

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg Europa, consulten en farmaceutische zorg ter behandeling van het Chronic Fatigue Syndrome (CFS)
Zaaknummer	: 2008.00622
Zittingsdatum	: 19 november 2008

Zaak: 2008.00622, geneeskundige zorg Europa, consulten en farmaceutische zorg ter behandeling van het Chronic Fatigue Syndrome (CFS).

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007 en 2008, art. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2, 2.4 en 2.8 Bzv, 2.5 en 2.39, 2.40, e.v., bijlage 1 en 2 Rzv, 3.17 Regeling geneesmiddelenwet)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 24 oktober 2007 de door haar in België ondergane diverse diagnostische laboratoriumonderzoeken en consulten bij verdenking van een chronisch vermoeidheidssyndroom (hierna: CFS), alsmede diverse farmaceutische middelen niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster in 2007 en 2008 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Vrij polis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verder was verzoekster op dat moment bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de Extra Zorg polis 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.

3.2. De behandelend internist heeft bij verzoekster de diagnose Chronic Fatigue Syndrome (hierna: CFS) gesteld. De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose vanaf 2007 bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "diverse diagnostische consulten en farmaceutische middelen ter diagnosticering en behandeling van CFS" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 oktober 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.

3.3. Vanaf 26 juli 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.

- 3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 31 januari 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 1 maart 2008 heeft verzoekster de Stichting Klachten en Geschillen verzocht te treden in het geschil met haar zorgverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 9 april 2008 heeft een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen plaatsgevonden. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.7. Bij brief van 9 augustus 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen.
- 3.8. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.9. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 22 september 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 september 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en zorgverzekeraar hebben op 6 oktober respectievelijk 3 november 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.11. Bij brief van 25 september 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 27 oktober 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster af te wijzen omdat de behandeling van prof. dr. De Meirleir te Brussel niet beschouwd kan worden als zorg die voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.12. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 19 november 2008 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.13. Bij brief van 19 december 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 8 januari 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij bij het hoofdkantoor van de zorgverzekeraar in Alkmaar informatie heeft ingewonnen. Zij heeft medegedeeld dat zij naar een arts in België wilde en dat zij had gekozen voor een verzekering met vrijheid van artsenkeuze. Haar is toen medegedeeld dat er meer

personen naar het buitenland gingen voor een behandeling. Zij verkeerde daardoor in de veronderstelling dat haar niets in de weg stond. Haar is toen niet verteld dat zij eerst naar een medisch adviseur moest gaan en toestemming voor de behandeling moest hebben. Verzoekster was dan ook verbaasd dat haar rekeningen niet werden vergoed.

- 4.2. Omdat voor haar geen behandeling in Nederland mogelijk is, heeft zij zich gewend tot een professor in België die gespecialiseerd is in haar aandoening en veel voor haar kan betekenen zodat zij weer beter kan functioneren. De door hem aangeboden behandelingen zijn wetenschappelijk bewezen, zoals blijkt uit een meegezonden interview met haar behandelend arts. Bovendien kan de ziekte van verzoekster zonder behandeling uiteindelijk tot kanker leiden.
- 4.3. Daarna is verzoekster nog twee maal op het hoofdkantoor van de zorgverzekeraar geweest, en heeft daar de nodige vragen gesteld. Haar is te kennen gegeven dat zij alsnog een medisch adviseur kon aanschrijven om eventueel alsnog voor vergoeding van de kosten in aanmerking te komen. Verzoekster heeft daarop een rapportage van de behandelend arts meegezonden, alsmede een verklaring van haar huisarts, met het verzoek alsnog tot vergoeding van de behandeling in België over te gaan. Een door haar verzocht onderhoud met de medisch adviseur is afgewezen.
- 4.4. Verzoekster stelt dat de onderhavige behandeling wel door een andere zorgverzekeraar wordt vergoed.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij nimmer een uitnodiging heeft ontvangen, en evenmin kennis heeft kunnen nemen van het CVZ-advies.
- 4.6. Na de zitting heeft verzoekster, in reactie op het nagezonden verslag van de hoorzitting en het advies van het CVZ, nadere informatie over haar aandoening overgelegd. Tevens heeft zij aangegeven dat gedragstherapie averechts werkt. Zij verzoekt de commissie dan ook om een oplossing ter verbetering van haar huidige levenscomfort.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de door de behandelend arts van verzoekster toegepaste behandeling op grond van de internationale stand van de wetenschap en praktijk, onvoldoende beproefd en deugdelijk is bevonden. Bij brief van 12 juli 2007 is verzoekster medegedeeld dat een groot deel van de behandeling niet wordt vergoed, omdat deze arts behandelingen aanbiedt die niet gebruikelijk zijn in de kring van beroepsgenoten. Haar is met deze brief een E112-formulier toegezonden, met de mededeling dat de kosten die via de mutualiteit in België worden vergoed, direct bij de zorgverzekeraar in rekening kunnen worden gebracht.
- 5.2. De zorgverzekeraar stelt dat de medicijnen die aan verzoekster zijn voorgeschreven, geen van alle voorkomen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem, zodat ook deze niet voor vergoeding in aanmerking komen.

