



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te
D, tegen E te F, onderscheidenlijk G te H, in deze vertegenwoordigd door I te J
Zaak : EU/EER, machtiging, overgangperiode, geneesmiddelen
Zaaknummer : 201300954
Zittingsdatum : 19 maart 2014

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 2010, 2011 en 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010, 2011 en 2012, art. 20 Vo 883/2004)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te D,
tegen

betreffende de jaren 2010 en 2011: E te F, hierna te noemen: ziektekostenverzekeraar 1, in deze vertegenwoordigd door G te H, hierna te noemen: de gevolmachtigde.
betreffende het jaar 2012: I te J hierna te noemen: ziektekostenverzekeraar 2, in deze vertegenwoordigd door G te H hierna te noemen: de gevolmachtigde.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker was, samen met zijn echtgenote en zijn kinderen, in 2010 en 2011 bij ziektekostenverzekeraar 1 verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam rechtsvoorganger van de gevolmachtigde]/[naam ziektekostenverzekeraar 1] Zorgverzekering. Gedurende het jaar 2012 waren zij bij ziektekostenverzekeraar 2 verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar 2] Zorgverzekering Natura. Beide verzekeringen worden hierna aangeduid met: de zorgverzekering. De zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
Verder was ten behoeve van verzoeker, zijn echtgenote en zijn kinderen de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullende ziektekostenverzekering Hewlett-Packard afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering voor tandheelkundige zorg is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij brief van 31 mei 2012 heeft ziektekostenverzekeraar 2 aan verzoeker medegedeeld dat hij alleen aanspraak heeft op vergoeding van medische kosten die vanuit de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen, en wel tot 100 percent van het Nederlandse tarief. Zorg waarvan de kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering komen, komt niet langer voor vergoeding in aanmerking indien deze zorg in België is genoten. De afspraken die hieromtrent in 2002 en 2003 zijn gemaakt, zijn thans niet meer geldig.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de gevolmachtigde om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 1 augustus 2012 en 21 februari 2013 heeft de gevolmachtigde aan verzoeker medegedeeld dat de beslissing van de ziektekostenverzekeraar werd gehandhaafd.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de gevolmachtigde heeft besloten alle ziektekostendeclaraties van verzoeker en zijn gezinsleden met een behandeldatum tot en met de maand juli 2012 alsnog te behandelen zoals voorafgaand aan deze periode. De nabetalingen die hieruit

volgden hadden alleen betrekking op verstrekkingen die konden worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 3.4. Op 10 september 2013 heeft een bespreking plaatsgevonden tussen verzoeker en de gevolmachtigde. Dit heeft ertoe geleid dat is t besloten de kosten van orthodontie en van Praktijk De Poort, ter zake van twee van de dochters van verzoeker, alsnog te vergoeden. Ook de kosten van osteopathie ten behoeve van de echtgenote van verzoeker zijn alsnog vergoed.
 - 3.5. Bij brief van 1 oktober 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat ziektekostenverzekeraar 2 gehouden is de overgangperiode te verlengen tot 1 januari 2013 en dat de kosten van de door de echtgenote van verzoeker aangeschafte middelen over de afgelopen drie jaren alsnog dienen te worden vergoed, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
 - 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de gevolmachtigde de mogelijkheid heeft geboden namens de beide ziektekostenverzekeraars op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
 - 3.7. De gevolmachtigde heeft de commissie bij brief van 7 januari 2014 het standpunt van beide de ziektekostenverzekeraars kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 januari 2014 aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft hierop bij brief van 28 januari 2014 gereageerd. Hij verzoekt de commissie om de gevolmachtigde een nadere reactie te laten geven op het niet vergoeden van middelen die niet in de brief van 7 januari 2014 zijn genoemd. De commissie heeft dit verzoek afgewezen. Een afschrift van de brief van 28 januari 2014 is op 7 februari 2014 aan de gevolmachtigde gezonden.
 - 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 28 januari 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon gehoord te willen worden.
 - 3.9. Bij brief van 14 januari 2014 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 17 februari 2014 heeft het CVZ (zaaknummer 2014005392) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de middelen Isoprinosie, Uropyrine en Myolastan geen geregistreerde geneesmiddelen zijn en dat paracetamol een zelfzorgmiddel is. De overige middelen die in de brief van de ziektekostenverzekeraar van 7 januari 2014 worden genoemd, zijn Warenwetproducten. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
 - 3.10. Verzoeker en de gevolmachtigde zijn op 19 maart 2014 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
 - 3.11. Bij brief van 26 maart 2014 heeft de commissie het CVZ een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 31 maart 2014 de commissie medegedeeld dat het stuk 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 verzoeker
- 4.1. Verzoeker en zijn gezin wonen in Nederland, tegen de grens met België. Daarom heeft hij in het verleden met de rechtsvoorganger van de gevolmachtigde afgesproken dat de kosten van reguliere medische hulp in België ten behoeve van hemzelf en zijn gezinsleden voor vergoeding in aanmerking komen voor zover deze kosten zijn gedekt door de ziektekostenverzekering. Dit is in 2002 en 2003 schriftelijk aan verzoeker bevestigd.
 - 4.2. Op 7 mei 2012 heeft de gevolmachtigde voor het eerst aan verzoeker medegedeeld dat voornoemde afspraak niet meer geldig is. Bij brief van 31 mei 2012 heeft de gevolmachtigde verzoeker bevestigd dat de regeling

