



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer drs. F.A. Croon te Amsterdam, tegen ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Amersfoort

Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, consulten en behandelingen, geldige verwijzing

Zaaknummer : 201800830

Zittingsdatum : 20 maart 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015 en 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015 en 2016)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer drs. F.A. Croon te Amsterdam,

tegen

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, en
- 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, 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 grond van de Basisverzekering (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 Aanvulling Optimaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandarts Optimaal is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

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 behandelingen en consulten, ondergaan te Lingen, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij ongedateerd uitkeringsbericht heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 2 en 26 februari 2018 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 22 oktober 2018 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 22 januari 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 januari 2019 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 februari 2019 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 maart 2019 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 30 januari 2019 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 21 februari 2019 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2019004704) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen voor zover het de gedeclareerde middelen betreft. De betreffende middelen zijn niet opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingensysteem en daarom bestaat hierop geen aanspraak ten laste van de zorgverzekering. Ten aanzien van de behandelingen en consulten staan de verwijzing en het ontbreken van de toestemming centraal. Omdat het Zorginstituut alleen kan adviseren over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties kan het Zorginstituut geen advies uitbrengen over de behandelingen en consulten. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 25 februari 2019 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 maart 2019 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 25 maart 2019 heeft de commissie het Zorginstituut 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 hierop heeft het Zorginstituut bij brief van 26 maart 2019 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De huisarts heeft op 2 augustus 2016 over verzoekster verklaard:

"Bij deze verwijs ik bovengenoemde patiënte voor evaluatie van haar klachten/symptomen naar de neuroloog. Patiënte is al ruim een jaar ziek en kan hierdoor niet werken. Zij kampt onder andere met koorts, bemerkt snelle en soms irregulaire hartslag, heeft gewrichtsklachten en heftige hoofdpijn. Labonderzoek is ingezet, nog niet alles is bekend. Aangezien vooralsnog niet onder 1 noemer gebracht zijn, lijkt een integrale beoordeling op zijn plaats. Patiënte kiest hierbij voor de Helioskliniek in Duitsland. (...)"

- 4.2. Verzoekster is bekend met een divers ziektebeeld. Bij haar is sprake van chlamydia pneumoniae, lekkende darmen, borrelia, lupus indicaties, lichen Planopilaris, micoplasma, een slecht functionerende lever, een cyste in de lever, plaveisel hyperplasie, burgdorferi, een lymfocytenprobleem, verschijnselen van artritis, voedingintoleranties, hyperplasie in de bijnier en een sterke en risicovolle vermindering van de kwaliteit van haar bindweefsel. Ook draagt zij diverse schimmels bij zich. Deze problemen maken een normaal leven onmogelijk. Verzoekster heeft altijd veel pijn op verschillende plekken, zij heeft bijvoorbeeld ondraaglijke gezichtspijnen en zonlicht is voor haar pijnlijk. Ook heeft zij vaak koorts en problemen met slapen. Haar huid is overgevoelig.
- 4.3. Voor de problemen die verzoekster ondervindt, is een integrale aanpak nodig, die in Nederland niet kan worden gegeven. Daarom heeft verzoekster zich gewend tot de arts in Duitsland. De behandeling aldaar heeft geleid tot een doorbraak. Haar lijden is verminderd en zij hoeft veel minder vaak een ziekenhuis te bezoeken of daar te worden opgenomen.

