

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, schildklieroperatie, hoogte vergoe-
ding
Zaaknummer : 2012.02689
Zittingsdatum : 17 juli 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 20 van Vo 883/2004)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) D beide te E,

hierna gezamenlijk 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 de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Uitgebreid Vitaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] TandenGaaf 500 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

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 schildklier in het Princess Grace Hospital te Londen (Groot-Brittannië) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 5 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hiervoor een bedrag van maximaal € 4.395,67 zal worden vergoed.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 27 september 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 e-mailbericht van 9 maart 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar 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 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 verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 mei 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 mei 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 mei 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 mei 2013 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 14 mei 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 10 juni 2013 (zaaknummer 2013061806) heeft het CVZ de commissie geadviseerd, althans voor zover het de zorgverzekering betreft, dat zorgproductcode 049899006 de bij de door verzoekster ondergane operatie passende zorgproductcode is. Een afschrift van het CVZ-advies is op 11 juni 2013 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Desgevraagd heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar twee weken uitstel verleend voor het geven van een reactie. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 juni 2013 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 21 mei 2012 verzocht om vergoeding van de in Groot-Brittannië uit te voeren operatie aan haar schildklier. Verzoekster heeft hierbij vermeld dat zij een tumor aan de rechterzijde van haar schildklier heeft. In Nederland was de indicatie om te opereren al eerder gesteld, maar haar is toen (ten onrechte) aangeraden hiermee te wachten. Hierdoor kan de operatie nu niet meer worden uitgevoerd door middel van een incisie onder haar oksel. De enige optie om nog te opereren is via een incisie in de nek. Verzoekster heeft geen vertrouwen meer in de Nederlandse artsen.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 5 juni 2012 medegedeeld dat de maximale vergoeding voor de aangevraagde operatie € 4.395,67 bedraagt. Voor de vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van zorgproductcode 049899006 met omschrijving "operatie aan de schildklier (met verpleegligdagen) bij een aandoening van de schildklier". Tevens is vermeld dat eventueel noodzakelijke vervolgooperaties na complicaties of een hersteloperatie binnen de periode van geldigheid zijn inbegrepen.
- 4.3. Op 22 juni 2012 heeft de behandeling plaatsgevonden waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld. Verzoekster heeft vervolgens de nota's van de behandeling, ten bedrage van £ 5.695,-- (€ 7.057,--) en £ 3.500,-- (€ 4.308,38) ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft van voornoemde nota's slechts een bedrag van € 2.841,54 vergoed. Verzoekster heeft daarom telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Haar is toen verteld dat de vergoeding die is toegekend voor de vooronderzoeken - die in mei 2012 hebben plaatsgevonden - is afgetrokken van de maximale vergoeding voor de operatie. De ziektekostenverzekeraar heeft echter niet (eerder) aan verzoekster medegedeeld dat de vergoeding van voormelde vooronderzoeken in mindering zou worden gebracht op de toegezegde maximale vergoeding. Daarom is zij ervan uitgegaan dat de toegezegde vergoeding van € 4.395,67 uitsluitend betrekking had op de kosten van de operatie.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster onjuist dan wel onvolledig geïnformeerd. Daarnaast zijn de werkelijke kosten van de ingreep veel hoger dan de toegezegde vergoeding van € 4.395,67. Verzoekster vindt het daarom onredelijk dat de ziektekostenverzekeraar niet de volledige – toegezegde – vergoeding van € 4.395,67 voor de operatie vergoedt.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Naar aanleiding van het e-mailbericht van verzoekster van 21 mei 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar haar bij brief van 5 juni 2012 medegedeeld dat de maximale vergoeding voor de aangevraagde operatie € 4.395,67 bedraagt. Hierbij is vermeld dat eventueel noodzakelijke vervolgooperaties na complicaties of een hersteloperatie binnen de periode van geldigheid zijn begrepen in voornoemde vergoeding. Voorts is haar medegedeeld dat de tarieven in het buitenland anders zijn dan in Nederland. In het buitenland kent men meestal niet een all-in tarief zoals in Nederland; alles wordt apart gefactureerd. Verzoekster dient er daarom rekening mee te houden dat de vergoeding lager kan zijn dan de kosten van de behandeling. Met verzoekster is op 5 juni 2012 telefonisch besproken dat vooronderzoeken en consulten voorafgaand aan de operatie vallen onder het toegekende all-in tarief.
- 5.2. Verzoekster is behandeld door een niet-gecontracteerde zorgverlener. Daarom heeft zij op grond van haar zorgverzekering aanspraak op een vergoeding van 100 percent van het Nederlandse tarief. Voor de onderhavige ingreep bedraagt het Nederlandse tarief € 4.395,67. Dit tarief is gebaseerd op de zorgproductcode 049899006. In Nederland worden behandelingen in het ziekenhuis gedeclareerd met DOT-zorgproducten. De vergoeding voor een DOT-zorgproduct is een van tevoren vastgesteld, gemiddeld tarief dat is gebaseerd op het gemiddelde behandeltraject. Dit all-in tarief geldt voor het gehele behandeltraject, dus inclusief consulten, onderzoeken, operatieve ingrepen, eventuele complicaties en nacontroles.
- 5.3. Verzoekster heeft een vijftal nota's ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Twee hiervan hebben betrekking op de ingreep, de overige drie betreffen consulten en onderzoeken. Aangezien deze zorg deel uitmaakt van de behandeling, is hiervoor geen aparte vergoeding mogelijk. In totaal is de maximale vergoeding van € 4.395,67 aan verzoekster betaald. De nota's van £ 520,-- (€ 635,39) en £ 250,-- (€ 305,47) zijn volledig vergoed. Van de nota van £ 501,90 (€ 613,27) is een bedrag van € 527,90 vergoed, omdat hierop het nog openstaande eigen risico van € 85,37 in mindering is gebracht. Het resterende bedrag van € 2.841,54 is vergoed ten behoeve

