






ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, EEG-onderzoek, EMG-onderzoek
en SSEP-onderzoek, diagnose en behandelplan
Zaaknummer : 201700971
Zittingsdatum : 21 februari 2018

 Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

 (Voorwaarden zorgverzekering 2017, 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


N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.


 2. De verzekeringssituatie


 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Vrij Polis (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 in samenhang met 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 een EEG-onderzoek, een EMG-onderzoek van de bovenste en onderste extremiteiten en een SSEP-onderzoek van de bovenste en onderste extremiteiten, uitgevoerd te Lokeren, België (verder: de aanspraak). Bij declaratieoverzichten van 3 januari 2017, 31 januari 2017 en 8 februari 2017 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 e-mailbericht van 16 mei 2017 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.

 3.4. Bij brief van 27 september 2017 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).

 3.5. 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.

 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 januari 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 januari 2018 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 januari 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 5 februari 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 21 februari 2018 telefonisch gehoord.
- 3.11. Na de hoorzitting is verzoekster de mogelijkheid geboden aanvullende informatie in te brengen, hetgeen zij bij brief van 7 maart 2018 heeft gedaan. De zorgverzekeraar is in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Bij brief van 11 april 2018 heeft de zorgverzekeraar op de aanvullende informatie gereageerd. Verzoekster is de gelegenheid geboden hierop in te gaan, hetgeen zij bij brief van 25 april 2018 heeft gedaan. Een afschrift van deze brief is ter kennisname aan de zorgverzekeraar gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend neuroloog heeft op 20 maart 2017 ten aanzien van de bij verzoekster uitgevoerde behandeling verklaard: *"Wij zagen op verwijzing bovengenoemde patiënte op de consultatie neurologie. Bij patiënt[e] werden de volgende onderzoek[en] uitgevoerd: EEG onderzoek, EMG onderzoek van de bovenste extremiteit, EMG onderzoek van de onderste extremiteit, SSEP onderzoek van de bovenste en onderste extremiteit. (...)"*.
- 4.2. In januari 2017 heeft verzoekster telefonisch contact opgenomen met de klantenservice van de zorgverzekeraar teneinde informatie in te winnen over de vergoeding van zorg in het buitenland, in het bijzonder Duitsland en België. Door de betreffende medewerker werd uitgelegd dat de onderzoeken in deze landen worden vergoed op basis van de DBC-zorgproductcodes. Als een onderzoek duurder is dan het vastgestelde tarief, vindt geen volledige vergoeding plaats. Er werden geen andere aanvullende voorwaarden genoemd. Verzoekster heeft aan de hand van deze informatie op aanraden van de medewerker de huidige zorgverzekering afgesloten, hetgeen de duurste polis betreft. Uitgaande van de verstrekte informatie heeft verzoekster vervolgens medische kosten gemaakt in België. Zij heeft deze kosten gedeclareerd bij de zorgverzekeraar, die vroeg om diverse aanvullende stukken. Onder andere bleek de zorgverzekeraar de diagnose nodig te hebben om te bepalen of verzoekster recht heeft op vergoeding. Dit is echter niet aan verzoekster doorgegeven toen zij contact had met de klantenservice.
- 4.3. De zorgverzekeraar is gehouden de kosten van de afzonderlijke onderzoeken te vergoeden conform de Nederlandse markttarieven. Uit de brief van de zorgverzekeraar aan de Ombudsman Zorgverzekeringen volgt dat dit niet ongebruikelijk is. De zorgverzekeraar bevestigt dat afzonderlijke onderzoeken ook worden vergoed als deze worden aangevraagd door een huisarts. De bijbehorende DBC-zorgproductcodes kunnen worden gevonden via de website van de NZa, zodat de zorgverzekeraar voldoende informatie heeft om de vergoeding te kunnen verlenen.

Indien verzoekster in januari 2017 juiste en volledige informatie had gekregen, had zij de duurdere polis niet hoeven afsluiten, en had zij het bespaarde geld kunnen gebruiken voor de kosten van de onderzoeken.