- 5.3. Hoewel verzoekster vrije artsenukeuze heeft, dienen de behandelingen wel tot het verzekerde pakket te behoren. Behandelingen zoals de onderhavige, die op grond van de internationale stand van de wetenschap en praktijk niet voldoende beproefd en deugdelijk zijn bevonden, zijn niet te kwalificeren als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en behoren daarom niet tot het verzekerde pakket. Met betrekking tot de onderhavige behandeling blijkt uit rechtspraak van 2004 dat dit geen verzekerde prestatie betreft. Onderzoek in wetenschappelijke publicaties die sindsdien zijn verschenen, hebben geen verandering gebracht in dat standpunt.
- 5.4. Hoewel een aantal declaraties aan de commissie zijn voorgelegd, zonder voorafgaande kennisname daarvan door de zorgverzekeraar, heeft de zorgverzekeraar medegedeeld dat hij geen bezwaar heeft tegen de beoordeling van deze declaraties in dit geschil.
- 5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat ook een second opinion niet wordt vergoed, als sprake is van zorg die niet voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'.
- 5.6. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering van 2007, terwijl zij wel bevoegd is kennis te nemen van de aanvullende verzekering van 2008.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoekster op grond van de zorgverzekering 2007 en/of 2008 dan wel op grond van de aanvullende verzekering 2008 aanspraak kan maken op vergoeding van de onderhavige diagnostische onderzoeken en consulten voor het diagnosticeren en behandelen van CFS met de voorgeschreven farmaceutische middelen, te weten: Lactase formula® (werkzame stof: lactase), Gabbrolal® 250 mg (werkzame stof: paromomycine), VSL-3® (probiotica), Hydrozyme® (werkzame stoffen: vitamine B6, betaïne HCl, ammoniumchloride, pepsine en pancreatine), Vitamine B12 i.m. (hydroxycobalamine), L-Glutathion® 400 mg (werkzame stof: glutathion), TMD (Toxic Metal Detox) (werkzame stoffen: vitamines B2 en E en anti-oxidantenzymen) en Radinorm® N 109 (werkzame stoffen: anti-oxidant enzymen).

De zorgverzekering 2007 en 2008

- 7.2. Het betreffen hier restitutiepolissen, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is in de voorwaarden van de zorgverzekering 2007 en 2008, die op deze punten gelijkluidend zijn, geregeld in de artikelen 3 e.v. van de zorgverzekeringen. Artikel 3.1 van de zorgverzekeringen bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige zorg bestaat. Voor zover hier relevant wordt in lid 2 van dit artikel bepaald:

“Omschrijving: Medisch-specialistische zorg omvat vergoeding van de kosten voor zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, (...), alsmede de bij de behandeling binnen de instelling horende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen

(...)

Aanspraak: Aanspraak op vergoeding van de kosten zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5. lid 2 en artikel 2.5. lid 4.”

Artikel 2.5 van de zorgverzekering regelt met betrekking tot de restitutieaanspraken, voor zover van belang, het volgende:

“Lid 1. De verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van de genoten zorg of overige diensten zoals omschreven in artikel 3 en 4 van deze modelovereenkomst alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.

lid 2. Deze modelovereenkomst geeft de verzekerde, binnen de grenzen als omschreven in artikel 3, de keuze uit alle zorgaanbieders.