- 4.4. Verzoekster heeft goedkeuring gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar voor de behandeling in Duitsland, maar dit bleek vrijwel onmogelijk. Vooraf moest een budget worden vastgesteld, maar dit kon volgens de behandelend arts pas nadat hem een bezoek was gebracht. Na dit probleem vele malen te hebben uitgelegd, is de ziektekostenverzekeraar niet gekomen met een oplossing. De ziektekostenverzekeraar reageerde overigens vaak niet op brieven en e-mailberichten van verzoekster, en zegde vaak toe terug te bellen, om dit vervolgens niet te doen. Alle verzoeken tot overleg met een medisch deskundige werden door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij in Nederland niet goed werd geholpen. Uiteindelijk is zij naar Duitsland gegaan, omdat haar klachten daar integraal konden worden aangepakt. De ziektekostenverzekeraar wilde eventueel toestemming verlenen, maar alleen als verzoekster vooraf een kostenbegroting zou overleggen. Dit was niet mogelijk, omdat de arts pas een begroting kon opstellen nadat hij verzoekster had gezien. Verzoekster heeft benadrukt dat het contact met de ziektekostenverzekeraar erg moeizaam is verlopen. Het was erg lastig of zelfs onmogelijk om de juiste personen te spreken te krijgen. Ondanks toezeggingen werden zij en haar partner meermaals niet teruggebeld. De hierover ingediende klacht is door de ziektekostenverzekeraar niet goed opgepakt. Daarnaast had de ziektekostenverzekeraar haar al in het begin moeten vertellen dat de betreffende kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Uit artikel 18.2 van de zorgverzekering volgt dat als sprake is van niet-spoedeisende zorg in het buitenland, een verzekerde van tevoren contact moet opnemen met de afdeling Managed Care om te vernemen of en tot welk bedrag een vergoeding mogelijk is. Verzoekster heeft voorafgaand aan de consulten en behandelingen in Lingen geen toestemming van de ziektekostenverzekeraar verkregen. Aan verzoekster is op 25 november 2015 telefonisch medegedeeld dat een verwijzing van de behandelend arts in Nederland nodig is. Bij een eventuele vervolgbehandeling diende eerst een aanvraag te worden ingediend. De behandelend neuroloog in Nederland heeft verzoekster niet verwezen. Ook is geen indicatie of onderbouwing gegeven voor de uitgevoerde behandelingen.
- 5.2. De gedeclareerde kosten komen ook niet onder de noemer 'alternatieve geneeswijzen' ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering voor vergoeding in aanmerking. Er is geen sprake van een alternatief genezer of therapeut in de zin van artikel 3.3 van de aanvullende ziektekostenverzekering. De gedeclareerde geneesmiddelen betreffen voedingssupplementen en vitamines die op basis van artikel 3.15 van de aanvullende ziektekostenverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen. Dat deze door de huisarts zouden zijn voorgeschreven, maakt dit niet anders.
- 5.3. De verwijzing die de huisarts heeft gegeven, is onvoldoende om tot vergoeding te kunnen overgaan. Het betreft geen verwijzing die ziet op een behandeling door een multidisciplinair team, zoals door verzoekster gewenst. Bovendien betreft het - althans voor een deel van de behandelingen - een verwijzing achteraf.
- 5.4. Uit de telefoonnotities en e-mailwisselingen blijkt dat veelvuldig contact heeft plaatsgevonden met verzoekster. De ziektekostenverzekeraar kan zich dan ook niet vinden in haar stelling dat haar klacht niet op de juiste wijze is afgehandeld. Dat niet steeds is voldaan aan de verwachtingen en wensen van verzoekster, maakt dit niet anders.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aangeboden aan verzoekster. Hij vindt het erg vervelend dat verzoekster het zo heeft ervaren. Toch is het in de beleving van de ziektekostenverzekeraar niet zo dat er niet is teruggebeld. Er is bijvoorbeeld op 15 december 2015

teruggebeld door de medische advies dienst. Er is verteld dat de kosten niet worden vergoed als er geen verwijzing is. Er is dus wel verteld dat voor een second opinion of behandeling een begroting nodig is, en dat zonder deze informatie geen toestemming (E112 formulier) wordt gegeven. Daarna wordt dit beoordeeld. Ook is verteld

dat als verzoekster op eigen houtje naar Duitsland zou gaan, de kosten voor eigen rekening blijven. De gedeclareerde middelen zijn vitamines en voedingssupplementen en dus geen geneesmiddelen.

De ziektekostenverzekeraar weet niet of er nog zorg is genoten na het afgeven van de machtiging door de huisarts. Er is in ieder geval niets gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat verzoekster vanaf 1 januari 2017 niet meer bij hem is verzekerd.

