



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA, en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA, beide te Tilburg

Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, vrijgevestigde internist, hormoonbehandeling,
laboratoriumonderzoeken, doelmatigheid

Zaaknummer : 201402442

Zittingsdatum : 15 juli 2015



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



(Voorwaarden zorgverzekering 2012 en 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012 en 2013, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen



Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door mevrouw C te D,
tegen

- 
- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA, beide te Tilburg,
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 Zorgkeuzepolis (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 Gezinnen trede 1 (2012, trede 2 in 2013) 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van kosten van de consulten bij een vrijgevestigde internist te Woluwé-Saint-Pierre, België, en de door deze voorgeschreven onderzoeken en geneesmiddelen (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 1 september, 3 november, en 8 december 2012 en 8 januari, 5 februari, 8 maart, 20 maart, en 16 mei 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar meerdere keren om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 1 augustus en 6 december 2013, 7 februari, 12 mei, 23 juni, en 5 september 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing ten aanzien van de consulten en de laboratoriumonderzoeken 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 11 december 2014 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 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 16 april 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 april 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 2 mei 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 juli 2015 per e-mailbericht medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 30 april 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 juni 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015055678) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd om nader onderzoek te (laten) verrichten naar de medisch inhoudelijke reden van de huisarts van verzoekster om haar naar de betreffende Belgische internist te verwijzen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 8 juni 2015 aan partijen gezonden, waarbij verzoekster is gevraagd voornoemde informatie op te vragen bij haar huisarts en deze aan de commissie te sturen.
- 3.9. Verzoekster heeft de commissie bij e-mailbericht van 22 juni 2015 verzocht om uitstel voor het overleggen van de verklaring van de huisarts. De commissie heeft verzoekster hiervoor twee weken uitstel verleend. Bij e-mailbericht van 6 juli 2015 heeft verzoekster de commissie nogmaals verzocht om uitstel. Dit verzoek is bij e-mailbericht van 7 juli 2015 afgewezen. De gevraagde informatie is niet door de commissie ontvangen.
- 3.10. Verzoekster is op 15 juli 2015 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 17 juli 2015 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting, de in 3.8 genoemde brieven van 8 juni 2015 van de commissie, en de verzoeken om uitstel van verzoekster van 22 juni en 6 juli 2015 gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 30 juli 2015 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. In het definitief advies heeft het Zorginstituut medegedeeld dat als nadere informatie uitblijft, niet kan worden beoordeeld of verzoekster een indicatie had voor de geleverde zorg. De ziektekostenverzekeraar kon daarom redelijkerwijs tot het oordeel komen dat de geleverde zorg niet doelmatig was. Een afschrift van dit advies is op 31 juli 2015 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft op 6 augustus 2015 op het definitief 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 al een aantal jaren last van diverse klachten. Zij is hiervoor bij verschillende artsen onder behandeling geweest, echter zonder het gewenste resultaat. In 2012 is zij door de huisarts doorverwezen naar een vrijgevestigde internist te Woluwé-Saint-Pierre. Deze arts heeft vastgesteld dat verzoekster lijdt aan hypothyreoïdie en ovarieel disfunctioneren. De behandeling omvat diagnostische onderzoeken naar verschillende hormonale waarden van verzoekster, los van de effecten op vitaminen en mineralen. Verzoekster dient regelmatig op consult te komen, zodat de arts kan vaststellen of de behandeling bijstelling behoeft. Voorafgaand aan ieder consult moet een bloedonderzoek worden uitgevoerd, en zo nodig ook een urineonderzoek. Dankzij de behandeling kan verzoekster weer normaal en met minimale klachten functioneren.

