

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E
en F, beide te G
Zaak : EU/EER, huisartsenzorg, farmaceutische zorg, Voltaren
Emulgel®, Brufen®, Coldhot®
Zaaknummer : 2011.02690
Zittingsdatum : 7 november 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, artt. 19, 20 en 25 Vo 883/2004, art. 56 en 28 WVEU)

1. Partijen

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

tegen

1) E. te G, en

2) F te G,

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 waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Extra Uitgebreid en [naam ziektekostenverzekeraar] TandenzGezond 150 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van consulten bij een Belgische huisarts en de in Portugal aangeschafte middelen Voltaren Emulgel®, Brufen® en Coldhot® (hierna: de aanspraak). Bij twee uitkeringsberichten, beide gedateerd 20 mei 2011, heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de consulten bij de Belgische huisarts gedeeltelijk worden vergoed tot maximaal € 9,11 per consult. Vergoeding van de gedeclareerde (genees)middelen is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 26 augustus 2011 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-mail van 8 juni 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ge-

houden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 augustus 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 augustus 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Bij brief van 23 augustus 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 20 september 2012 (zaaknummer 2012099434) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is aan te nemen dat sprake is van acute en incidentele zorg, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de huisartsenzorg conform het passantentarief. De middelen Voltaren Emulgel® en Brufen® zijn geregistreerde geneesmiddelen die niet zijn opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) en derhalve niet voor vergoeding in aanmerking komen. Het verbandmiddel Coldhot® is niet opgenomen in het basispakket. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 oktober 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 november 2012 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 8 november 2012 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 14 november 2012 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 verzoekster

- 4.1. Verzoekster is woonachtig in Amsterdam. Zij verblijft regelmatig in Antwerpen. In beide steden bezoekt zij indien nodig een vaste huisarts. Tot 2010 werden de in België gemaakte huisartskosten integraal vergoed. In april en mei 2011 heeft verzoekster een aantal keren de huisarts in Antwerpen bezocht. De situatie was spoedeisend. Ten onrechte worden de kosten hiervan niet geheel vergoed.
- 4.2. De middelen Voltaren Emulgel®, Brufen® en Coldhot® zijn aangeschaft in Portugal. Indien door de ziektekostenverzekeraar destijds een garantieverklaring was gegeven, zouden deze kosten integraal zijn vergoed via de ziekenhuisapotheek. Nu moest ver-

zoekster echter het ziekenhuis verlaten en de voorgeschreven medicatie kopen in een andere apotheek.

- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij ongeveer 35 percent van de tijd in België verblijft, en hier steeds dezelfde huisarts bezoekt. Op enig moment kreeg verzoekster diarree, die ernstig was en aanwezig bleef. Ook kreeg zij hevige pijn aan haar nek, en wel zo erg dat het leek op een hersenschudding. Verzoekster heeft gebeld met de Belgische huisarts en gevraagd of zij wel op vakantie kon gaan naar Portugal. Dit kon volgens de huisarts wel. In Portugal kreeg verzoekster nog meer last, waarop zij een arts bezocht. Deze arts deelde mede dat indien zij in Portugal had gewoond, zij in het ziekenhuis had moeten blijven. De partner van verzoekster heeft contact gehad met de SOS-Alarmcentrale. Daar werd hem gezegd dat geen garantie kon worden afgegeven, omdat er nog geen diagnose was. Daarom moest hij de medicijnen bij een apotheek buiten het ziekenhuis kopen. Verzoekster is van mening dat voor de huisartsenzorg het passantentarium vergoed moet worden.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. In 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar per abuis een aantal rekeningen van de Belgische huisarts volledig betaald. Deze kosten zullen niet bij verzoekster worden teruggevorderd. In 2011 is door verzoekster een viertal rekeningen van deze huisarts gedeclareerd. Twee daarvan zijn volledig vergoed, omdat telefonisch de verwachting was gewekt dat aanspraak bestond op volledige vergoeding. De overige twee nota's zijn gedeeltelijk vergoed tot een bedrag van € 9,11. Dit is het Nederlandse tarief dat van toepassing is indien de verzekerde is ingeschreven bij een Nederlandse huisarts. Dit is bij verzoekster aan de orde. Het zogenoemde 'passantentarium' wordt alleen vergoed indien een verzekerde niet is ingeschreven, of indien incidentele en acute huisartsenhulp noodzakelijk is. Aangezien verzoekster in 2011 vier nota's heeft ingediend voor consulten door de Belgische huisarts, kan niet worden gesproken van incidentele hulp.
- 5.2. De geneesmiddelen Voltaren Emulgel® en Brufen® en het verbandmiddel Coldhot® zijn niet opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) en worden om die reden niet vergoed.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het gaat om een bedrag van € 22,75 voor medicijnen. De kosten verbonden aan het onderzoek/de behandeling in het ziekenhuis te Portugal zijn vergoed. Bij spoedeisende zorg gaat het om levensbedreigende situaties waarbij niet gewacht kan worden tot terugkeer naar Nederland. Het geschil gaat met name om de geneesmiddelen en de huisartsenzorg. Deze geneesmiddelen worden in Nederland ook niet vergoed, en hadden ook bij een apotheek moeten worden gehaald.
- 5.4. 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.25. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B.3. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op huisartsenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"B.3.1. Omschrijving van de zorg