5.6. 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 17 van de zorgverzekering (2015 en 2016) en 18 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2015 en 2016) 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 18 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 18.11 van de zorgverzekering (2015) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Lid 1 Verwijzers naar medisch specialistische zorg.

Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, of een medisch specialist. Dit geldt niet voor spoedeisende zorg. (...) De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

lid 2 Ziekenhuis en ZBC

(...)

b. Niet-klinische medisch specialistische zorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor de medisch specialistische behandeling en de met de behandeling gepaard gaande verpleging (dagopname), alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voorts bestaat aanspraak op voor medisch specialistische behandeling in een ZBC. De aanspraak omvat de medisch specialistische behandeling en de met de behandeling gepaard

gaande verpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Verder bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch specialist of elders. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor de medisch specialistische behandeling alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. (...)"

Artikel 18.11 van de zorgverzekering (2016) kent een gelijke strekking.

8.4. Artikel 18.2 van de zorgverzekering (2015) luidt, voor zover hier van belang:

"(...) lid 2 Advies en bemiddeling bij niet spoedeisende zorg

Als verzekerde in het buitenland wil worden behandeld moet verzekerde er rekening mee houden dat de behandeling niet altijd volgens de zorgverzekering wordt betaald of dat de behandeling duurder is dan in Nederland zodat verzekerde zelf de kosten geheel of gedeeltelijk zal moeten betalen. Wij raden verzekerde dan ook aan om vooraf contact op te nemen met Managed Care via (033) 464 20 61 of managed.care@amersfoortse.nl om van te voren te vernemen of en tot welk bedrag een vergoeding mogelijk is. De Amersfoortse heeft met een aantal ziekenhuizen in Duitsland, België en Spanje afspraken gemaakt. Zie hiervoor www.amersfoortse.nl/zorg.

lid 3 Algemeen

De verzekerde die woont in Nederland en zorg geniet buiten Nederland heeft recht op dezelfde vergoeding onder dezelfde voorwaarden als wanneer hij in Nederland naar een niet gecontracteerde zorgverlener zou zijn gegaan.

lid 4 De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:

- aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of

- recht op dezelfde vergoeding onder dezelfde voorwaarden als wanneer hij in Nederland naar een niet gecontracteerde zorgverlener zou zijn gegaan. (...)"

Artikel 18.2 van de zorgverzekering (2016) kent een gelijke strekking.

8.5. In artikel 18.5 van de zorgverzekering (2015) is de aanspraak op farmaceutische zorg geregeld. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1

Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers en apotheekhoudende huisartsen die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:

a. de door de zorgverzekeraar op basis van bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen in Bijlage 1 van deze regeling, te vinden via <http://wetten.overheid.nl>.

b. de geneesmiddelen, genoemd in Bijlage 1 bij deze regeling, die behoren tot een van de in Bijlage 2 bij deze regeling genoemde categorieën van geneesmiddelen, indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde voorwaarden, te vinden via <http://wetten.overheid.nl>. (...)"

Artikel 18.5 van de zorgverzekering (2016) kent een gelijke strekking.

- 8.6. De artikelen 18.2 en 18.11 van de zorgverzekering (2015 en 2016) zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering (2015 en 2016) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel , eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 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 3.3 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2015) regelt de aanspraak op alternatieve geneeswijzen en luidt, voor zover hier van belang:

"Optimaal 100% maximaal € 1.000 per kalenderjaar, maximaal € 45 per dag (...)

Voorwaarden:

Het maximaal verzekerd bedrag is voor alle consulten en behandelingen van alternatief genezers of therapeuten tezamen.

Wij vergoeden de kosten van consulten of behandelingen van alternatieve genezers of therapeuten die aangesloten zijn bij een door ons erkende beroepsvereniging.

• Acupunctuur: Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV), Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA), International Free University (IFU), Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (ZHONG), Nederlandse Beroepsvereniging Chinese Geneeswijzen YI (NBCG YI) of Nederlandse Werkgroep van Praktijzen in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP).

• Antroposofie: Behandelaar is een antroposofsch arts die is aangesloten bij de beroepsvereniging Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA). Wij vergoeden reguliere consulten en behandelingen.

Wij vergoeden geen:

- Behandelingen door een niet-arts.