eenzijdig en met onmiddellijke ingang wordt beëindigd. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is een overgangstermijn van één maand aangeboden. De gevolmachtigde had echter niet eerder dan met ingang van 1 januari 2013 de regeling mogen opzeggen, aangezien verzoeker en zijn gezinsleden de verzekeringsovereenkomst voor 2012 zijn aangegaan in de veronderstelling dat deze regeling ook gedurende dat gehele jaar van toepassing zou zijn.

4.3. Verzoeker acht het niet vergoeden van de geneesmiddelen ten behoeve van zijn echtgenote, die tot voor drie jaar geleden wel werden vergoed, niet onderbouwd en onredelijk.

4.4. Naar aanleiding van de brief van de gevolmachtigde van 7 januari 2014 heeft verzoeker gesteld dat hierin niet alle middelen zijn genoemd. Hij heeft namelijk ook declaraties ingediend voor andere middelen, onder andere Tradonal en Gabapentine. Het is verzoeker niet duidelijk wat de gevolmachtigde met deze zorgkosten doet. Als de betreffende kosten alsnog worden uitgekeerd, is het voor verzoeker duidelijk. Zo niet, dan hij hierover graag duidelijkheid verkrijgen.

4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het verstrekte overzicht met niet vergoede middelen niet volledig is. Onder andere de middelen Tradonal en Gabapentine staan hierop niet vermeld. Deze middelen beslaan 80 tot 90 percent van de declaraties.

Verzoeker merkt op dat hij sinds mei 2012 geen nota's meer ter declaratie heeft ingediend. Deze dienen derhalve nog te worden beoordeeld.

Verzoeker tekent voorts aan dat er sinds 2009 al problemen zijn geweest met de vergoeding vanwege "het Belgische". Hij moest er telkens achteraan bellen en de gevolmachtigde wijzen op de brieven uit 2002 en 2003, en dan werden de kosten (deels) vergoed. De brief dat de regeling niet meer van kracht is, is pas in mei 2012 door hem ontvangen. Er stond toen al een paar duizend euro aan onbetaalde dan wel gedeeltelijk betaalde nota's open. Desgevraagd heeft verzoeker verklaard dat zijns inziens met de overeengekomen regeling uit 2002 is bedoeld dat de kosten van de in België genoten zorg worden vergoed alsof deze in Nederland waren gemaakt.

4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraars

5.1. In 2002 is door de rechtsvoorganger van de gevolmachtigde een machtiging verleend aan verzoeker die was gebaseerd op de polisvoorwaarden van MK2001. In 2003 is een soortgelijke machtiging verleend die was gebaseerd op de op dat moment geldende polisvoorwaarden. Op 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet ingevoerd, waarmee een einde kwam aan het oude zorgstelsel. Verzoeker is op dat moment akkoord gegaan met de nieuwe verzekeringsovereenkomst en de in dat kader geldende voorwaarden. De voorgaande overeenkomst is hierdoor komen te vervallen.

5.2. De rechtsvoorganger heeft, door niet meer te achterhalen omstandigheden, in het verleden verzuimd de geldende polisvoorwaarden strikt te hanteren. Eveneens is verzuimd dit aan verzoeker en zijn gezin mede te delen. Een en ander speelt vooral met betrekking tot de vereisten die genoemd staan in de aanvullende ziektekostenverzekering. Bovendien had - in ieder geval na de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 - voornoemde brief uit 2003 moeten worden ingetrokken dan wel had de hierin gedane toezegging moeten worden herzien.