Huisartsenzorg omvat zorg die huisartsen plegen te bieden. Onder deze zorg vallen ook gezondheidsadvisering en onderzoek dat te maken heeft met deze huisartsenzorg, bijvoorbeeld laboratoriumonderzoek. (...)"

- 8.4. Artikel B.23. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op farmaceutische zorg en luidt, voor zover hier van belang:

"B.23.1.1. Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS)

De minister van VWS heeft het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) opgesteld. Dat is een lijst waarop de minister alle geneesmiddelen heeft geplaatst waar u recht op kunt hebben. Dat zijn de geregistreerde geneesmiddelen en deze lijst noemen wij Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Sommige geneesmiddelen die in Bijlage 1 zijn opgenomen, vergoeden wij niet helemaal. Deze geneesmiddelen hebben dan een eigen bijdrage (zie artikel B.23.1.2.). Voor sommige geneesmiddelen gelden extra voorwaarden (zie artikel B.23.1.3.). En bij onderling vervangbare geneesmiddelen hebben wij bepaalde geneesmiddelen aangewezen die onze voorkeur hebben; die vergoeden we dan en andere van die onderling vervangbare geneesmiddelen niet. De geneesmiddelen die onze voorkeur hebben, staan op de lijst aangewezen voorkeursgeneesmiddelen (artikel B.23.1.4.). Wij vergoeden alleen deze voorkeursgeneesmiddelen. (...)"

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

"Als u in Nederland woont, hebt u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland. (...)"

- 8.6. Artikel A.21. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"Gaat u naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken dan vergoeden wij het volledige wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief dan vergoeden wij het volledige marktconforme tarief. (...)"

- 8.7. De artikelen A.21. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering en B.2. en B.3. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. 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.
Huisartsenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.5 Rzv en Bijlagen 1 en 2 Rzv.
- 8.9. 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.
- 8.10. Artikel 19 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.

2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt."

8.11. 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. (...)*”

8.12. Artikel 25 lid 5 van Vo 987/2009 luidt, voor zover hier van belang:

“Indien het verzoek om vergoeding van zulke kosten niet rechtstreeks bij het orgaan van de verblijfplaats is ingediend, worden de kosten door het bevoegde orgaan aan de betrokkene vergoed tegen het vergoedingstarief dat het orgaan van de verblijfplaats in het betrokken geval toepast, dan wel ten bedrage van de vergoeding die door het orgaan van de verblijfplaats zou zijn uitbetaald indien artikel 62 van de toepassingsverordening van toepassing was geweest.

Het orgaan van de verblijfplaats is verplicht het bevoegde orgaan desgevraagd de nodige inlichtingen over die tarieven of bedragen te verstrekken.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Verzoekster heeft ter zitting onderbouwd dat zij tijdens haar verblijf in Antwerpen onmiddellijk was aangewezen op de plaatselijke huisarts, omdat zij last had van diarree die niet overging. Derhalve is sprake van een situatie als bedoeld in artikel 19 van Vo 883/2004. De Belgische huisarts heeft de kosten van het consult niet gedeclareerd bij de mutualiteit, maar een nota naar verzoekster gezonden. Gelet op artikel 25 lid 5 van Vo 987/2009 worden de kosten in een dergelijk geval vergoed tegen het vergoedingstarief dat het orgaan van de verblijfplaats in het betrokken geval toepast. De ziektekostenverzekeraar dient derhalve te onderzoeken wat in deze situatie het tarief is dat in België voor een consult door een huisarts wordt vergoed volgens het Belgische sociale ziektekostenstelsel. Indien het tarief lager is dan het Nederlandse tarief, moet op basis van artikel 56 van het Verdrag inzake de Werking van de Europese Unie (VWEU) worden aangevuld tot het Nederlandse tarief.

