed dat zou zijn betaald indien een reguliere ingreep had plaatsgevonden. Zo werkt de Zvw echter niet.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van een PTED in Rugkliniek Ipreburg ten laste van de zorgverzekering, alsmede vergoeding van de kosten van de second opinion, het entreegeld voor de onderhavige procedure, een bedrag van € 250,--, en de kosten van het vervoer van het huisadres naar Rugkliniek Ipreburg v.v..
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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 e.v. van de zorgverzekering. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*“Een medisch specialist is een arts die na zijn basisopleiding een specialistische opleiding*

heeft gevolgd en als medisch specialist geregistreerd is. Er zijn in Nederland ongeveer 30 verschillende specialismen. De meeste medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.

Welke zorg

U heeft recht op:

-- onderzoek en diagnostiek,

-- behandeling,

(...)

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat specialistische zorg biedt. Let op: zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van specialistische zorg. [naam ziektekostenverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. (...) Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [naam ziektekostenverzekeraar], krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Wat er wordt vergoed, hangt af van de soort zorg:

-- zorg waarvoor een wettelijk tarief is vastgesteld (het A-segment): 80% van het tarief wordt vergoed,

-- zorg waarvoor geen wettelijk tarief is vastgesteld (het B-segment): er is een lijst van maximale vergoedingen, die is opgenomen in het Verzekeringsreglement.

(...)"

- 8.3. Artikel B4 van de zorgverzekering bepaalt dat alleen aanspraak bestaat op zorg, voor zover deze conform de stand van de wetenschap en de praktijk is.
- 8.4. De artikelen B4 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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 de artikelen 2.1 Bzv.  
In artikel 2.1, tweede lid Bzv is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. De vraag is of de behandeling van een hernia door middel van een PTED voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medi-

sche behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval wordt gebruikt.

Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse zorgverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe behandeling in binnen- en buitenland.

Bij de selectie en beoordeling van de gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek methodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.

- 9.3. Indien uit ten minste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken, - dat zijn wetenschappelijke onderzoeken waarvan de objectiviteit, door willekeurige toepassing van het onderzoeksobject op de doelgroep, is gewaarborgd - van goede kwaliteit en van voldoende omvang blijkt dat de behandeling in kwestie (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling, dan moet worden geconcludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgenoten.

Indien geen gerandomiseerde studies worden aangetroffen en daarvoor plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig zijn, kunnen bewijsvoeringen van een lagere orde – waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende meningen van medisch specialisten en (behandel)richtlijnen van nationale en internationale medische beroepsgroepen – bij de beoordeling worden betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze bewijsvoering van voldoende gewicht is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.

- 9.4. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de PTED is door het CVZ in zijn advies van 10 mei 2011 uitgevoerd. Het CVZ concludeert dat deze ingreep niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.
- 9.5. Ook indien bij verzoeker sprake was van een spoedsituatie doet dit aan het voorgaande niet af.

### **Zorgbemiddeling**

- 9.6. Ten aanzien van de zorgbemiddeling is niet in geding dat de ziektekostenverzekeraar desgevraagd op 25 oktober 2010 voor verzoeker een operatiemogelijkheid op korte termijn heeft gevonden in kliniek Klein Rosendaal. Verzoeker heeft hiervan niet meteen gebruik gemaakt. Enkele dagen later bleek dat de ingreep niet meer op korte

termijn kon plaatsvinden. Hierna heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker alleen nog een aantal telefoonnummers van ziekenhuizen in de regio verstrekt die hij kon bellen om te informeren naar de mogelijkheid om op korte termijn geopereerd te worden.

- 9.7. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar hiermee heeft voldaan aan zijn verplichting tot zorgbemiddeling. De commissie is van oordeel dat zulks het geval is. Het doel van de zorgbemiddeling is immers het vinden van een goede behandelmogelijkheid met een zo kort mogelijke wachttijd. Dat verzoeker niet tijdig gebruik heeft gemaakt van de hem op 25 oktober 2010 geboden mogelijkheid kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. Dat de ziektekostenverzekeraar vervolgens, nadat verzoeker wederom had verzocht om zorgbemiddeling, heeft volstaan met enkel het aanreiken van enkele telefoonnummers komt de commissie niet buitensporig voor. De ziektekostenverzekeraar heeft zich naar het oordeel van de commissie voldoende ingespannen om verzoeker de mogelijkheid te bieden zich op korte termijn te laten behandelen.

#### **Telefonische toezegging**

- 9.8. Verzoeker heeft aangetoond noch aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar een telefonische toezegging tot vergoeding is gedaan. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat verzoeker eerst bij brief van 18 mei 2011 stelt dat sprake is van een telefonische toezegging en hij niet de naam opgeeft van degene met wie hij op 4 november 2010 heeft gesproken. De exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan kan daardoor niet gereconstrueerd worden.

#### **Te late reactie op aanvraag**

- 9.9. De commissie is van oordeel dat de verstreken termijn tussen het indienen van de aanvraag en (de ontvangst van) het bericht van afwijzing hiervan niet onredelijk lang is. Dat verzoeker ervoor heeft gekozen de ingreep te ondergaan voordat hij een beslissing op zijn aanvraag had ontvangen, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

#### **Uitbreiding vordering**

- 9.10. Verzoeker heeft bij brief van 21 februari 2011, en derhalve lopende de geschilprocedure, zijn vordering vermeerderd met de kosten van de second opinion, het entreegeld voor de onderhavige geschillenprocedure, een bedrag van € 250,- en de kosten van het vervoer van het woonadres naar en van Rugkliniek Ipreburg. Gebleken is dat de kosten van de second opinion door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed. Dat deze vergoeding ten laste van het eigen risico is gebracht doet hier niet aan af. Nu het verzoek met betrekking tot de PTED wordt afgewezen, komen de overige kosten niet voor vergoeding in aanmerking.

#### **Conclusie**

- 9.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

#### **10. Het bindend advies**

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 juni 2011,

Voorzitter