Lid 4. De vergoeding van de kosten van zorg of overige diensten is gelijk aan het tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien de zorgverzekeraar geen tarief is overeengekomen, is de vergoeding gelijk aan het WMG-tarief, indien op grond van de WMG geen ander tarief in rekening mag worden gebracht dan het tarief dat door het NZa is goedgekeurd of vastgesteld. Indien de zorgverzekeraar geen tarief overeengekomen is én er geen WMG-tarief van toepassing is dat uitsluitend in rekening mag worden gebracht, bedraagt de vergoeding ten hoogste het tarief dat naar de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Een eventuele eigen bijdrage of eigen risico komt voor rekening van de verzekerde.

Lid 5. De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg en overige diensten als omschreven in artikel 3 en 4 wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een dergelijke maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.”

Met betrekking tot zorgverlening in een andere EU-lidstaat bepaalt artikel 4 van de zorgverzekering, voor zover in deze situatie van belang:

“Aanspraken:

Lid 1. De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 2.5 lid 4 van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.

(...)

Lid 5. In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding.”

Artikel 3.3 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden

aanspraak op farmaceutische zorg bestaat. Voor zover hier relevant wordt in lid 1 van dit artikel bepaald:

"De aanspraak op vergoeding van de kosten voor geneesmiddelen omvat ter handstelling van:

1. de door de zorgverzekeraar op basis van de Regeling Zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;

2. een ander bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerd geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover:

a. behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is, of;

b. de verzekerde het geneesmiddel betreft van een apotheker met wie de zorgverzekeraar een voorkeursovereenkomst heeft gesloten. De lijst met apothekers met wie de zorgverzekeraar een voorkeursovereenkomst heeft gesloten, kan worden geraadpleegd op de website van de zorgverzekeraar.

3. andere geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet, op voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft, zoals omschreven in artikel 2.8., eerste lid, onder b van het Besluit zorgverzekering."

- 7.3. De regeling in de artikelen 3.1, 3.3 en 4 van de zorgverzekeringen is volgens artikel 2.2 van de zorgverzekeringen gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, 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 de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, tweede lid is vervolgens bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.
- Waar het gaat om farmaceutische zorg, is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel van het 2.8 Bzv en nader uitgewerkt in de artikelen 2.5 en 2.39 e.v., en bijlage 1 en 2 van de Rzv.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. In het kader van de zorgverzekeringen dient te worden beoordeeld of de onderhavige diagnostische onderzoeken en consulten voor het diagnosticeren en behandelen van CFS met de hiervoor in 7.1 omschreven farmaceutische middelen, beoordeeld naar de internationale stand van de wetenschap en de praktijk, heeft te gelden als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, dan wel of de farmaceutische producten die buiten de kliniek van de behandelend medisch specialist zijn geleverd, zelfstandig voor vergoeding in aanmerking komen.

- 7.7. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval wordt gebruikt.
- Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse zorgverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe behandeling in binnen- en buitenland.
- Bij de selectie en beoordeling van de gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek methodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.
- 7.8. Indien uit ten minste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken, - dat zijn wetenschappelijke onderzoeken waarvan de objectiviteit, door willekeurige toepassing van het onderzoeksobject op de doelgroep, is gewaarborgd - van goede kwaliteit en van voldoende omvang blijkt dat de behandeling in kwestie (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling, dan moet worden geconcludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgenoten.
- Indien geen gerandomiseerde studies worden aangetroffen en daarvoor plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig zijn, kunnen bewijsvoeringen van een lagere orde – waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende meningen van medisch specialisten en (behandel)richtlijnen van nationale en internationale medische beroepsgroepen – bij de beoordeling worden betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze bewijsvoering van voldoende gewicht is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.
- 7.9. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot onderhavige behandelingen bij de diagnose CFS is door het College voor zorgverzekeringen in zijn advies van 27 oktober 2008 uitgevoerd. De conclusie daarvan - waarmee de commissie zich kan verenigen - neemt de commissie over en maakt zij tot de hare. Op basis van dit advies komt de commissie aldus tot de conclusie dat de onderhavige behandeling bij de gegeven indicatie, beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk, niet te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en daardoor niet als een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering kan worden beschouwd.
- 7.10. Voor zover verzoekster een beroep doet op artikel 3.3 van de zorgverzekering voor de aan haar geleverde - hiervoor in 7.1 reeds omschreven - farmaceutische middelen

oordeelt de commissie als volgt.