van de nota van £ 5.695,-- (€ 7.057,--). Hiermee is de maximale vergoeding voor de gehele behandeling verbruikt. Alle overige kosten komen voor rekening van verzoekerster.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de nota van £ 3.500,-- (€ 4.308,38) een voorschotnota is. Na afloop van de behandeling wordt een definitieve factuur opge maakt met de werkelijke kosten. Daarom komt de nota van £ 3.500,-- niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.5. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat hij verzoekster geen S2-formulier heeft verstrekt, omdat dit alleen aan de orde is in de situatie dat de aangevraagde zorg niet of niet tijdig bij een gecontracteerde zorgverlener kan plaatsvinden. Hiervan is in dit geval geen sprake. Verzoekster heeft in verband met een vertrouwensbreuk ervoor gekozen niet meer in Nederland te willen worden behandeld. Hiermee is geenszins gezegd dat niet tijdig gecontracteerde zorg voorhanden was, hetgeen verzoekster overigens ook niet stelt.
- 5.6. In de brief van 25 juni 2013 merkt de ziektekostenverzekeraar op dat in het CVZ-advies de productcode 04989906 wordt genoemd. Een productcode heeft echter altijd negen cijfers. Daarom gaat de ziektekostenverzekeraar ervan uit dat het CVZ de productcode 049899006 heeft bedoeld. Dit is de productcode die de ziektekostenverzekeraar heeft gebruikt voor het vaststellen van de hoogte van de vergoeding.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.21 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 verzoekster aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan het door de ziektekostenverzekeraar reeds uitbetaalde bedrag van € 4.395,67 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.3 e.v. van de zorgverzekering. Artikel B.4.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

B.4.2.1. Omschrijving van de zorg

Deze zorg omvat:

a. medisch specialistische behandeling;

b. opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 365 dagen (na 365 dagen komen kosten voor rekening van de AWBZ);

c. verblijf, verpleging en verzorging;

d. paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;

e. laboratoriumonderzoek.

(...)"

- 8.3. In artikel A.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering zijn de begripsbepalingen opgenomen. Hierin worden onder meer de begrippen DBC en DOT gedefinieerd. Deze definities luiden als volgt:

"DBC: Diagnose Behandeling Combinatie

Een DBC beschrijft het totale traject van medisch specialistische zorg of specialistische psychiatrie. In de DBC is de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling omschreven. Aan de DBC wordt een DBC-prestatiecode toegekend.

Die code is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met een zorgvraag (zogenaamde opening van de DBC) en wordt afgesloten aan het einde van de behandeling of na 365 dagen, als uw behandeling langer duurt dan 365 dagen. Het tarief is een gemiddelde prijs. Zie ook begrip "DBC op weg naar transparantie (DOT)".

"DOT: DBC Op weg naar Transparantie

DOT is een verbeterd declaratiesysteem voor medisch specialistische zorg dat op 1 januari 2012 in werking treedt. Dit systeem dient te leiden tot een vereenvoudiging van het DBC-systeem, met als uitgangspunten meer transparantie en grotere medische herkenbaarheid. De diagnosebehandelcombinaties die in het DOT-systeem gebruikt worden, worden DOT-zorgproducten genoemd."

- 8.4. Artikel B.2 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"Voor vergoeding van zorg in het buitenland is er verschil tussen:

a. verzekerden die wonen in Nederland (artikel B.2.1.);

(...)

Gaat u in het buitenland naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.0.6.

(...)

B.2.1. Wonen in Nederland en zorg in buitenland

Als u in Nederland woont, hebt u recht op (vergoeding van) verzekerde zorg door een zorgverlener buiten Nederland.

(...)"

- 8.5. Artikel A.0.6 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat als de zorgverlener niet is gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar de vergoeding het volledige wettelijk bepaalde tarief dan wel het marktconforme tarief bedraagt.

- 8.6. De artikelen B.2 en B.4.2 van de zorgverzekering en A.0.6 en A.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering zijn volgens artikel A.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.9. Artikel 20 van Vo 883/2004 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 lidstaat 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. Tussen partijen is niet in geschil dat de door verzoekster in Groot-Brittannië ondergane ingreep een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoekster daarvoor een indicatie had. Enkel de hoogte van de verleende vergoeding houdt partijen verdeeld.