9.2. Voor zover het Nederlandse tarief aan de orde is, geldt het volgende. In Nederland krijgt iedere huisarts een vergoeding per bij hem ingeschreven verzekerde, waarbij niet relevant is of de verzekerde de huisarts ook bezoekt. Bij bezoek aan een andere dan de eigen huisarts bestaat recht op een vergoeding van maximaal € 9,11 per consult, zo volgt uit de tariefbeschikking huisartsenzorg TB/CU-7009-01 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Hierop geldt een uitzondering indien de door de andere huisarts verleende zorg incidenteel en acuut is. In dat geval wordt een zogenoemd ‘passantentarief’ vergoed van € 29,28 per consult. Vast staat dat verzoekster is inge-

schreven bij een Nederlandse huisarts. Zij is in het jaar 2011 vier maal op consult geweest bij de Belgische huisarts, zodat niet kan worden gesproken van incidentele hulpverlening. Om die reden heeft het CVZ geconcludeerd dat verzoekster geen aanspraak op een hogere vergoeding dan € 9,11 per consult, ten laste van de zorgverzekering heeft. De commissie volgt het CVZ hierin. De eventuele aanvulling op grond van artikel 56 VWEU en de aanspraak op grond van artikel B2 van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering blijven dan ook beperkt tot dit bedrag.

- 9.3. Ten aanzien van de door verzoekster in Portugal aangeschafte middelen Voltaren Emulgel®, Brufen® en Coldhot® geldt het volgende. Deze middelen zijn door de behandelend arts in Portugal aan verzoekster voorgeschreven. Haar echtgenoot moest deze aanschaffen bij een apotheek buiten het ziekenhuis.
- 9.4. Vast staat dat de ziektekostenverzekeraar de kosten verbonden aan het onderzoek/de behandeling in het Portugese ziekenhuis aan verzoekster heeft vergoed als spoedeisende zorg, zodat ook in dit kader sprake is van een situatie als bedoeld in artikel 19 van Vo 883/2004. Aangezien de middelen zijn voorgeschreven in het kader van de spoedeisende zorg, dient door de ziektekostenverzekeraar te worden onderzocht of deze in Portugal verzekerde zorg vormen, en wat de hoogte is van het te vergoeden tarief indien dit het geval is. Zodra bekend is of een tarief beschikbaar is en wat de hoogte is van dit tarief, dient dit te worden afgezet tegen het Nederlandse tarief. Voor zover sprake is van een verzekerde prestatie en het Nederlandse tarief hoger is, dient het Portugese tarief tot dit bedrag te worden aangevuld, één en ander op basis van artikel 28 VWEU.
- 9.5. Voor zover het Nederlandse stelsel aan de orde is, geldt dat de vraag dient te worden beantwoord, of het hier geregistreerde geneesmiddelen betreft. Indien dit het geval is, dient te worden beoordeeld of de middelen onderling vervangbaar zijn. Een geregistreerd onderling vervangbaar geneesmiddel wordt alleen vergoed, indien het door de Minister van VWS is aangewezen. Geregistreerde niet-onderling vervangbare geneesmiddelen komen in beginsel voor vergoeding in aanmerking. Als het middel niet is geregistreerd, dient te worden bekeken of sprake is van een zogenoemde 'orphan drug' – dit is een geneesmiddel dat wordt voorgeschreven aan personen die lijden aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij één op de 150.000 inwoners – dan wel 'magistrale receptuur', dat wil zeggen een middel dat is bereid door een apotheker. Hierbij geldt als eis dat het dient te gaan om rationele farmacotherapie.
- 9.6. Voltaren Emulgel® en Brufen® zijn volgens het CVZ geregistreerde onderling vervangbare middelen, die niet door de Minister van VWS zijn aangewezen, zodat deze niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. Coldhot® is volgens het CVZ geen geregistreerd middel. Het betreft tevens geen 'orphan drug' of 'magistrale receptuur'. Om die reden kan het middel niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed. De commissie volgt de zienswijze van het CVZ en concludeert dat de eventuele aanvulling op grond van artikel 28 VWEU en de aanspraak op grond van artikel B2 van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering nihil bedragen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor consulten van de Belgische huisarts dan wel de door verzoekster in Portugal aangeschafte middelen, zodat de aanspraak niet op basis van die verzekering kan worden ingewilligd.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar dient te onderzoeken welk tarief in deze situatie in België voor een consult door een huisarts wordt vergoed volgens het Belgische sociale ziektekostenstelsel. Indien dit tarief lager is dan het Nederlandse tarief (€ 9,11 per consult), dient op grond van artikel 56 VWEU tot het Nederlandse tarief te worden aangevuld.
- 9.9. De ziektekostenverzekeraar dient voorts te onderzoeken of de door verzoekster in Portugal aangeschafte middelen aldaar verzekerde zorg vormen op grond van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering, en indien dit het geval is, wat de hoogte is van het te vergoeden tarief. Onder de zorgverzekering bestaat voor deze kosten geen dekking en derhalve op grond van artikel 28 VWEU geen recht op aanvulling.
- 9.10. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, conform hetgeen is overwogen onder 9.8 en 9.9.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

Zeist, 19 december 2012,

Voorzitter