

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B in deze vertegenwoordigd door C te D vs E te F en G te H
Zaak : Geneeskundige zorg, EU/EER, meniscectomie en abrasie rechterknie
Zaaknummer : 2008.01425
Zittingsdatum : 11 maart 2009

Zaak: 2008.01425, geneeskundige zorg, EU/EER, meniscectomie en abrasie rechterknie

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

(Voorwaarden zorgverzekering en aanvullende verzekering 2008, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, C te D

Tegen

E te F

en

G te H

hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 26 februari 2008 de door verzoekster te Nordhorn (Duitsland) ondergane knieoperatie, te weten een arthroscopie met meniscectomie en abrasie, niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verder was verzoekster op dat moment bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de Beter Af Plus Polis drie sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "der/die o.g. Pat. Hat auf Grund von Knie-Beschwerden re einen Verdacht auf Gonarthrose, chondraler Defect/Meniskopathie, Corpus liberum". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "Einen ausführliche Ablatio, Chondroplastiek, (teil-)meniskusentfernung, Nettoyage und entfernung Corpus liberum/pensulum, wenn nötig," en "Therapie (krankengymnastik)" ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende verzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 26 februari 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 5 februari 2008 heeft een arthroscopie onder volledige narcose met 'Knorpelglattung und Ablatio-Chondroplastik' en 'partielle Meniskektomie' plaatsgevonden (hier-

na: de behandeling), op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt.

- 3.4. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 17 maart 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van eind juni 2008 heeft verzoekster haar geschil aan de SKGZ voorgelegd, waarna een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 29 oktober 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende verzekering in te willigen.
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 8 januari 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 januari 2009 aan verzoekster toegezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 januari 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 maart schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 21 januari 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 16 februari 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker toe te wijzen omdat de onderhavige artroscopische behandeling bij een meniscuslaesie wel 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.
- 3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 maart 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 15 april 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 21 april 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij al jaren kampt met klachten aan de rechterknie. Na conservatief behandelen heeft in mei

2006 aan arthroscopie met meniscectomie en nettoyage plaatsgevonden, welke ingreep in maart 2007 is herhaald. In juni 2007 heeft haar behandelend orthopeed de rechterknie behandeld met hormoon- en Hyaluronzuur injecties.

In verband met aanhoudende knieklachten is verzoekster op haar verzoek door de huisarts voor een second opinion verwezen naar Duitsland.

- 4.2. Verzoekster stelt dat de zorgverzekeraar onzorgvuldig jegens haar heeft gehandeld omdat de afwijzingsgronden niet overeenkomen met de uitgevoerde behandelingen. Volgens verzoekster is geen sprake van abrasie, terwijl evenmin weefsel (spongiosa) van elders is ingebracht. Bovendien heeft de zorgverzekeraar eerst op 26 februari 2008 een gemotiveerde afwijzing verzonden, terwijl verzoekster reeds op 5 februari 2008 is geopereerd.
- 4.3. Verzoekster stelt uiteindelijk dat een partiële meniscetomie heeft plaatsgevonden en dat het kraakbeen is gladgemaakt door middel van shaving, hetgeen door de behandelend arts met *knorpelglättung* is aangeduid. Voor zover een onderdeel van de onderhavige behandeling niet gebruikelijk zou worden beoordeeld, stelt verzoekster zich op het standpunt dat de overige onderdelen van de behandeling vergoed dienen te worden.
- 4.4. Verzoekster stelt dat zij, zo zij zich niet tot haar behandelend arts in Duitsland had gewend, een knieprothese nodig zou hebben. De kosten van een dergelijke behandeling zijn ongeveer twee keer zo hoog. Bovendien gaat een knieprothese ongeveer vijftien jaar mee terwijl zij pas 53 jaar is. Dit is door haar huisarts bevestigd.
- 4.5. Hoewel de huisarts heeft beaamd dat het niet is bewezen dat de onderhavige behandeling daadwerkelijk geholpen heeft, is zij daarvan zelf het levende bewijs. Zij heeft na haar operatie in Duitsland geen pijnklachten meer gehad.
- 4.6. Daarbij stelt verzoekster dat haar één ander geval bekend is bij wie dezelfde operatie door dezelfde behandelaar wel door haar zorgverzekeraar is vergoed.
- 4.7. Tot slot stelt verzoekster dat iedere Europese burger de vrijheid heeft zich te laten behandelen in willekeurig welke lidstaat van de Europese Unie.
- 4.8. Bij brief van 4 april 2009 is door verzoekster gesteld dat het bedrag van € 1.830,36 voor een operatie die in Nederland 20-25 minuten duurt, niet in verhouding staat tot de door verzoekster ondergane operatie die drie uur en tien minuten heeft geduurd. Zij stelt dat zij recht heeft op de volledige vergoeding van de rekening.
- 4.9. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat een knieoperatie waarbij een abrasie (*knorpelglättung*) wordt uitgevoerd, niet als gebruikelijk wordt beschouwd binnen de beroepsgroep. Deze behandeling is onvoldoende beproefd en deugdelijk bevonden en kan daarom niet ten laste van de Zorgverzekeringswet worden gebracht. De zorgverzekeraar onderbouwt deze stelling met een advies van het CVZ met zaaknummer 27056609.