-  4.2. Gezien de complexe situatie van verzoekster heeft de huisarts geen andere mogelijkheid gezien dan haar door te verwijzen naar de betreffende internist. Deze arts is namelijk gespecialiseerd in hormonale klachten en is daarom de aangewezen persoon om het ziektebeeld van verzoekster te behandelen.
-  4.3. Verzoekster merkt op dat door een internist in Breda dezelfde onderzoeken in het kader van een IVF-behandeling worden uitgevoerd. De kosten van deze onderzoeken worden wel door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Het lijkt er derhalve op dat de ziektekostenverzekeraar onderscheid maakt tussen in Nederland werkzame internisten en internisten die in het buitenland werkzaam zijn.
-  4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de consulten en laboratoriumonderzoeken van de internist niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Waarop dit is gebaseerd, is verzoekster volstrekt onduidelijk. Aangezien de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt niet nader heeft toegelicht, dient hieraan te worden voorbij gegaan.
-  4.5. Verzoekster benadrukt dat de onderhavige behandeling doelmatig is. Zij kan dankzij deze behandeling immers weer normaal functioneren. De kosten hiervan dienen daarom te worden vergoed.
-  4.6. De ziektekostenverzekeraar is in 2012, 2013 en 2014 overgegaan tot vergoeding van enkele consulten van de arts en de door deze voorgeschreven laboratoriumonderzoeken. Op basis hiervan - en conform vaste jurisprudentie van de commissie - mocht verzoekster erop vertrouwen dat de betreffende zorg doelmatig was en dus voor vergoeding in aanmerking komt. De ziektekostenverzekeraar kan zich niet erachter verschuilen dat sprake is geweest van een fout.
-  4.7. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij al twintig jaar last heeft van verschillende klachten, zoals buikpijn, vermoeidheid en menstruele klachten. Door een gynaecoloog is de diagnose endometriose gesteld. Verzoekster is hierna klachten blijven houden. Uiteindelijk is zij in overleg met de huisarts naar een arts in Antwerpen gegaan. Deze stelde vast dat sprake is van oestrogeendominantie. Hierdoor werkte ook de schildklier trager. Vervolgens is verzoekster onder behandeling gekomen van een vrijgevestigde internist te Woluwé-Saint-Pierre. Verzoekster heeft veel baat bij de behandeling door laatstgenoemde arts. Zij heeft thans alleen nog last van haaruitval, hetgeen wordt veroorzaakt door een laag DHEA-gehalte. DHEA wordt bij verzoekster omgezet in testosteron.
Daarnaar gevraagd, vertelt verzoekster dat zij haar huisarts schriftelijk heeft verzocht om toezending van de gevraagde informatie. Daarna heeft zij hierover nog enkele keren telefonisch contact gehad met de assistente. Zij heeft echter geen reactie ontvangen van de huisarts. Daarnaar gevraagd verklaart de gemachtigde van verzoekster dat zij geen actie heeft ondernomen; al het contact met de huisarts is via verzoekster verlopen. Gemachtigde vindt dat de opdracht hiervoor bij de ziektekostenverzekeraar zou moeten liggen.
Verzoekster heeft er moeite mee dat de ziektekostenverzekeraar voor haar wil bepalen wat goed voor haar is.
-  4.8. Verzoekster heeft bij brief van 6 augustus 2015 gereageerd op het definitief advies van het Zorginstituut. Verzoekster wijst erop dat het Zorginstituut in het voorlopig advies heeft geconcludeerd dat op basis van het dossier niet kon worden vastgesteld of de ziektekostenverzekeraar redelijkerwijs tot het oordeel kon komen dat de geleverde zorg niet doelmatig is. Het Zorginstituut had daarom geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten. Ondanks dit advies heeft de commissie verzoekster verzocht bij haar huisarts te informeren naar de medisch inhoudelijke reden om haar te verwijzen naar de vrijgevestigde internist te Woluwé-Saint-Pierre. Verzoekster heeft zich veelvuldig ingespannen om de betreffende verklaring van haar huisarts te verkrijgen. Helaas zonder resultaat.
Verzoekster vindt het hoogst opmerkelijk dat het Zorginstituut in het voorlopig advies concludeert dat meer informatie nodig is om te beoordelen of de zorg doelmatig is, terwijl in het definitief advies

wordt geconcludeerd dat de zorg niet doelmatig was, zonder dat het eerder geadviseerde nader onderzoek door de ziektekostenverzekeraar is verricht.

Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar onvoldoende heeft aangetoond dat geen sprake is van doelmatige zorg. Daarom dient haar verzoek te worden toegewezen. Voor zover de commissie anders mocht besluiten, verzoekt verzoekster de commissie om de ziektekostenverzekeraar alsnog op te dragen om aan te tonen dat de zorg niet doelmatig is.

Verzoekster merkt op dat in het definitief advies van het Zorginstituut wordt opgemerkt dat de arts, bij wie zij in 2009 onder behandeling was, zou hebben geschreven dat verzoekster "zonder veel klachten was". Verzoekster benadrukt in dit kader dat zij door de behandeling en de voorgeschreven medicatie op dat moment zonder veel klachten was. Het was derhalve niet zo dat de behandeling in 2009 niet meer nodig was. Zonder medicatie zijn haar klachten te allen tijde aanwezig. Zelfs met medicatie, maar zonder de juiste balans, is verzoekster niet vrij van klachten. Het is dan ook onjuist om te suggereren dat verzoekster gedurende een bepaalde periode geen behandeling nodig had.

