

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, rugoperatie, arthrodesse,
DIAM®-protheses
Zaaknummer : 2011.00867
Zittingsdatum : 26 oktober 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af 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 Beter Af Plus Polis 3 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoeker afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Tandarts Polis 2 sterren is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van (een deel van) de kosten van een rugoperatie (arthrodese en plaatsing DIAM®-prothesen) uitgevoerd in België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 oktober 2010 en uitkeringsspecificatie van 3 maart 2011 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 18 maart 2011 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 19 juli 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 september 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 september 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 19 september 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 oktober 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 16 september 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 17 oktober 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011096463) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat interspinous implants, waaronder het DIAM®-systeem, niet kunnen worden aangemerkt als conform de stand van de wetenschap en praktijk.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 18 oktober 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 oktober 2011 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 26 oktober 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. Bij brief van 8 november 2011 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Het CVZ adviseert de commissie het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de behandeling waarbij DIAM®-prothesen worden geplaatst niet voldoet aan het criterium van stand van de wetenschap en praktijk. Een arthrodese kan bij degeneratieve aandoeningen van de wervelkolom geïndiceerd zijn. De door verzoeker ondergane behandeling dient echter als één geheel te worden aangemerkt. Aangezien een deel van de behandeling niet als verzekerde zorg kan worden aangemerkt, heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van de gehele behandeling.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend neurochirurg heeft bij verzoeker het volgende vastgesteld: *“(...) blijvend probleem van lage rugpijn en de onmogelijkheid om langere tijd te lopen. [Verzoeker] heeft reeds diverse behandelingen ondergaan en werd reeds ook op diverse plaatsen over zijn ziekte-toestand geïnformeerd waaronder ook in Duitsland. Chiropractische behandelingen hadden geen effect. Bij inzage van het MRI onderzoek blijkt een congenitale dysplasie te bestaan voor het wervellichaam L5 met belangrijke anterolisthesis L5-S1. Tevens aanwijzingen voor black disc fenomeen op L3-L4, L4-L5 en L5-S1. Pseudobulging op L5-S1. Zeer sterk vernauwde neurale foramina L5-S1. Beiderzijds compressie van de uitredende zenuwwortel L5. Discusbulging en*

protrusie L3-L4 en L4-L5 met annulaire scheur", en verzocht om: "(...) *operatieve behandeling met arthrodesse L5-S1 en plaatsen van het DIAM systeem op L3-L4 en L4-L5*".