5.3. Eind mei 2012 heeft de gevolmachtigde aan verzoeker en diens gezinsleden schriftelijk medegedeeld dat de polisvoorwaarden voortaan strikter zullen worden gehanteerd. Achteraf beschouwd is voorstelbaar dat deze mededeling onverwacht is gekomen voor verzoeker en zijn gezinsleden, en dat er wellicht al afspraken waren gemaakt, waarbij zij ervan uit gingen dat de kosten zouden worden vergoed. Daarom is besloten alle ziektekostendeclaraties met een behandeldatum tot en met de maand juli 2012 alsnog te behandelen als in de voorgaande periode. Dit heeft geresulteerd in enkele nabetalingen. Deze nabetalingen hebben enkel betrekking op kosten die kunnen worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

5.4. Verzoeker en diens gezinsleden hebben ook ná 1 januari 2006 nog kosten vergoed gekregen, waarop zij, op grond van de geldende polisvoorwaarden, geen aanspraak hebben. Aangezien deze fout aan de gevolmachtigde

dan wel diens rechtsvoorganger is toe te rekenen, en door alle eerdere betalingen verwachtingen zijn gewekt bij betrokkenen, worden deze vergoedingen niet van hen teruggevorderd.

5.5. De gevolmachtigde heeft alle declaraties nagelopen en geconstateerd dat deze altijd in eerste instantie zijn beoordeeld en vergoed ten laste van de zorgverzekering. Indien een geneesmiddel, dat in België is aangeschaft, op grond van de Nederlandse regelgeving voor vergoeding in aanmerking komt, dan zijn de kosten daarvan vergoed. Hierbij is wel rekening gehouden met de maximale vergoeding die een apotheker in Nederland krijgt. Bij deze controle is geconstateerd dat verzoeker en diens gezinsleden veel drogisterij-artikelen en alternatieve geneesmiddelen hebben aangeschaft. De betreffende middelen zouden evenmin zijn vergoed indien deze waren aangeschaft bij een Nederlandse apotheek. Verzoeker en diens gezinsleden zijn hierover telkens geïnformeerd door middel van een bericht van vergoeding.

5.6. Aan de commissie is een lijst verstrekt van de niet-vergoede middelen die ten behoeve van de echtgenote van verzoeker zijn gedeclareerd over de jaren 2011 en 2012. Hieruit blijkt dat het gaat om onder meer verzorgingsproducten, zelfzorgmiddelen, voedingssupplementen en niet-erkende geneesmiddelen. In de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is geen vergoeding voor deze middelen opgenomen.

5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraars ter aanvulling aangevoerd dat de middelen Tradonal en Gabapentine niet op eerder genoemd overzicht zijn vermeld, omdat de kosten daarvan zijn vergoed met inachtneming van de maxima die in Nederland voor de betreffende middelen worden gehanteerd. De overgangstermijn van één maand is voor de farmaceutische zorg voldoende. Voor orthodontie en alternatieve geneeswijzen is een langere termijn gehanteerd. Desgevraagd hebben de ziektekostenverzekeraars verklaard dat de regeling uit 2002 zijns inziens inhoudt dat zorgkosten die onder de dekking van de verzekering vallen, en die in België zijn gemaakt, worden vergoed.

5.8. De ziektekostenverzekeraars komen tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 10 (2010 en 2011) en 17 (2012) van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2012) 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 ziektekostenverzekeraars 1 en 2 gehouden zijn de ten behoeve van de echtgenote van verzoeker gedeclareerde kosten voor diverse middelen over de jaren 2010, 2011 en 2012 te vergoeden ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Voorts is in geschil of ziektekostenverzekeraar 2 gehouden is een overgangstermijn toe te passen tot 1 januari 2013.

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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18.1 e.v. van de zorgverzekering (2012). Artikel 18.6 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op (de vergoeding van kosten van) apotheekezorg.

Apotheekezorg betreft de vergoeding voor terhandstelling van uitsluitend op recept verkrijgbare geneesmiddelen en medicatiebeoordeling chronisch.

Terhandstelling betreft:

*a de door de zorgverzekeraar op basis van bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen.
b andere geneesmiddelen, mits het rationele farmacotherapie betreft die:*

*1 door of in opdracht van een apotheker in diens apotheek op kleine schaal zijn bereid en ter hand worden gesteld;
2 overeenkomstig artikel 40 derde lid onder c van de Geneesmiddelenwet vast te stellen regels in de handel worden gebracht en op verzoek van een arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant. De geneesmiddelen zijn bestemd voor gebruik door individuele patiënten van die arts en zijn onder zijn toezicht bereid volgens zijn specificaties;*

3 overeenkomstig artikel 40 derde lid onder c van de Geneesmiddelenwet vast te stellen regels in de handel zijn in een andere lidstaat of een derde land en op verzoek van een arts in Nederland zijn ingevoerd of anderszins binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht en bestemd zijn voor een patiënt die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners.

c polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

(...)