4.9. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Deze zorg moet doelmatig zijn, dat wil zeggen dat er een medische indicatie moet zijn voor de zorg, en mag niet onnodig duur zijn. Daarnaast dient sprake te zijn van zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk. Dit betekent dat er voldoende wetenschappelijk bewijs moet zijn waaruit blijkt dat de zorg op de lange termijn veilig en effectief is bij de betreffende aandoening.

5.2. Verzoekster heeft aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van consulten en laboratoriumonderzoeken die zijn aangevraagd en verleend door een zelfstandig werkend internist in België. Deze arts specialiseert zich ten aanzien van (alternatieve) geneeswijzen in het kader van anti-aging.

5.3. Verzoekster lijdt aan ovariële disfunctie en hypothyreoïdie. In verband met deze klachten was zij eerder onder behandeling bij een andere arts. Deze arts heeft in 2009 verklaard dat verzoekster zonder veel klachten was. Desalniettemin wordt verzoekster sinds 2008/2009 toch verwezen naar de Belgische internist. Deze internist komt tot ongeveer dezelfde inzichten.

5.4. Conform de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) kan hypothyreoïdie worden behandeld door de huisarts en wordt ovarieel disfunctioneren door de huisarts of gynaecoloog gemonitord, en niet door de internist.

De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de consulten van de Belgische internist en de door deze voorgeschreven laboratoriumonderzoeken afgewezen, omdat uit de aangeleverde informatie niet blijkt dat de klachten en diagnoses, waarvan sprake is bij verzoekster, moeten worden gecontroleerd en gevolgd door een internist. Daarom is deze zorg bij voornoemde klachten niet als doelmatig aan te merken.

Ook het bij herhaling uitvoeren van uitgebreide diagnostische onderzoeken naar verschillende hormonale waarden is op basis van de informatie over de klachten van verzoekster en de (randnormale) laboratoriumwaarden niet als doelmatige zorg aan te merken.

5.5. Bij verzoekster is mogelijk sprake van ovarieel disfunctioneren (prematuur ovarieel falen), waarvoor zij onder behandeling is bij de Belgische internist. Dit is echter een gynaecologische diagnose, die door een gynaecoloog zou moeten worden behandeld, zeker als sprake is van een kinderwens. Verzoekster is in verband met een kinderwens reeds onder behandeling bij een gynaecoloog in Duitsland. Controle en follow up via de internist in België, naast de gynaecoloog in Duitsland, zijn daarom niet als doelmatig aan te merken.

5.6. Uit de uitslagen van de laboratoriumonderzoeken van de jaren 2008 tot en met 2012 blijkt dat bij verzoekster sprake is van een lage productie van het bijnierschors hormoon. Dit is evenwel niet

hetzelfde als bijnierschorsinsufficiëntie. Er is niet gebleken van een noodzaak voor follow-up door een internist.

- 5.7. Eventuele diagnostiek en behandeling door een Nederlandse huisarts of internist zijn niet zonder meer gelijk te stellen aan de behandeling die verzoekster nu krijgt van de Belgische internist. Het verloop van de diagnostiek en de mogelijke behandeling in Nederland zijn niet op voorhand duidelijk en het staat niet vast dat deze hetzelfde zouden verlopen als de huidige behandeling. De ziektekostenverzekeraar betwist dan ook de stelling van verzoekster dat hij onderscheid maakt tussen een in Nederland en een in België gevestigde internist.
- 5.8. Dat de huisarts voor bepaalde, door verzoekster gebruikte medicatie, geen herhaalrecepten kan uitschrijven, heeft zeer waarschijnlijk te maken met het feit dat veel van de medicamenten niet zijn opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingensysteem en zodoende in Nederland niet als geneesmiddel zijn te verkrijgen.
- 5.9. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat eerder de kosten van consulten en onderzoeken wél zijn vergoed, merkt de ziektekostenverzekeraar het volgende op. De door verzoekster meegestuurde declaratie van € 145,- betreft een mammografie van 27 februari 2012 die is voorgeschreven door een andere arts. De declaratie die verzoekster op 8 november 2013 heeft ingediend van € 174,55 betreft inderdaad een laboratoriumonderzoek op verzoek van de Belgische internist. Het enkele feit dat dergelijke kosten één keer - per abuis - zijn vergoed, betekent niet dat deze in de toekomst ook moeten worden vergoed. Verzoekster verwijst naar jurisprudentie van de commissie op grond waarvan de ziektekostenverzekeraar de consulten en laboratoriumonderzoeken zou dienen te vergoeden, omdat deze kosten eerder zijn vergoed. De commissie heeft in onder meer een bindend advies van 6 maart 2013 (2012.01956) een verzoek tot vergoeding toegewezen, omdat sprake was van een bestendige gedragslijn, welke zonder mededeling aan de verzekerde was stopgezet. Er moet dus sprake zijn van een gewekt vertrouwen waardoor de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten - in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden - te vergoeden. Hiervan is in de onderhavige situatie geen sprake, aangezien de kosten van consulten van de Belgische internist en de door deze voorgeschreven laboratoriumonderzoeken niet stelselmatig zijn vergoed. Vóór 8 november 2013 is verzoekster meerdere keren schriftelijk geïnformeerd over de beslissing van de ziektekostenverzekeraar tot afwijzing van deze zorg.
- 5.10. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de kosten van de onderhavige zorg.
- 5.11. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de onderhavige zorg onder de huisartsenzorg valt. Tot op heden is onduidelijk waarom verzoekster niet door de huisarts wordt behandeld. Daarom zijn de gedeclareerde consulten en onderzoeken niet doelmatig. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat een enkele verwijzing van de huisarts onvoldoende is. Er moet ook een onderbouwing van de verwijzing worden gegeven. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat hij niet bepaalt wat verzoekster moet doen, doch beoordeelt alleen of de gedeclareerde kosten voor vergoeding in aanmerking komen.