- 5.2. Omdat de *knorpelglättung* en de abrasie onlosmakelijk zijn verbonden met de meniscectomie, wordt de gehele behandeling als niet-gebruikelijk aangemerkt.
- 5.3. Voor zover verzoekster het niet eens is met de toetsing van een abrasie, stelt de zorgverzekeraar dat dit de Nederlandse benaming is voor een *knorpelglättung*. Bij van artrose van de knie wordt het aangetaste kraakbeen op verschillende manieren behandeld. Het gaat in het algemeen om een nettoyage van de knie, het schoonmaken van het gewricht en het verwijderen van de losliggende fragmenten. Ook wordt de techniek 'shaving' toegepast, het afschaven van het ruw geworden kraakbeenoppervlak. Dit wordt in Duitsland 'abrasie' genoemd. Daarnaast kan ook een kraakbeenweek-techniek plaatsvinden, met lichaamseigen of lichaamsvreemd materiaal. Deze methoden zijn bewezen ineffectief, of experimenteel, dat wil zeggen nog niet bewezen effectief.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat alsnog tot vergoeding van de kosten van de onderhavige behandeling zal worden overgegaan, zij het niet volledig.
- 5.5. Bij brief van 24 maart 2009 heft de zorgverzekeraar medegedeeld voor de in Duitsland ondergane knieoperatie op grond van DBC-prestatiecode 05.11.00.1801.0212 een bedrag van € 1.830,36 te vergoeden.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering en de aanvullende verzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is welke behandeling bij verzoekster is uitgevoerd en of deze behandeling, op grond van de basisverzekering dan wel de aanvullende verzekering dan wel op basis van beiden, voor vergoeding in aanmerking komen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering. Artikel 4 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat.

”Wij vergoeden de kosten van:

- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;*
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voor een aantal behandelingen zoals vermeld onder artikel 1 moet u van tevoren

contact met ons opnemen. Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op vergoeding van 80% van het gemiddeld voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief.”

Artikel 1 van de ‘Aanspraken’ vermeldt voor zover hier relevant:

*”(…)
Voor een aantal behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op vergoeding van 80% van het gemiddeld voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief. Dit geldt voor de volgende behandelingen:
(…)
- Artrose van heupen of knieën, inclusief plaatsen gewrichtsprotheses;
- Meniscus- of voorste kruisband letsel;
(…)”*

Met betrekking tot zorgverlening in een andere EU-lidstaat bepaalt artikel 18.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, voor zover in deze situatie van belang:

*“18.2.1 Voor medisch noodzakelijke zorg aan de verzekerde, die in Nederland, een ander EU/EER-land of verdragsland woont, en tijdelijk verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan het woonland, heeft deze naar keuze aanspraak op:
- zorg door een zorgverlener die door ons in dat land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de Beter Af Polis tot maximaal:
- wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;
- het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- wanneer en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag;
- wanneer van toepassing, zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag.”*

7.3. De regeling in artikel 1 en 4 van de ‘Aanspraken’ van de zorgverzekering en artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, tweede lid 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. In artikel 2.2, lid 2 is vervolgens bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die ho-

ger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. In geschil is de vraag of de bij verzoekster uitgevoerde 'ablatio chondroplastiek' op grond van de internationale stand van de wetenschap en praktijk kan worden aangemerkt als zorg die medisch specialisten plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.7. Alvorens aan deze vraag toe te komen is van belang vast te stellen welke behandeling bij verzoekster heeft plaatsgevonden. Volgens vaste rechtspraak van de commissie geldt daarbij voor de beantwoording als uitgangspunt dat medische verklaringen voorafgaand aan, dan wel tijdens de behandeling bepalend zijn voor het oordeel van de commissie. Zij baseert zich bij de beantwoording van deze vraag dan ook op de brief van de behandelend arts van 6 februari 2008, gericht aan de huisarts. Uit deze brief blijkt dat zowel een partiele meniscectomie heeft plaatsgevonden, als een 'ablatio chondroplastiek'.
- 7.8. Bij de beantwoording van de onder 7.6 geformuleerde vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische 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.
- 7.9. 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.