Tevens geldt de onder lid 1 genoemde aanspraak (op vergoeding van kosten) niet voor:

(...)

- homeopathische en antroposofische producten en geneesmiddelen;

- voedingssupplementen en niet als geneesmiddel geregistreerde vitaminen;

(...)"

Voor de jaren 2010 en 2011 zijn vergelijkbare bepalingen in de zorgverzekering opgenomen.

- 8.3. Op grond van artikel 9 van de zorgverzekering (2010 en 2011) bestaat aanspraak op zorg in het buitenland, en deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"9.1 u woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;

- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;

- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

(...)"

- 8.4. Op grond van artikel 18.2 van de zorgverzekering (2012) bestaat aanspraak op zorg in het buitenland, en deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"18.2.1 Algemeen

De verzekerde die woont in Nederland en zorg geniet buiten Nederland heeft:

- aanspraak op (vergoeding van kosten van) zorg door een gecontracteerde zorgverlener;

- aanspraak op (vergoeding van kosten van) zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener. Hierbij vindt een vergoeding van kosten plaats zoals die zou plaatsvinden indien de zorg binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener zou zijn verleend als bedoeld in artikel 3 lid 5.

(...)"

- 8.5. De artikelen 9 en 29 (2010 en 2011), en 18.2 en 18.6 (2012) van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 (2010 en 2011), en 2 (2012) van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv.

8.7. 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.

8.8. In artikel 9.8.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2012) is bepaald dat aanspraak bestaat op homeopathische en antroposofische geneesmiddelen, en deze bepaling luidt:

"Vergoed worden de kosten van door Vektis geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen. Het geneesmiddel moet zijn voorgeschreven door een arts of alternatief zorgverlener en moet zijn geleverd door een apotheek of apotheehoudend huisarts."

Voor de jaren 2010 en 2011 zijn vergelijkbare bepalingen in de betreffende aanvullende ziektekostenverzekering opgenomen.

8.9. In artikel 9.10.1.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2012) is bepaald dat aanspraak bestaat op vergoeding van geneesmiddelen en verbandmiddelen, en deze bepaling luidt:

"In aansluiting op de vergoeding/verstrekking conform de zorgverzekering worden de kosten vergoed van de door een arts of medisch specialist, alternatief zorgverlener of verloskundige voorgeschreven en door Vektis geregistreerde geneesmiddelen en verbandmiddelen. Het geneesmiddel moet zijn geleverd door een apotheek of apotheehoudend arts. De kosten van een middel dat door Vektis wordt omschreven als 'niet-geneesmiddel' komen niet voor vergoeding in aanmerking."

Voor de jaren 2010 en 2011 zijn vergelijkbare bepalingen in de betreffende aanvullende ziektekostenverzekering opgenomen.

8.10. 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. Verzoeker en zijn gezinsleden waren voorheen particulier verzekerd tegen ziektekosten. In 2002 en 2003 heeft hij, op basis van de toen van kracht zijnde verzekeringsovereenkomst van de rechtsvoorganger van de gevolmachtigde, toestemming gekregen om 'reguliere medische zorg' in België te betrekken, zulks met

inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden. Ter zitting is gebleken dat partijen het eens zijn over de reikwijdte van deze toestemming, te weten dat de in België gemaakte kosten worden vergoed met inachtneming van hetgeen in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald, en dat dus niet zonder meer volledige vergoeding van kosten zal plaatsvinden.