- Dieettherapie, eurytmie, kunstzinnige therapie, psychische hulpverlening, uitwendige therapie, heilpedagogie, spraaktherapie, meridiaantherapie, kleurentherapie, chirofonetiek en badtherapie.

- *Chiropractie: Behandelaar is aangesloten bij de beroepsvereniging Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA), Dutch Chiropractic Federation (DCF), Stichting Chiropractie Nederland (SCN) of Stichting Nationaal Register van Chiropractoren (SNRC).*

- *Flebologie: Behandelaar is een zelfstandig gevestigd arts.*

Wij vergoeden geen:

- *Behandelingen door een niet-arts.*

- *Fytotherapie: Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Nederlandse Vereniging voor Fytotherapie (NVF).*

- *Haptotherapie/Haptonomie: Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Vereniging Van Haptotherapeuten (VVH).*

- *Iriscopie: Behandelaar is een iriscopist.*

- *Kindertherapie: Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Vereniging van en voor kindertherapeuten (Vvvk).*

- *Klassieke homeopathie: Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Artsenvereniging voor Integrale Geneeskunde (AVIG), Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH), Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (NOKH) of Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP). Vergoeding van reguliere consulten en behandelingen.*

- *Moermantherapie: Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Artsenvereniging voor Niet Toxische Tumor Therapie (ANTTT).*

Wij vergoeden geen:

- *Behandelingen door een niet-arts.*

- *Natuurgeneeskunde: Behandelaar is een natuurgeneeskundig arts die is aangesloten bij beroepsvereniging Artsenvereniging voor Integrale Geneeskunde (AVIG) of uitgevoerd door een niet arts die is aangesloten bij beroepsvereniging Landelijke Vereniging Natuurlijke Geneeswijzen (LVNG), Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de natuurlijke geneeskunde (NWP), Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT) of Belangen Associatie Therapeut en Consument (BATC). Wij vergoeden reguliere consulten en behandelingen.*

Wij vergoeden geen:

- *Massagetherapie.*

- *Neuraal- en regulatietherapie: Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Artsenvereniging voor Integrale Geneeskunde (AVIG). Wij vergoeden segmenttherapie en stoorveldtherapie. Wij vergoeden geen:*

- *Behandelingen door een niet-arts.*

- *(Ortho)manuele geneeskunde: Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG) of Nederlandse Vereniging van artsen voor OrthoManuele Geneeskunde (NVOMG) of uitgevoerd door een niet-arts die is aangesloten bij Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT) of Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT).*

- *Orthomoleculaire geneeskunde: Behandelaar is een orthomoleculair arts of de behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG). Wij vergoeden reguliere consulten en behandelingen.*

Wij vergoeden geen:

- *Kinesiologie.*

- *Osteopathie: Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NVO) en ingeschreven bij het Nederlands Register voor Osteopathie (NRO) of de Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF) of beoefenaars met de titel DO-MRO.*

- *Proktologie: Behandelaar is een zelfstandig gevestigde arts.*

Wij vergoeden geen:

- *Behandelingen door een niet-arts.*

- *Reflexzonetherapie: Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Vereniging van Nederlandse Reflexzone Therapeuten (VNRT) of Bond van Europese Reflexologen afdeling Nederland (BER).*

- *Shiatsu therapie: Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging KaTa Nederland, ZHONG, Vereniging voor Iokai-Shiatsu therapeuten (VIS), Zen Shiatsu Vereniging, Nederlandse Vereniging van Soma Therapeuten (NVST), Nederlandse Beroepsvereniging Chinese Geneeswijzen Yi (NBCG Yi) of Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP).*

Wij vergoeden geen:

- *Laboratoriumkosten die zijn aangevraagd door een alternatief genezer.*
- *Alternatieve geneesmiddelen. Voor meer informatie over de vergoeding van alternatieve geneesmiddelen zie artikel 3.15."*

Artikel 3.3 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2016) kent een gelijke strekking.

