

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B tegen C te D en E te F  
Zaak : Geneeskundige zorg, huisartsenzorg, 'plegen te bieden'  
Zaaknummer : 2010.01599  
Zittingsdatum : 16 maart 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is tevens een schadeverzekeringsovereenkomst 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 twee consulten, klinisch onderzoek en anamnese door dr. G. van Bogart, huisarts te Antwerpen, België, (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 13 april 2010 is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 17 mei en 9 juli 2010 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 brief van 21 oktober 2010 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 ad € 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 21 januari 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 januari 2011 aan

verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 28 januari 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 februari 2011 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 25 januari 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 februari 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011012950) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen voor zover het de kosten van het consult betreft en voor het overige af te wijzen op de grond dat dit geen zorg is die huisartsen plegen te bieden.  
Een afschrift van het CVZ-advies is op 25 februari 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van deze geboden gelegenheid.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelaar van wie de onderhavige nota's afkomstig zijn, is in België geregistreerd als huisarts. Volgens de ziektekostenverzekeraar betreft het geen huisartsenzorg, maar een alternatieve geneeswijze. Verzoekster bestrijdt dit, stellende dat de ziektekostenverzekeraar zijn stelling niet onderbouwt en dat de betreffende arts door verzoekster is geraadpleegd vanwege schildklierdisfunctie en ovariële disfunctie. Dit zijn klachten die door iedere huisarts worden behandeld en waarvoor iedere huisarts laboratoriumonderzoek zal laten uitvoeren. Voorts voldoet de onderhavige behandeling aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het is dus een reguliere medische behandeling.
- 4.2. Op grond van de polisvoorwaarden is niet uitgesloten dat kosten worden vergoed als voorafgaand aan de behandeling geen contact is opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Daarbij is op grond van het arrest Müller-Fauré/Van Riet geen voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar vereist indien het extramurale zorg betreft.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Op pagina 7 van de polisvoorwaarden staat bij het laatste gedachtenstreepje vermeld dat voor behandelingen in het buitenland voorafgaand toestemming dient te worden gevraagd. Verzoekster heeft dit nagelaten. Om die reden kunnen de gedeclareerde kosten op grond van de polisvoorwaarden worden afgewezen.
- 5.2. De gedeclareerde kosten zijn aanvankelijk afgewezen, omdat het een alternatieve geneeswijze zou betreffen. In tweede instantie bleek echter dat de betreffende zorgverlener geen alternatieve arts is. Daarom is het dossier ter beoordeling voorgelegd aan de medisch adviseur. Gebleken is dat de onderhavige behandeling niet is aan te merken als specialistische zorg en evenmin als reguliere zorg in Nederland. Het is met name geen reguliere zorg en daarmee geen zorg zoals huisartsen die plegen te

bieden.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de onderhavige zorg is aan te merken als huisartsenzorg in het kader 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 restitutiepols, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorg door een huisarts bestaat. Dit artikel luidt:

*“lid 1 De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden.*

*lid 2 De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder röntgen- en laboratoriumonderzoek.”*

- 8.3. In artikel 11 van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland opgenomen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*“Als door de verzekerde zorg wordt ingeroepen bij een zorgverlener of instelling in een ander land dan het woonland dan kan de vergoeding voor die zorg onduidelijk zijn. Om zekerheid te hebben over de vergoeding van geplande zorg in het buitenland moet de verzekerde vooraf voor de behandeling contact opnemen met de verzekeraar. (...)*

*lid 1 De verzekerde die in Nederland woont, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg door zorgaanbieders of instellingen buiten Nederland zoals genoemd in de Productvoorwaarden van de [naam ziektekostenverzekeraar] Ziektekostenverzekering. (...)*”

- 8.4. In artikel 2, lid 6 van de zorgverzekering is bepaald dat op de aanspraak op vergoeding van kosten van zorg een bedrag in mindering kan worden gebracht indien de zorgverlener een hoger bedrag in rekening brengt dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

- 8.5. De artikelen 2, 11 en 19 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2, lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverze-

kering (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 naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

- 8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg verleend door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. Daarbij is bepaald dat het dient te gaan om zorg zoals huisartsen plegen te bieden.

