

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F te G tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, endovasculaire behandeling bij de
diagnose MS, stand van de wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 2012.00025
Zittingsdatum : 30 mei 2012

1. Partijen

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

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Compleet en Tand Compleet afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een endovasculaire behandeling van de vena jugularis in verband met een stenose bij de diagnose Multiple Sclerose (MS), uitgevoerd in Aalst, België, (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 september 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 28 december 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 fax van 17 februari 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door 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 20 maart 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 maart 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 april 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 mei 2012 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 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 13 april 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012037202) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat een endovasculaire behandeling van de vena jugularis bij de diagnose MS niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 30 mei 2012 telefonisch gehoord. Verzoekster is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. De commissie heeft verzoekster na de hoorzitting in de gelegenheid gesteld alsnog een specificatie over te leggen van de door haar gevorderde kosten van rechtsbijstand. Bij mailbericht van 31 mei 2012 heeft de gemachtigde van verzoekster de gevraagde specificatie verstrekt. Een afschrift hiervan is op 12 juni 2012 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 15 juni 2012 gereageerd. Een afschrift hiervan is op 19 juni 2012 ter kennisname aan verzoekster gezonden.
- 3.11. Bij brief van 31 mei 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 5 juni 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.
- 3.12. De commissie heeft verzoekster bij brief van 3 juli 2012 verzocht om hetzij afschriften van facturen dan wel de (betalings)bewijzen waaruit blijkt dat zij de gevorderde kosten van rechtsbijstand aan haar gemachtigde heeft voldaan, hetzij aan de commissie kenbaar te maken of is geprocedeerd op basis van rechtsbijstand. Bij mailbericht van 30 juli 2012 heeft de gemachtigde van verzoekster de commissie zijn reactie gezonden. Een afschrift hiervan is op 31 juli 2012 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is bekend met progressieve MS. De behandelend arts heeft in zijn brief van 1 maart 2011 verklaard dat uit de uitgevoerde CT-angio blijkt dat zowel de rechter- als de linker vena jugularis een forse stenose vertoont. Beide lijken een forse flowbelemmering te veroorzaken. Verzoekster komt daarom in aanmerking voor een endovasculaire behandeling van deze letsels.
- 4.2. Verzoekster heeft telefonisch bij de ziektekostenverzekeraar gevraagd of zij toestemming nodig had voor voornoemde ingreep. Haar is toen verteld dat dit niet nodig was. Ook heeft zij diverse andere behandelmogelijkheden besproken met de ziektekostenverzekeraar. Volledigheidshalve heeft verzoekster op 11 april 2011 de brief van de behandelend arts, mét de verwijzing van de huisarts, naar de ziektekostenverzekeraar gezonden. Deze stukken zijn echter niet ontvangen, waarop verzoekster de informatie begin mei nogmaals heeft verstuurd. In antwoord hierop heeft de ziektekostenverzekeraar haar op 13 mei 2011 schriftelijk bericht dat de endovasculaire behandeling bij hem kan worden gedeclareerd indien een verwijzing van een Nederlandse arts wordt overgelegd. Voor de behandeling is geen voorafgaande toestemming vereist.
- 4.3. De behandeling heeft op 21 april 2011 in dagbehandeling plaatsgevonden. De nota, ten bedrage van € 3.450,-, heeft verzoekster op 2 september 2011 ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft de declaratie afgewezen omdat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit argument is evenwel niet overtuigend. Verzoekster meent namelijk dat wel sprake is van gebruikelijke zorg. Daarnaast is het onacceptabel dat de ziektekostenverzekeraar dit argument pas in een zo laat stadium van de procedure aandraagt.
- 4.4. Nog daargelaten of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, mocht verzoekster er, gezien de telefonisch verstrekte informatie en de brief van 13 mei 2011, op vertrouwen dat de kosten van de onderhavige behandeling zouden worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar kan in redelijkheid niet op de gedane toezegging terugkomen.
- 4.5. Indien het verzoek wordt toegewezen, vordert verzoekster tevens toewijzing van de kosten van rechtsbijstand. Bij mailbericht van 31 mei 2012 heeft verzoekster de commissie bericht dat haar gemachtigde 11 uren en 36 minuten aan de zaak heeft besteed en dat zijn gebruikelijke uurtarief € 220,- is, vermeerderd met 8 percent kantoorkosten en BTW.
- 4.6. Bij mailbericht van 30 juli 2012 heeft de gemachtigde van verzoekster medegedeeld dat hij de werkzaamheden voor verzoekster verricht op verzoek van haar rechtsbijstandverzekeraar. Om die reden heeft zij geen factuur van hem ontvangen. Indien hij haar wel een factuur zou sturen zou hij voornoemd aantal uren in rekening brengen.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De door verzoekster ondergane behandeling voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarom komen de kosten hiervan niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.2. Naar aanleiding van de op 6 mei 2011 ontvangen aanvraag en informatie heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 13 mei 2011 medegedeeld dat eventuele kosten voor zorg in het buitenland bij hem kunnen worden gedeclareerd. Voor extramurale zorg is hierbij geen voorafgaande toestemming vereist. Aan de hand van de originele nota's, betaalbewijzen en een volledig ingevuld declaratieformulier kan een definitieve vergoeding worden vastgesteld. De definitieve vergoeding is in de onderhavige situatie vastgesteld op € 0,--.
- 5.3. Verzoekster moet hebben geweten dat de behandeling die zij zou ondergaan niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, omdat zij is verwezen naar een zorgverlener in het buitenland. Dit is op zich niet gebruikelijk als de zorg ook in Nederland kan worden verleend. De verwijzend arts zal dit dus hebben besproken met verzoekster.
- 5.4. Anders dan verzoekster stelt, heeft zij niet, voorafgaand aan de behandeling, de diverse alternatieven voor de behandeling met de ziektekostenverzekeraar besproken. Het is niet aan de ziektekostenverzekeraar te bepalen welke behandeling een verzekerde moet of kan ondergaan. In de brief van 13 mei 2011 is niet vermeld dat er groen licht is gegeven voor de behandeling.
- 5.5. De kosten die worden gemaakt voor het indienen van een klacht dienen voor eigen rekening te blijven. Verzoekster heeft er voor gekozen rechtshulp in te schakelen, hetgeen hoge kosten met zich kan brengen. Het laagdrempelige karakter van de procedure kan verloren gaan indien partijen het risico lopen achteraf te worden geconfronteerd met dergelijke kosten.
- 5.6. Hoewel de commissie hierom heeft verzocht, heeft de ziektekostenverzekeraar geweigerd de telefoonnotities over te leggen.
- 5.7. In reactie op de specificatie van de gevorderde kosten van rechtsbijstand heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 15 juni 2012 haar eerdere – hiervoor onder 5.5 verwoorde – standpunt herhaald. Bovendien is verwezen naar artikel 17 van het Reglement van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen waarin is bepaald dat de kosten die partijen voor de behandeling van het geschil door de commissie maken voor rekening zijn van de partij die deze kosten maakt.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering.