- 5.12. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen A.21 (2012) en A.22 (2013) van hoofdstuk A 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 vergoeding van de kosten van de consulten bij een vrijgevestigde internist te Woluwé-Saint-Pierre, en de door deze voorgeschreven laboratoriumonderzoeken en geneesmiddelen, 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.4 van de zorgverzekering (2012) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

Dit artikel beschrijft de medisch specialistische zorg. Medisch specialistische zorg beschreven in het gehele artikel B.4. omvat geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De specialistische geestelijke gezondheidszorg valt hier ook onder, maar deze beschrijven wij niet hier maar in artikel B.19.

(...)

B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

B.4.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg is te verdelen in:

B.4.3.1.a. Behandeling zonder dat opname plaatsvindt

(...)

B.4.3.1.b. Onderdelen die bij de behandeling horen

Deze zorg omvat:

1. de verpleging;
2. de geneesmiddelen;
3. de hulpmiddelen;
4. de verbandmiddelen;
5. laboratoriumonderzoek.

(...)

Verwijzing

a. U bent verwezen door een huisarts, verloskundige, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts of bedrijfsarts.

(...)"

In 2013 is een vergelijkbare bepaling opgenomen in artikel B.4 van de zorgverzekering.

8.4. In artikel B.2 van de zorgverzekering (2012) is bepaald dat aanspraak bestaat op zorg die in het buitenland is genoten. Deze bepaling 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.
(...)"*

In 2013 is een vergelijkbare bepaling opgenomen in artikel B.2 van de zorgverzekering.

- 8.5. In artikel A.3.2 van hoofdstuk A van de zorgverzekering (2012) is de inhoud en omvang van de zorg geregeld. Dit artikel luidt:

"A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Een basisverzekering kan een zorgverzekering zijn maar ook een andere verzekering (een niet-zorgverzekering).

De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de niet-zorgverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

a. de inhoud en omvang van deze zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; en

b. het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen; en

c. de zorg is als verzekerde zorg genoemd in het Vergoedingen Overzicht van uw verzekering en uitgewerkt en omschreven onder hoofdstukken B of D van deze verzekeringsvoorwaarden; en

d. u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

(...)"

In 2013 is een vergelijkbare bepaling opgenomen in artikel A.3 van hoofdstuk A van de zorgverzekering.

- 8.6. De artikelen A.3.2 van hoofdstuk A van de zorgverzekering en B.2 en B.4.1 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).
- 8.7. 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. Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. 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.
- 8.8. 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 D.7.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op alternatieve behandelingen en luidt, voor zover hier van belang:

"D.7.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat behandelingen op basis van alternatieve therapieën.

D.7.1.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden behandelingen op basis van alternatieve therapieën. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

(...)

D.7.1.3. Voorwaarden

Algemeen

De zorg vindt plaats volgens de doelstellingen, behandelprotocollen en richtlijnen van de beroepsvereniging of het register, waarbij de behandelend zorgverlener is aangesloten.