- 9.2. Verzoekster is naar een andere lidstaat gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Er is derhalve sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 9.3. Voor de aan de ingreep voorafgaande consulten en onderzoeken heeft verzoekster geen toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Dit is op grond van de jurisprudentie van het Europese Hof ook niet vereist. Gevolg van de gemaakte keuze is wel dat artikel 20 van Vo. Nr. 883/2004 buiten toepassing blijft en dat het recht op vergoeding van de kosten van de consulten en onderzoeken dient te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering. In A.0.6 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat bij een niet-gecontracteerde zorgverlener de vergoeding het volledige wettelijk bepaalde tarief dan wel het marktconforme tarief bedraagt. Met inachtneming hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar een drietal nota's, ten bedrage van £ 520,--, £ 250,-- en £ 501,90, vergoed onder aftrek van het nog openstaande eigen risico van € 87,37. De juistheid van deze vergoeding is door verzoekster niet bestreden zodat de commissie dit onderdeel verder zal laten rusten.
- 9.4. Voor de operatie heeft verzoekster op 21 mei 2012 aan de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Dit verzoek had moeten worden aangemerkt als een verzoek om een S2-formulier. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster hierop medegedeeld wat de maximale vergoeding is op grond van het Nederlandse tarief. Hierbij is nagelaten te toetsen of verzoekster aanspraak zou hebben op de verstrekking van een S2-formulier. De ziektekostenverzekeraar heeft eerst bij brief van 6 mei 2013 aan de commissie medegedeeld dat hij geen S2-formulier aan verzoekster heeft verstrekt omdat zij vanwege een vertrouwensbreuk in Groot-Brittannië behandeld wilde worden en niet omdat de zorg niet tijdig in Nederland beschikbaar was. Aangezien de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie heeft verzuimd de aanvraag voor een S2-formulier correct te beoordelen, onderscheidenlijk deze af te wijzen op basis van de juiste afwijzingsgrond, moet de toestemming worden geacht te zijn verleend en dient de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 26 lid 6 van Vo. nr. 987/2009 tot tarifiering over te gaan. De tarifiering heeft alleen betrekking op de operatie en de nabehandeling.
- 9.5. Gelet op het advies van het CVZ van 11 juni 2013 is de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde zorgproductcode juist. Het bijbehorende tarief bedraagt € 4.395,67. Genoemd bedrag behelst tevens de onder 9.3 bedoelde consulten en vooronderzoeken. Indien de uitkomst van de tarifiering lager is dan € 4.395,67, heeft verzoekster – voor de gehele behandeling, inclusief de consulten en vooronderzoeken – recht op aanvulling tot dit bedrag. Aangezien dit, onder aftrek van het nog openstaande eigen risico, al werd vergoed door de ziektekostenverzekeraar zal in dat geval door deze geen verdere vergoeding behoeven te worden verleend.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Toezegging

- 9.7. Verzoekster stelt dat zij onjuist dan wel onvolledig is geïnformeerd door de ziektekostenverzekeraar, omdat in de beslissing van 5 juni 2012 niet is vermeld dat de kosten

van de aan de ingreep voorafgaande consulten en onderzoeken onder de toegezegde vergoeding van € 4.395,67 vallen. De ziektekostenverzekeraar heeft in reactie hierop geantwoord dat in de brief is vermeld dat in Nederland all-in tarieven worden gehanteerd.

- 9.8. In artikel A.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering zijn onder meer de begrippen DBC en DOT gedefinieerd. Hierin is opgenomen dat DOT een afkorting is voor 'DBC Op weg naar Transparantie'. Een DBC is het totale traject van medisch specialistische zorg beschrijft. In de DBC is de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling omschreven. Aan de DBC wordt een DBC-prestatiecode toegekend, waaraan een tarief wordt verbonden.
- 9.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de telefoonnotities overgelegd. Dat een toezegging is gedaan is door verzoekster niet aannemelijk gemaakt. Met name kan uit de brief van 5 juni 2012 niet worden afgeleid dat de genoemde vergoeding van € 4.395,67 enkel de operatie betreft. In deze brief is expliciet vermeld dat aanspraak bestaat op het Nederlandse marktconforme tarief en dat in Nederland een all-in tarief geldt. Voornoemd bedrag betreft duidelijk een all-in tarief, dat wil zeggen inclusief consulten, complicaties et cetera, ook al zijn deze niet apart genoemd.

Conclusie

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat verzoekster recht heeft op het tarief dat in Groot-Brittannië op basis van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering voor de operatie en de nabehandeling wordt gehanteerd. Indien dit tarief lager is dan het Nederlandse tarief heeft zij aanspraak op aanvulling tot het reeds aan haar betaalde Nederlandse tarief.
- 9.11. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, zoals is bepaald onder 9.10.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 7 augustus 2013,

Voorzitter