- 4.2. Op 27 oktober 2010 heeft de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.3. Verzoeker stelt dat hij al jaren kampt met lage rugpijn en pijn in zijn linkerbeen. Hij kon geen 200 meter lopen en niet langer dan twee minuten staan. Hij heeft diverse specialisten bezocht. Één specialist heeft de behandeling bij verzoeker gestaakt. Voorts is verzoeker via zijn huisarts doorverwezen naar een neurochirurg. Deze deelde mede dat een afgeschoven wervel de oorzaak was van de pijn. Hierop is verzoeker doorgestuurd naar een orthopedisch chirurg. Verzoeker stelt slechte ervaringen te hebben met deze specialist, en om die reden zelf een specialist te hebben gezocht. Zodoende is verzoeker in België terecht gekomen. De neurochirurg aldaar was van oordeel dat een operatie de enige mogelijkheid was voor verzoeker om van zijn pijn af te komen. Verzoeker heeft zich na dit advies gewend tot een specialist in Nederland voor een second opinion. Deze gaf hetzelfde advies. Zijn behandelend orthopedisch chirurg van het ziekenhuis in Dordrecht bevestigde nogmaals dit advies. Een operatie was voor verzoeker de laatste mogelijkheid om van zijn pijn af te komen. Verzoeker stelt in Nederland geïnformeerd te hebben naar de mogelijkheden voor een operatie. De wachtlijst bleek erg lang. Dit heeft hem doen besluiten op 27 oktober 2010 de operatie te ondergaan in België. Hierbij werd een arthrodesse uitgevoerd en werden DIAM®-prothesen geplaatst.
- 4.4. Verzoeker heeft voorafgaand aan de operatie een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Tevens heeft hij telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid hem werd medegedeeld dat de kosten van de operatie zouden worden vergoed tot maximaal het in Nederland geldende tarief. Acht dagen vóór zijn operatie ontving verzoeker echter een afwijzing. De rugoperatie werd niet vergoed, omdat discusprothesen werden geplaatst. Het plaatsen van discusprothesen bleek geen gebruikelijke zorg. Verzoeker stelt dat dit hem duidelijk was, en heeft besloten de kosten van de DIAM®-prothesen voor eigen rekening te laten komen. Dit omdat hij er alles aan wilde doen rugproblemen in de toekomst te voorkomen. Verzoeker stelt dat de kosten van de arthrodesse vergoed dienen te worden. Tot slot stelt verzoeker dat het resultaat van de operatie zeer goed is. Hierdoor zijn eventuele toekomstige zorgkosten bespaard. Verzoeker is teleurgesteld dat deze voor hem noodzakelijke operatie niet door de ziektekostenverzekeraar wordt vergoed.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het om twee ingrepen gaat, te weten een arthrodesse en plaatsing van DIAM®-prothesen op twee andere niveaus. Hij ziet in de reactie van de ziektekostenverzekeraar alleen terug dat het om de DIAM®-prothesen gaat. De aanleiding was echter een rugprobleem. De zenuwbanden moesten weer vrij worden gelegd. Dit was het belangrijkste, en het gaat hem niet om vergoeding van de DIAM®-prothesen. Verzoeker brengt in dat hij op internet al had gezien dat deze kosten niet zouden worden vergoed. Omdat er twee beginnende hernia's werden geconstateerd zijn – in één sessie met de rugoperatie – de prothesen geplaatst. Hiervoor is hij naar België uitgeweken. Verzoeker stelt dat hoewel hem werd gezegd dat vergoeding zou plaatsvinden op basis van het Nederlands tarief, alle kosten voor zijn rekening zijn gebleven. Tot slot brengt verzoeker in dat hij na de ope-

ratie geen fysiotherapie heeft gehad, en dat hij inmiddels weer volop sport.

4.6. 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 operatie die is uitgevoerd een arthrodesse op niveau L5-S1 en de plaatsing van DIAM®-prothesen op de niveaus L3-L4 en niveau L4-L5 betreft. De rugoperatie komt voor vergoeding in aanmerking, maar omdat de discusprothesen worden geplaatst vervalt deze vergoeding. Het plaatsen van discusprothesen is namelijk geen gebruikelijke zorg zoals bedoeld in de Zvw. Bovendien is de arthrodesse onlosmakelijk verbonden met de plaatsing van de DIAM®-prothesen, zodat hiervoor geen aparte vergoeding kan worden uitgekeerd. In het verleden zijn er diverse rechtszaken geweest waarin is uitgesproken dat deelbehandelingen niet voor vergoeding in aanmerking komen. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker gebruik heeft gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgverlener. De specialist van verzoeker heeft de kosten niet gedeclareerd door middel van een DBC. Derhalve bestaat geen aanspraak op vergoeding van de rugoperatie. Verzoeker is geen onjuiste informatie verstrekt. Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar wel begrip te hebben voor de situatie van verzoeker.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de behandeling als één geheel wordt gezien. Het is niet mogelijk de nota te splitsen. De ziektekostenverzekeraar brengt voorts in dat het CVZ de behandeling experimenteel acht. Om die reden is geen vergoeding mogelijk.