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 1 e.v. van de 'lijst met aanspraken' van de zorgverzekering. Artikel 2 van de 'lijst met aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg in een ziekenhuis bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

*“medisch specialistisch onderzoek, behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging in een ziekenhuis. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging en paramedische zorg, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.
(...)”*

8.3. In artikel 7 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is ondermeer bepaald dat aanspraak bestaat op zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarnaast is bepaald dat de vergoeding van zorg niet meer bedraagt dan het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*“1 a Vergoeding van kosten van zorg, als in deze zorgverzekering omschreven, omvat de vormen van zorg die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de Wet, het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en de [naam ziektekostenverzekeraar] Reglementen. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede 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. U ontvangt slechts vergoeding van de kosten van zorg voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.
(...)”*

2 a De vergoeding van kosten bedraagt nooit meer dan de werkelijke kosten.

*b De vergoeding van kosten vindt plaats op basis van het op het moment van behandeling door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen (dbc-)tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen, en voorts – tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum) tarief, danwel – indien en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum) tarief bestaat tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
(...)”*

8.4. In artikel 14 van de 'lijst met aanspraken' van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland opgenomen, en luidt, voor zover hier van belang:

“1 De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg naar de omvang als omschreven in artikel 7 van de algemene voorwaarden van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.

(...)”

- 8.5. Artikel 7 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 14 van de ‘lijst met aanspraken’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 4 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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.
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.
- 8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.8. 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. Verzoekster heeft – en door de ziektekostenverzekeraar is niet weersproken – gesteld dat zij voorafgaand aan de behandeling telefonisch om toestemming heeft verzocht. Haar is van de zijde van de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat zij geen toestemming nodig heeft, omdat het gaat om extramurale zorg. Dit standpunt heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 13 mei 2011 herhaald. Dienaangaande merkt de commissie op dat dit standpunt uitsluitend betrekking kan hebben op de uitvoering van de zorgverzekering in het kader van artikel 56 van het Verdrag tot oprichting van

de Europese Gemeenschap (EG), thans Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU).

