



ANONIEM NIET-BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. te Tilburg
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, laboratoriumonderzoeken, stand wetenschap en praktijk,
Lyme Borreliose
Zaaknummer : 201502287
Zittingsdatum : 13 januari 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Delta Lloyd Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van totaal € 2.980,49 ter zake van door haar genoten zorg in België en Duitsland (verder: de aanspraak). Bij brief van 30 april 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 8 juli en 26 augustus 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 30 augustus 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.
- 3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 oktober 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 oktober 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 11 november 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 30 oktober 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 13 november 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015138477) bij wege van voorlopig advies de commissie

geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat zonder medische gegevens geen medische beoordeling mogelijk is. Zodoende kan niet worden vastgesteld of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten.

Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 17 december 2015 aan partijen gezonden.

- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 13 januari 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 15 januari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de ter zitting voorgedragen pleitnota gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 29 januari 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is op 3 februari 2016 aan partijen gezonden en zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft op 8 februari 2016 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. De huisarts heeft verzoekster op 10 november 2014 verwezen naar dr. De Meirleir. Verzoekster is naar deze arts verwezen om de oorzaak van haar vermoeidheidsklachten te achterhalen en zo een adequate behandeling hiervan te kunnen starten. Op 9 april 2015 heeft verzoekster verschillende nota's van de door dr. De Meirleir uitgevoerde onderzoeken ter declaratie ingediend. Tot verzoeksters verbazing heeft de zorgverzekeraar vergoeding van deze en andere ingediende declaraties ter zake van in België en Duitsland genoten zorg afgewezen.
- 4.2. In reactie op de brief van verzoekster van 6 mei 2015 heeft de zorgverzekeraar bij verzoekster aanvullende (medische) informatie opgevraagd. Verzoekster meent dat inzage in de gevraagde medische gegevens door de zorgverzekeraar een inbreuk is op haar privacy. Volgens de Wet Bescherming Persoonsgegevens mag een zorgverzekeraar niet meer medische gegevens verwerken dan strikt noodzakelijk is voor een adequate uitvoering van de zorgovereenkomst. Uit de door verzoekster overgelegde stukken blijkt niet dat sprake is van onrechtmatig of ondoelmatig handelen door de specialist. Verzoekster stelt zich dan ook op het standpunt dat de gevraagde aanvullende informatie niet noodzakelijk is voor de beoordeling of de verleende zorg voldoet aan de verzekeringsvoorwaarden. De ingediende declaraties betreffen immers diagnostische onderzoeken en geen behandelingen.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster toegelicht dat de zorgverzekeraar aanvullende informatie heeft opgevraagd. Met name de informatie over de anamnese raakt de kern van verzoekster privéleven. Inzage door de zorgverzekeraar in de gevraagde gegevens beschouwt verzoekster als een ongewenste en onnodige inmenging in haar privacy. Verzoekster meent dat de zorgverzekeraar ook zonder de gevraagde gegevens kan beoordelen of de ingediende nota's voor vergoeding in aanmerking komen. Over de medische problematiek en de aard van de diagnostiek is reeds informatie verstrekt. Met welke reden de zorgverzekeraar meer aanvullende informatie wenst blijft onduidelijk. In tegenstelling tot hetgeen het Zorginstituut is zijn advies van 13 november 2015 stelt betreft het niet overleggen van meer informatie geen weigering.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Verzoekster heeft een zevental nota's ten bedrage van totaal € 2.980,49 ter declaratie ingediend. Deze nota's hebben betrekking op zorg die is genoten in België en Duitsland. In de zorgverzekering is bepaald dat de aanspraak op zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg mede naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en bij het ontbreken van een dergelijke maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. De zorgverzekeraar moet bij de beoordeling van het recht op vergoeding toetsen of de betreffende zorg een verzekerde prestatie is. Voor de behandelingen zoals deze door dr. De Meirleir plaatsvinden, bestaat geen wetenschappelijk bewijs.
- 5.2. Daarnaast geldt dat duidelijk moet zijn dat de voorgestelde zorg de meest passende zorg is. Als dit niet kan worden vastgesteld is de zorg niet doelmatig. De ingediende declaraties zijn beoordeeld door de medisch adviseur van de zorgverzekeraar. Deze stelt dat hij op basis van de beschikbare informatie niet kan beoordelen of de zorg voor vergoeding in aanmerking komt. Om die reden is op 5 juni 2015 bij verzoekster aanvullende informatie opgevraagd. Aan verzoekster is gevraagd om (i) de bevindingen van het internistisch onderzoek in Nederland, en (ii) de anamnese, het onderzoek, de bevindingen en de indicatie voor de genoemde onderzoeken bij dr. De Meirleir over te leggen. Tot op heden wenst verzoekster deze informatie niet te verstrekken omdat dit een inbreuk zou zijn op haar privacy. Ten aanzien hiervan stelt de zorgverzekeraar dat dan niet kan worden beoordeeld of de onderhavige zorg voor vergoeding in aanmerking komt.
- 5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar herhaald dat hij het recht op vergoeding moet kunnen beoordelen. Daarbij is in de verzekeringsvoorwaarden vastgelegd dat de daarvoor noodzakelijke informatie kan worden opgevraagd. De voor de beoordeling noodzakelijke informatie is door verzoekster niet overgelegd. In het midden kan blijven of dit het gevolg is van weigering.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.22 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar 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 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering. Artikel B.4. van de zorgverzekering 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*

Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. (...)"

- 8.3. Artikel B.2. van de zorgverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op zorg in het buitenland, en dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland

Zorg: waar hebt u recht op?

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of

- (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar hebt u recht op?

Gaat u buiten het land waarin u woont 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.20.

Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies aan te vragen. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben we wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen. (...)"

- 8.4. In artikel A.3.2. van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op zorg zoals omschreven in de zorgverzekering als de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen en de zorgvorm doelmatig is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

- 8.5. Artikel A.14. van de zorgverzekering regelt de algemene verplichtingen van de verzekeringnemer, en dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"A.14.1. Als u verplichtingen niet nakomt

U hebt bepaalde algemene verplichtingen tegenover ons. Deze verplichtingen zijn genoemd in dit artikel. Als u onze belangen schaadt, doordat u deze verplichtingen niet nakomt, hebt u geen recht op dekking van zorg.

(...)

A.14.2. Algemene verplichtingen

U bent verplicht:

(...)

- de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur als die daarom vraagt;

- ons, onze medisch adviseur, adviserend tandarts, controleur of de zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben gesloten, te helpen bij het verkrijgen van alle noodzakelijke informatie;

(...)"

- 8.6. De artikelen A.3.2, A.14., B.2. en B.4. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. 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 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 zorgverzekeraar 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 20 van Vo. nr. 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


- 9.1. Verzoekster is naar twee andere EU-lidstaten, te weten België en Duitsland, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft niet voorafgaand aan de behandeling de zorgverzekeraar 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. Rest de vraag of verzoekster op grond van de zorgverzekering aanspraak kan maken op vergoeding van de in het geding zijnde kosten. Ten aanzien hiervan geldt het volgende.
- 9.2. Verzoekster maakt aanspraak op vergoeding van een zevental nota's ten bedrage van totaal € 2.980,49. De zorgverzekeraar heeft vergoeding van deze nota's afgewezen om reden dat hij op basis van de bij hem beschikbare informatie niet kan beoordelen of de geleverde zorg voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de zorgverzekering. Om hierover meer duidelijkheid te krijgen heeft de zorgverzekeraar bij verzoekster aanvullende (medische) informatie, waaronder de anamnese en bevindingen van de behandeld arts, opgevraagd. Vastgesteld wordt dat verzoekster ook in de onderhavige procedure de door de zorgverzekeraar gevraagde (medische) informatie



niet heeft willen verstrekken, hoewel zij daartoe op grond van artikel A.14. van de zorgverzekering verplicht is. Dat de zorgverzekeraar meer informatie opvraagt dan nodig is - zoals door verzoekster is gesteld - vermag de commissie niet in te zien. De gevraagde informatie is immers noodzakelijk om te beoordelen of sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering en of verzoekster naar aard en omvang redelijkerwijs op de zorg is aangewezen, alsmede of deze doelmatig is. Aangezien verzoekster haar medewerking weigert, bestaat op grond van artikel A.14.1. van de zorgverzekering geen recht op dekking voor de onderhavige kosten.




Conclusie




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



10. Het niet bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 2 maart 2016,



A.I.M. van Mierlo