5.3. 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, 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 is gehouden de aanspraak alsnog 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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 40 van de "Lijst van aanspraken" van de zorgverzekering. Artikel 4 van "Lijst van aanspraken" van de zorgverzekering bepaalt wanneer en on-

der welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“(…)

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.(…)”

In artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat de aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede wordt bepaald door de stand der wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.3. Artikel 19 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“(…)”

De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:

- *zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland 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 voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag. (…)”*

- 8.4. De artikelen 2 en 19 van de zorgverzekering, en artikel 4 van de “Lijst van aanspraken” van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 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. Geneeskundige 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. 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.
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.7. Artikel 20 van Vo 883/2004 (hierna: Verordening) luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lid-staat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aanspraak op zorg in het buitenland is geregeld in artikel 19 van de zorgverzekering. Voor iedere vorm van zorg geldt dat deze conform de stand van de wetenschap en praktijk dient te zijn, dan wel bij het ontbreken van een zodanige maatstaf in het betrokken vakgebied dient te gelden als verantwoord en adequaat. Mede gelet op hetgeen door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, spitst de beoordeling door de commissie zich primair toe op de vraag of een operatieve behandeling van de rug met arthrodesen op niveau L5-S1 en plaatsing van DIAM®-prothesen op de niveaus L3-L4 en L4-L5 bij blijvende lage rugpijn en pijn in het been voldoet aan de stand van de wetenschap en 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 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.

- 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 plaatsing van interspinous implants, waaronder het DIAM®-systeem, is door het CVZ in zijn advies van 17 oktober 2011 uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat interspinous implants, waaronder het DIAM®-systeem, niet kunnen worden aangemerkt als conform de stand van de wetenschap en praktijk en dat deze daarom geen verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering vormen. De commissie neemt die conclusie over en maakt deze tot de hare.
- 9.5. Het voorgaande geldt niet voor de arthrodese. De behandeling is conform de stand van wetenschap en praktijk en verzoeker was hiervoor geïndiceerd. De vraag is vervolgens of de plaatsing van de DIAM®-prothesen en de arthrodese als één behandeling moet worden beschouwd, zoals door het CVZ in het definitieve advies van 8 november 2011 is gesteld. In een eerdere zaak (GcZ, 16 januari 2008, 2007.00479) was de vergoeding van een STALIF op niveau L5-S1 aan de orde, welke ingreep in combinatie met de plaatsing van een discusprothese op niveau L4-L5 werd uitgevoerd. De commissie besloot in dit geval, overeenkomstig het CVZ-advies, dat betrokkene aanspraak had op de vergoeding van de STALIF. In de onderhavige casus kan eveneens worden gesteld dat de arthrodese een zelfstandige behandeling is die op zijn eigen merites moet worden beoordeeld.
- 9.6. Aangezien verzoeker tijdig een aanvraag heeft ingediend, en hierop door de ziektekostenverzekeraar ten onrechte afwijzend is beslist, zal de ziektekostenverzekeraar, gelet op het bepaalde in artikel 20 van de Verordening, alsnog moeten overgaan tot tarifiering en vergoeding van kosten van de arthrodese volgens de Belgische sociale ziektekostenverzekering. Indien het Nederlandse DBC-tarief voor deze behandeling hoger mocht blijken te zijn, heeft verzoeker, op grond van het Werkingsverdrag, aanspraak op aanvulling tot dat tarief.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de bespreking van die verzekering achterwege kan blijven.

Werking privaatrecht

- 9.8. Verzoeker heeft nog gesteld dat hij voorafgaand aan de operatie telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar heeft opgenomen, bij welke gelegenheid hem door één van de medewerkers is meegedeeld dat de gehele operatie zou worden vergoed tot maximaal het in Nederland geldende tarief. Een en ander wordt door de ziektekostenverzekeraar betwist. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 9.9. In de procedure is aangetoond noch aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde telefonische toezeggingen zouden zijn gedaan. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat door verzoeker in het bijzonder niet is aangegeven wanneer en met wie hij heeft gesproken, nog daargelaten dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat.

Conclusie

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek deels dient te worden toegewezen, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar de arthrodesse aan verzoeker dient te vergoeden.
- 9.11. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe met inachtneming van hetgeen onder 9.10 is overwogen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 23 november 2011,

Voorzitter