Zorgverlener

De behandelingen worden uitsluitend gegeven door:

- a. een arts voor alternatieve geneeswijzen;*
 - b. een therapeut die lid is ingeschreven bij een beroepsvereniging of register voor alternatieve geneeswijzen die wij erkennen.*
- (...)"*

In 2013 is een vergelijkbare bepaling opgenomen in artikel D.7.1 van de zorgverzekering.

- 8.10. Artikel 20 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

"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 is naar België, een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Verzoekster heeft niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat de onderhavige behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dat derhalve geen sprake is van verzekerde zorg. De commissie deelt deze mening niet. De diagnostiek en de onderdelen van de behandeling behoren tot de reguliere medisch specialistische zorg.

De zorgverzekering biedt op grond van artikel B.4 aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch specialistische zorg. Ingevolge artikel B.2 van de zorgverzekering bestaat ook aanspraak indien deze zorg in het buitenland wordt verleend. Als de ziektekostenverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten met de betreffende zorgaanbieder, heeft de verzekerde aanspraak op vergoeding van hetzelfde tarief als wanneer hij in Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn behandeld. Tussen partijen is niet in geschil dat de betreffende zorgaanbieder niet is gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of verzoekster is aangewezen op deze zorg.

- 9.4. In artikel A.3.2 van hoofdstuk A van de zorgverzekering (2012, 2013: artikel A3) is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op de zorg, waarop de verzekerde - gelet op zijn indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De te verlenen zorg moet tevens doelmatig zijn. Het Zorginstituut heeft de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten, omdat niet duidelijk is wat de medisch inhoudelijke reden van de huisarts van verzoekster is geweest om haar door te verwijzen naar de Belgische internist. De commissie heeft verzoekster in overweging gegeven deze informatie op te vragen bij haar huisarts, en heeft haar hiervoor een termijn gesteld. Deze termijn is éénmaal verlengd. Verzoekster heeft de gevraagde informatie van de huisarts echter niet binnen de gestelde termijn van in totaal vier weken overgelegd. De stelling van de gemachtigde van verzoekster, dat deze informatie door de ziektekostenverzekeraar zou moeten worden opgevraagd, treft geen doel. Verzoekster is immers degene die heeft gesteld door de huisarts te zijn verwezen naar de betreffende internist. Het ligt daarom op haar weg de onderbouwing van deze stelling te leveren. Het bevreemdt de commissie dat de gemachtigde van verzoekster, een professionele rechtshulpverlener, naar eigen zeggen zelf geen actie heeft ondernomen om deze informatie tijdig te overleggen.
- 9.5. Het Zorginstituut heeft in zijn definitieve advies van 30 juli 2015 geconcludeerd dat op basis van de in het dossier aanwezige informatie niet kan worden geconcludeerd dat verzoekster redelijkerwijs op de onderhavige zorg is aangewezen. De commissie neemt kennis van dit advies en neemt de conclusie hiervan over. Aangezien verzoekster niet redelijkerwijs op de onderhavige zorg is aangewezen, heeft zij geen aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan. Dit geldt zowel voor de kosten van de consulten, als voor die van de in dit kader uitgevoerde laboratoriumonderzoeken en voorgeschreven geneesmiddelen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. Op grond van artikel D.7.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van alternatieve behandelingen indien de behandeling wordt gegeven door een arts voor alternatieve geneeswijzen of een therapeut die is ingeschreven bij een beroepsvereniging of in een register voor alternatieve geneeswijzen dat door de ziektekostenverzekeraar is erkend. De Belgische internist voldoet niet aan voornoemde voorwaarden. Daarom komen de kosten van de behandeling door deze arts niet voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking.

Werking privaatrecht

- 9.7. Verzoekster stelt dat zij erop mocht vertrouwen dat de onderhavige kosten voor vergoeding in aanmerking komen, omdat de ziektekostenverzekeraar hiervoor eerder vergoedingen heeft toegekend. De commissie is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar éénmaal een consult van de Belgische internist heeft vergoed en éénmaal het door deze voorgeschreven laboratoriumonderzoek. Beide vergoedingen hebben plaatsgevonden nadat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster had medegedeeld dat de betreffende kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen. Verzoekster kon derhalve weten dat deze vergoedingen feitelijk ten onrechte aan haar werden verleend. Verzoekster mocht daarom niet gerechtvaardigd erop vertrouwen dat aanspraak bestond op vergoeding van de onderhavige kosten en dat deze ook in de toekomst zouden worden vergoed.



Conclusie



9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 19 augustus 2015,




A.I.M. van Mierlo