- 9.2. Met ingang van 1 januari 2006 is de Zvw in werking getreden. Dit is een sociale ziektekostenverzekering in het kader van de toenmalige Vo. nr. 1408/71. Deze verordening is later vervangen door Vo. nr. 883/2004. Voor zorg in een andere EU-lidstaat is, op basis van genoemde verordeningen, expliciet toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig. Niet is gebleken dat na 1 januari 2006 door verzoeker in dat verband ooit toestemming is gevraagd of verkregen. Toetsing aan genoemde verordeningen blijft daarom achterwege. Een eventueel recht op vergoeding zal moeten worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.3. Verzoeker heeft gesteld dat de geneesmiddelen van zijn echtgenote, die voorheen werden vergoed, sinds drie jaar niet meer worden vergoed. De commissie heeft van de gevolmachtigde een lijst met middelen ontvangen die ten behoeve van de echtgenote van verzoeker in 2011 en 2012 zijn gedeclareerd en waarvan de vergoeding is afgewezen. Het CVZ heeft in zijn advies van 17 februari 2014 geconcludeerd dat deze middelen niet zijn aan te merken als geneesmiddelen als bedoeld in de zorgverzekering. Het betreft geneesmiddelen die niet zijn geregistreerd, zelfzorgmiddelen en Warenwetproducten. De commissie neemt de conclusie van het CVZ over en maakt deze tot de hare. Voor zover de onderhavige middelen zijn gespecificeerd, bestaat ten laste van de zorgverzekering dus geen aanspraak op vergoeding. Met betrekking tot de middelen Tradonal en Gabapentine geldt dat ter zitting is toegelicht dat de hiermee gemoede kosten zijn vergoed, met inachtneming van de in Nederland toepasselijke maxima, en dat deze middelen daarom niet in de lijst zijn vermeld. Verzoeker heeft dit niet bestreden. Voor zover er nog andere middelen niet zijn vergoed, is door verzoeker niet gespecificeerd om welke middelen het gaat. Hij heeft evenmin stukken ter zake overgelegd. De commissie is daarom van oordeel dat het verzoek van verzoeker op dit punt niet dan wel onvoldoende is onderbouwd. Daarbij is door verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat de kosten van de niet in de lijst genoemde, en door verzoeker niet gespecificeerde, middelen in het verleden wel ten laste van de zorgverzekering zijn vergoed.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Op grond van artikel 9.8.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2012) bestaat aanspraak op homeopathische en antroposofische geneesmiddelen. De volgens de onder 9.3 bedoelde lijst gedeclareerde en gespecificeerde middelen zijn niet aan te merken als homeopathische of antroposofische geneesmiddelen. Daarom bestaat op basis van dit artikel geen aanspraak op vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.5. Op grond van artikel 9.10.1.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2012) bestaat - in aansluiting op de verstrekking ten laste van de zorgverzekering - aanspraak op vergoeding van door Vektis geregistreerde genees- en verbandmiddelen. De gedeclareerde middelen, waarvan vergoeding is geweigerd, zijn niet aan te merken als door Vektis geregistreerde genees- en verbandmiddelen. Daarom bestaat op grond van dit artikel geen aanspraak op vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Verleende toestemming

- 9.6. De eerder verleende toestemming is in mei 2012 ingetrokken. De commissie is van mening dat hierbij een behoorlijke overgangstermijn in acht diende te worden genomen. Gebleken is dat de overgangstermijn van één maand alleen geldt ten aanzien van de farmaceutische zorg. Voor de orthodontie en alternatieve geneeswijzen zijn partijen een langere overgangstermijn overeengekomen, omdat hierbij niet zomaar van zorgverlener gewisseld kan worden. De overgangstermijn voor deze zorgvormen is thans niet meer in geschil. Voor de farmaceutische zorg is het uitgangspunt dat men voor de terhandstelling en voorlichting niet is aangewezen op een bepaalde zorgaanbieder waarmee een behandelrelatie bestaat die moet worden afgebouwd. Verzoeker is tijdig geïnformeerd en had de geneesmiddelen elders kunnen betrekken en daarmee zijn financiële schade kunnen beperken. Verzoeker heeft gesteld dat er sinds 2009 al problemen ware vanwege "het Belgische", en dat deze steeds konden worden opgelost door te bellen en hierbij te verwijzen naar de verleende toestemming. Pas in mei 2012 is hij

geïnformeerd over het intrekken van de toestemming. Er waren toen al kosten gemaakt, waarvan later bleek dat deze niet werden vergoed.

- 9.7. Ter zitting is vastgesteld dat verzoeker steeds de polisvoorwaarden heeft ontvangen en dat hij aan de hand daarvan had kunnen vaststellen dat de dekking van jaar tot jaar wijzigde. Hiervoor was dus geen aparte brief van de ziektekostenverzekeraar nodig. Voor zover sinds 2009 de vergoeding is verlaagd – hetzij door wijzigingen in de dekking dan wel door een wijziging van het beleid - lag het op de weg van verzoeker navraag te doen naar de achtergrond hiervan. Dit heeft hij nagelaten. Daarom kan een beroep op gerechtvaardigd vertrouwen niet slagen.

Nog niet gedeclareerde nota's

- 9.8. Tot slot merkt de commissie op dat verzoeker ter zitting heeft gesteld dat hij nog een aantal nota's heeft, die weliswaar nog niet ter declaratie zijn ingediend, maar die volgens hem wel ter discussie staan. De commissie kan hierover geen uitspraak doen, aangezien deze nota's niet zijn afgewezen door de ziektekostenverzekeraar en er ook nog geen heroverweging van deze afwijzende beslissing heeft plaatsgevonden.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 april 2014,

Voorzitter