- 7.10. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken is door het CVZ in zijn advies van 16 februari 2009 uitgevoerd. Uit dit onderzoek blijkt de volgende relevante overweging:

”Arthroscopische behandeling van arthrose van de knie wordt regelmatig uitgevoerd, en daarbij vinden ingrepen plaats variërend van ‘spoelingen’, ‘debriment’, ‘nettoyage’ tot ‘abrasie’ en ‘microfracturing’. Er is echter geen wetenschappelijke onderbouwing voor de effectiviteit van deze behandeling. De CBO-richtlijn arthrose heup en knie (2007) stelt dat arthroscopie met ‘lavage’, ‘debriment’, en/of ‘nettoyage’ niet zinvol is bij patiënten met arthrose van de knie (aanbeveling gebaseerd op level of evidence A2). Na een eerste RTC in 2002 (Moseley et al, NJEM 2002) waarin geen voordeel van arthroscopische chirurgische behandeling (boven sham chirurgie!) werd aangetoond, is in 2008 een tweede RTC gepubliceerd waarin arthroscopie is vergeleken met optimale oefen- en medicamenteuze therapie (Kirkley et al, NEJM 2008: 359: 1097). In beide groepen was er een gelijke (matige) afname van klachten na een follow-up duur van twee jaar. Er werd gebruik gemaakt van een gevalideerde klachtenscore. In de editorial wordt dit een goed uitgevoerde trial genoemd met generaliseerbare resultaten. Echter, wanneer er naast arthrose ook sprake is van een meniscusletsel én het waarschijnlijk is dat de klachten mede daardoor worden veroorzaakt, kan een arthroscopie wel zijn aangewezen (Marx, NEJM 2008, 359: 1169). Deze conclusie is in lijn met de CBO-richtlijn uit 2007, die stelt dat alleen in geval van slotklachten door grote fragmenten in de knie arthroscopische verwijdering overwogen kan worden.

(...)

Uit het operatieverslag van 6 februari 2008 is voldoende aannemelijk geworden dat het meniscusletsel bij patiënte klinisch relevant was. Het verwijderen van het meniscusdeel is dan in feite de hoofdbehandeling geweest. In dit geval was de arthroscopische behandeling dan ook gerechtvaardigd en conform de stand van de wetenschap en praktijk.”

Deze conclusie neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.

- 7.11. Op basis van vorenstaande overweging is door de zorgverzekeraar alsnog overgegaan tot vergoeding van de onderhavige knie-operatie tot het maximale in Nederland geldende tarief. In geschil is derhalve nog slechts de hoogte van de vergoeding. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.12. In casu gaat het om een behandeling die, ten tijde van die behandeling, binnen het Nederlandse vergoedingstelsel viel onder een zogenaamde B-segment DBC. Dit betekent dat de hoogte van de vergoeding voor zover die ziet op het ziekenhuisdeel

daarvan, niet is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De hoogte van de vergoeding voor B-segment DBC's staat ter vrije onderhandeling tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Zorgverzekeraars als de onderhavige, die zorg in natura aanbieden, zullen daartoe overeenkomsten sluiten met zorgaanbieders. Daarnaast mogen zij op de bedragen van deze tarieven een korting toepassen indien gekozen wordt voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

- 7.13. De zorgverzekeraar heeft een lijst gepubliceerd met vergoedingen voor medisch-specialistische zorg bij niet-gecontracteerde leveranciers. Het bedrag dat wordt vergoed voor een meniscus- of voorste kruisbandletsel is € 1.595,00. Nu de zorgverzekeraar om hem moverende redenen voor de onderhavige operatie vergoeding van een bedrag van € 1.830,36 is toegezegd, zal de commissie in die beslissing niet treden.

Dit B-segment DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit laatste, aangezien het gaat om een gemiddelde, in individuele situaties niet steeds het geval zal zijn, doet daaraan niet af. Feit is immers dat het tarief in de Nederlandse marktomstandigheden normaliter toereikend is en dat de kosten voor de zorgverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest dan het toepasselijke tarief.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.14. De aanvullende verzekering heeft in het in deze relevante artikel 27 uitsluitend betrekking op aanspraak op spoedeisende zorg in het buitenland, zodat die ziektekostenverzekering verder buiten bespreking kan blijven.
- 7.15. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen voor zover aanspraak wordt gemaakt op een hogere vergoeding dan het bedrag van € 1.830,36 dat door de zorgverzekeraar ter zitting is toegezegd.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar vanwege de bij brief van 24 maart 2009 toegezegde vergoeding, aan verzoekster dient te vergoeden het door haar betaalde entreegeld ad € 37,00.

Zeist, 6 mei 2009,

Voorzitter