Met betrekking tot artikel 20 van Vo 883/2004 geldt echter een ander regime. Ongeacht of sprake is van intramurale- dan wel extramurale zorg, dient een verzoek om toestemming aan beide eisen van vorengenoemd artikel te worden getoetst. Het betreft in die situatie immers een verzoek om toestemming om voor rekening van de ziektekostenverzekeraar zorg te verkrijgen tegen het in de lidstaat van behandeling geldende tarief, door middel van afgifte van een S2-formulier.

- 9.2. Voorts volgt uit het arrest Watts (HvJ 16 mei 2006, C-372/04, r.o. 44, 45) en het arrest Stamatelaki (HvJ 19 april 2007, C-444/05, r.o. 14, 15), in samenhang met het feit dat een redelijke uitleg van de verzekeringsovereenkomst met zich brengt dat voor verzoekster de meest gunstige regeling dient te worden toegepast, dat een verzoek om toestemming dient te worden uitgelegd als een verzoek om een S2-formulier op basis van Vo 883/2004. Het had daarmee op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen de aanvraag primair te toetsen aan de voorwaarde van artikel 20 van Vo 883/2001, ook nu het om zorg in dagbehandeling gaat. In dat kader is, mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, relevant of de onderhavige zorg op grond van de zorgverzekering een verzekerde prestatie vormt en of verzoekster hiervoor een indicatie heeft.
- 9.3. Bij de beantwoording van de vraag of de door verzoekster ondergane behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, en daarmee een verzekerde prestatie vormt, 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 onderzoekopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.
- 9.4. 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.

- 9.5. Het CVZ heeft in zijn advies van 13 april 2012 een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling uitgevoerd. De conclusie hiervan, die de commissie overneemt en tot de hare maakt, is dat een endovasculaire behandeling bij de diagnose MS zoals bij verzoekster is toegepast, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zodat geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Derhalve bestaat noch op grond van artikel 20 van Vo 883/2004, noch op grond van artikel 56 van het VWEU in samenhang met de voorwaarden van de zorgverzekering, recht op vergoeding.

Gewekt vertrouwen

- 9.6. Niet tegenstaande het voorgaande heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster op 13 mei 2011 geschreven dat geen voorafgaande toestemming nodig was en dat vergoeding van de kosten zou plaatsvinden tot maximaal het Nederlands tarief, na overlegging van de in de brief genoemde informatie. Ook is verklaard dat de kosten bij de ziektekostenverzekeraar kunnen worden gedeclareerd, en dat na ontvangst van de originele rekeningen, het betalingsbewijs en een volledig ingevuld declaratieformulier, de definitieve vergoeding wordt vastgesteld. Ter zitting is door verzoekster onweersproken gesteld dat zij aan de hiervoor beschreven voorwaarden heeft voldaan. De commissie is van oordeel dat verzoekster aldus alsnog toestemming is verleend voor de onderhavige behandeling en dat de ziektekostenverzekeraar de kosten hiervan dient te vergoeden op basis van het toepasselijke Nederlandse tarief. Dat deze toestemming op onjuiste gronden is verleend kan verzoekster niet worden tegengeworpen.

Kosten rechtsbijstand

- 9.7. Verzoekster heeft tevens de kosten van rechtsbijstand gevorderd. Door haar gemachtigde zijn deze kosten gespecificeerd als zijnde 11 uren en 36 minuten á € 220,- per uur, vermeerderd met 8 percent kantoorkosten en BTW. De commissie heeft als algemeen uitgangspunt dat kosten die partijen maken voor het indienen van een geschil voor eigen rekening dienen te blijven. In uitzonderlijke gevallen kan aanleiding bestaan een schadevergoeding toe te wijzen. Volgens vaste jurisprudentie van de commissie komen slechts die kostenposten voor vergoeding in aanmerking waarvan het redelijk is dat deze zijn gemaakt en waarvan bovendien de omvang van de kosten redelijk is (zie ook GcZ, 8 april 2009, 2008.02573).
- 9.8. Uit het bericht van de gemachtigde van 30 juli 2012 is gebleken dat de rechtsbijstand door de gemachtigde eis verleend in opdracht van de rechtsbijstandverzekeraar van verzoekster. De gevorderde kosten van rechtsbijstand komen dus niet voor rekening

van verzoekster, terwijl voorts gesteld noch gebleken is dat verzoekster nog een eigen bijdrage heeft moeten voldoen. De commissie is daarom van oordeel dat de onderhavige kosten geen schadepost vormen voor verzoekster, en daarom niet als schadevergoeding aan haar kunnen worden toegewezen.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, zoals bepaald in 9.6. Voor het overige dient het verzoek te worden afgewezen.
- 9.10. 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, behoudens de gevorderde kosten van rechtsbijstand.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 15 augustus 2012,

Voorzitter