8.10. Artikel 3.15 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2015) luidt, voor zover hier van belang:

"(...) Optimaal 100% maximaal € 500 per kalenderjaar voor alle verstrekkingen tezamen

Voorwaarden:

Vergoeding voor:

- *Wettelijke eigen bijdragen op geneesmiddelen*
 - *Wij vergoeden alleen de eigen bijdrage voor geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet geldt conform het Reglement Farmaceutische zorg en die worden vergoed op uw zorgverzekering.*
- *Alternatieve geneesmiddelen en overige geregistreerde geneesmiddelen*
 - *Wij vergoeden alleen alternatieve geneesmiddelen met een aantekening 'homeopathisch' of 'antroposofisch' in G-Standaard van Z-Index.*
 - *Wij vergoeden alleen geregistreerde geneesmiddelen die niet worden vergoed op uw zorgverzekering.*
 - *Op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist, verpleegkundige, verloskundige of alternatief genezer.*
 - *Geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.*
- *Wij vergoeden geen:*
 - *Niet-geneesmiddelen*
 - *Dieetpreparaten*
 - *Voeding en voedingssupplementen*
 - *Experimentele geneesmiddelen (...)"*

Artikel 3.15 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2016) kent een gelijke strekking.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk 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 voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening is dat een geldige verwijzing ontbreekt, zodat noch op grond van de verordening noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat. Met betrekking tot de verwijzing geldt het volgende.

9.2. De zorgverzekering biedt aanspraak op terhandstelling van (i) bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen, voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar, (ii) geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, sub a en c, van de Geneesmiddelenwet, mits het rationele farmacotheapie betreft, en (iii) polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Onder categorie (ii) vallen apotheekbereidingen en geneesmiddelen die worden geïmporteerd naar Nederland op initiatief van een arts. Ten aanzien van de import geneesmiddelen geldt als aanvullende eis dat het geneesmiddel bestemd is voor een patiënt die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners (zeldzaamheidscriterium). De door verzoekster gedeclareerde middelen zijn niet opgenomen in Bijlagen 1 en 2 Rzv, zodat geen sprake is van aangewezen, geregistreerde geneesmiddelen.

- 9.3. Gelet op artikel 18.11 van de zorgverzekering (2015 en 2016) is een verwijzing noodzakelijk voor vergoeding van medisch-specialistische zorg. Uit artikel 14, tweede lid, Zvw volgt dat dit geen formaliteit is.
- In artikel 18.11 van de zorgverzekering is niet opgenomen dat het moet gaan om een 'voorafgaande' verwijzing. Echter, uit artikel 14, tweede lid, Zvw volgt dat sprake moet zijn van een voorafgaande verwijzing ("*... slechts toegankelijk is na verwijzing ...*"). Artikel 18.11 van de zorgverzekering moet worden uitgelegd aan de hand van artikel 14, tweede lid, Zvw en dat deze bepaling moet worden toegepast. Dit betekent dat artikel 18.11 zo moet worden gelezen dat een voorafgaande verwijzing nodig is om aanspraak te maken op de vergoeding van de kosten van medisch specialistische zorg.
- Vast staat dat de verwijzing van de huisarts dateert van 2 augustus 2016, terwijl de consulten en behandelingen zijn aangevangen in december 2015. Het gaat derhalve niet om een voorafgaande verwijzing. Bovendien betreft het een verwijzing naar een neuroloog, terwijl uit de nota's die door verzoekster bij het dossier zijn gevoegd niet blijkt dat zij is behandeld door een neuroloog. Het gaat daarmee tevens niet om een gerichte verwijzing voor de zorg die verzoekster heeft gehad. Dit leidt ertoe dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de consulten en behandelingen te Lingen, ten laste van de zorgverzekering. Dit betekent ook dat de gevraagde toestemming op grond van de verordening haar terecht is onthouden.
- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan verzoekster toegezegd dat de kosten van het eerste consult en van een second opinion voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. In die beslissing van de ziektekostenverzekeraar zal de commissie niet treden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de consulten en behandelingen zoals die in Lingen hebben plaatsgevonden. Het zelfde geldt voor de door verzoekster gedeclareerde vitaminepreparaten. Het verzoek kan daarom niet ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering worden toegewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 april 2019,

G.R.J. de Groot