- 7.11. Bedoelde middelen zijn niet aan te merken als verzekerde prestaties in het kader van de zorgverzekering, omdat het daarbij niet gaat om geregistreerde geneesmiddelen omdat de middelen Lactase formula®, Gabbrooral® 250 mg, VSL-3®, Hydrozyme®, Vitamine B12 i.m., L-Gluthation® 400 mg, TMD® (Toxic Metal Detox) en Radinorm® N 109 niet in de Geneesmiddeleninformatiebank voorkomen en ook niet een aanwijzing door de Minister van VWS heeft plaatsgevonden, terwijl evenmin sprake is van:
- een zogenoemde “orphan drug” (hoewel Gabbrooral® (werkame stof: paromocymine) wel als zodanig kan worden aangemerkt als het wordt voorgeschreven voor het thans niet aan de orde zijnde geval van gastro-intestinale cryptosporidiosis bij AIDS-patiënten), een geneesmiddel voor een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners (volgens gegevens van de Radboud Universiteit in Nijmegen lijden in Nederland globaal 27.000 mensen aan CFS), of;
 - een apotheekbereiding, indien tevens sprake is van rationele farmacotherapie, tenzij het een geneesmiddel betreft dat gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig is aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel. Wat deze laatste categorie merkt de commissie het volgende op.
- 7.12. Van rationele farmacotherapie is sprake indien de behandeling van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, naar de stand van de wetenschappelijk en praktijk als voldoende werkzaam en effectief wordt beschouwd. Hiervan is de commissie niet gebleken, nog daargelaten dat de onderhavige farmaceutische middelen industrieel worden vervaardigd.

De Aanvullende verzekering 2008

- 7.13. Het betreft hier een restitutiepols, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is in de voorwaarden van de aanvullende verzekering 2008 is geregeld in de artikelen 3 e.v. van de aanvullende verzekering.
- 7.14. De artikelen 4.1 en 4.2 van de aanvullende verzekering regelen de vergoeding van alternatieve geneeswijze en de behandeling met homeopathische en antroposofische geneesmiddelen. Omdat onder beide artikelen de behandelend arts van verzoekster dient te voldoen aan een inschrijving in de door de zorgverzekeraar genoemde registers en de behandelend arts van verzoekster niet voorkomt in de genoemde registers, kan een eventuele aanspraak niet op deze artikelen worden gebaseerd.
- 7.15. Artikel 5.1 van de aanvullende verzekering regelt de vergoeding van zorg bij tijdelijk verblijf in een ander land dan Nederland. Het dient dat te gaan om zorg zoals omschreven in ‘deze polisvoorwaarden’. Omdat de onderhavige zorg in Nederland op grond van de aanvullende verzekering niet voor vergoeding in aanmerking komt, kan deze behandeling in het buitenland evenmin voor vergoeding in aanmerking komen.
- 7.16. In artikel 7.1 van de aanvullende verzekering is geregeld dat de eigen bijdrage van medicijnen die op grond van het geneesmiddelenvergoedingssysteem worden vergoed, ten laste van de aanvullende verzekering kunnen worden gebracht. Aangezien de onderhavige farmaceutische producten niet voorkomen in het GVS, zoals reeds onder 7.11 en 7.12 is overwogen, komen zij ook niet op grond van de aanvullende

verzekering voor vergoeding in aanmerking.

7.17. Het verzoek aan de commissie om een alternatief aan te geven in het reguliere behandeltraject kan niet worden gehonoreerd. De commissie spreekt zich uitsluitend uit over het geschil tussen partijen. Daartoe behoort niet het doen van een voorstel over een behandeling.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 januari 2009

Voorzitter