- 9.2. De toelichting bij het Besluit zorgverzekering bepaalt ten aanzien van het begrip ‘plegen te bieden’ het volgende:

*“Het verklaart die zorg tot dat deel van het pakket welke de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelmogelijkheden rekent. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters.”*

*en*

*“(…) niet bepalend is hoe vaak bepaalde zorg toepassing vindt, doch in welke mate beroepsbeoefenaren dergelijke hulp als een professioneel juiste handelwijze beschouwen.”*

- 9.3. De onderzoeken en behandeling door dr. G. van Bogart te Antwerpen hebben betrekking op de schildklierdisfunctie, een ovariële disfunctie, mammografie en botdensitometrie.

Het CVZ heeft in zijn advies van 24 februari 2011 vastgesteld dat het uitgevoerde onderzoek naar een vergroting van de schildklier uitgebreider is dan gebruikelijk conform de NHG-richtlijn. Er zijn geen labgegevens aanwezig op grond waarvan de diagnose is te verifiëren en de behandeling kan worden onderbouwd. Uit het dossier blijkt niet wat de klachten van verzoekster waren waarmee zij zich tot de arts heeft gewend.

Ten aanzien van de ovariële disfunctie stelt het CVZ dat bij verzoekster sprake is van de menopauze. In Nederland wordt de menopauze beschouwd als een fysiologisch proces. Hormonale substitutie is niet aanbevolen in verband met de risico's hiervan. Het driemaandelijke bloed- en urineonderzoek op hormoonspiegels is in Nederland niet gebruikelijk.

Een mammografie vindt in Nederland plaats binnen het bevolkingsonderzoek, eenmaal per vijf jaar vanaf de leeftijd van 50 jaar. De betreffende arts heeft evenwel voorgesteld jaarlijks een mammografie te laten maken.

Een jaarlijks onderzoek naar osteoporose is niet gebruikelijk in Nederland bij vrouwen van de leeftijd van verzoekster zonder dat sprake is van een fractuur.

- 9.4. Het CVZ komt tot de conclusie dat de hierboven genoemde zorg, verleend aan verzoekster, geen zorg is zoals huisartsen plegen te bieden. De commissie maakt deze conclusie tot de haren.
- 9.5. Voorts heeft het CVZ ten aanzien van de consulten gesteld dat deze wel behoren tot de verzekerde prestaties. Een consult is een conservatieve handeling, omdat er nog niet wordt behandeld. De commissie deelt dit standpunt en maakt het tot het hare.
- 9.6. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband gesteld dat de vergoeding dient te worden afgewezen, omdat verzoekster geen voorafgaande toestemming heeft gevraagd zoals is opgenomen in de polisvoorwaarden. De commissie stelt vast dat deze voorwaarde geen 'harde' eis is. Gesteld wordt dat de vergoeding voor zorg in het buitenland onduidelijk kan zijn en daarom wordt geadviseerd vooraf contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar. Doet een verzekerde dit niet, dan neemt hij het risico dat de kosten niet of niet volledig worden vergoed; het ontbreken van de voorafgaande toestemming kan hem echter niet worden tegengeworpen. Dit geldt te meer nu het hier een restitutiepolis betreft en het Europese Hof van Justitie in het arrest Müller-Fauré/Van Riet heeft bepaald dat voor extramurale zorg geen voorafgaande toestemming mag worden verlangd. Alles overwegende is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de consulten van de onderhavige huisarts dient te vergoeden tot maximaal de Nederlandse tarieven.
- 9.7. Voor het overige kan het beroep op de jurisprudentie van het Hof van Justitie niet slagen, aangezien het enkele feit dat verzoekster zich wendt tot een zorgverlener in een andere lidstaat, niet er toe kan leiden dat haar aanspraken op grond van de zorgverzekering worden verruimd, in die zin dat niet verzekerde zorg, door naar een andere EU-lidstaat te gaan, wel onder de dekking zou komen te vallen. Eerder genoemd arrest ziet alleen op het toestemmingsvereiste, niet op de omvang van het verzekerde pakket.

### **Conclusie**

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, voor zover het de consulten van de huisarts betreft zoals in 9.6 is vermeld. Voor het overige dient het verzoek te worden afgewezen.
- 9.9. 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 voor zover het de consulten van de huisarts betreft zoals in 9.6 is vermeld. Voor het overige dient het verzoek te worden afgewezen.

- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 16 maart 2011,

Voorzitter