- 4.4. Ter zitting is door verzoekster gesteld dat zij voorafgaand aan de door haar in het buitenland genoten zorg meerdere malen uitgebreid contact heeft gehad met diverse medewerkers van de zorgverzekeraar. Op basis van onvolledige en onjuiste informatie heeft zij vervolgens hoge kosten gemaakt. Hiermee doelt zij niet alleen op de kosten van de in België uitgevoerde onderzoeken, maar ook op de kosten van de aan haar verkochte duurste verzekering. Voor de behandeling bij de neuroloog is een DBC geopend. De verleende zorg kan op grond van deze DBC worden vergoed. Het lijkt echter alsof de zorgverzekeraar haar de zorg niet wil vergoeden.
- 4.5. Bij brief van 7 maart 2018 heeft verzoekster een verklaring van de neuroloog van 28 september 2017 ingebracht, waarin het volgende staat: "(...) *De diagnose werd gesteld op een commotio cerebri, whiplastrauuma met radiculair lijden op niveau C4 bdz met lichte motorische uitval en een lumbosacro-ischialgie met radiculaire patho(...)logie thv L5 rechts en S1 bdz. Het SSEP onder(...)zoek toonde geen pathologische [b]evindingen. (...)*".
- 4.6. Bij brief van 25 april 2018 heeft verzoekster, in reactie op de brief van de zorgverzekeraar van 11 april 2018, medegedeeld dat de zorgverzekeraar hierin weer een nieuwe voorwaarde stelt. Het feit dat het onderzoek als "overig zorgproduct" kan worden vergoed, bewijst dat de zorgverzekeraar de kosten niet wil vergoeden. De zorgverzekeraar heeft altijd geweten dat deze mogelijkheid bestond, maar koos ervoor een andere weg te bewandelen zodat steeds verder van de aard van de klacht werd afgekomen. Verzoekster benadrukt dat zij conform de door de zorgverzekeraar aan haar verstrekte informatie goed was verzekerd, en vrij was haar zorgaanbieder te kiezen. De huisarts heeft verzoekster verwezen naar de arts in België en heeft verklaard dat het onderzoek medisch noodzakelijk was. Dit zou genoeg moeten zijn voor de zorgverzekeraar om een vergoeding te kunnen verlenen. Het verstrekken van nog meer gegevens heeft dan ook weinig zin.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. In Nederland wordt medisch-specialistische zorg gedeclareerd aan de hand van de DBC-systematiek. In een DBC-zorgproduct is vastgelegd welke diagnose en welke behandeling bij een zorgvraag horen. Als een patiënt wordt doorverwezen naar het ziekenhuis, zal een medisch specialist een diagnose stellen. Hiermee opent hij het DBC-zorgproduct. Alle verrichtingen die vervolgens tijdens de behandeling worden uitgevoerd zijn voorzien van een code, zorgactiviteiten genoemd. Zorgaanbieders voeren deze zorgactiviteiten in in een landelijk computerprogramma, de grouper. Op basis van deze gegevens stelt de grouper een DBC-zorgproduct vast. Het uiteindelijke DBC-zorgproduct bepaalt de hoogte van het tarief. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderhandelen over de hoogte van de meeste tarieven.
- 5.2. Zorg in het buitenland komt op een vergelijkbare wijze voor vergoeding in aanmerking, doch hiervoor moet de zorgverzekeraar het hiérvóór beschreven proces zelf doorlopen. De zorgverzekeraar heeft daarom de diagnose nodig om het DBC-zorgproduct te kunnen vaststellen. Ook kan uit een verwijzing van de huisarts blijken voor welke klachten de patiënt wordt doorverwezen.
- 5.3. Volgens verzoekster kunnen de door haar ondergane onderzoeken worden vergoed aan de hand van het DBC-zorgproduct met code 039744. Dit betreft een zorgactiviteit met als omschrijving: 'Uitgebreid electromygrafisch onderzoek (EMG) (> 45 min.)'. Bij verzoekster maakt het onderzoek deel uit van een behandeling met bijbehorende diagnostiek. Samen met de andere zorgactiviteiten en de diagnose van de arts kan de zorgverzekeraar een DBC-zorgproduct vaststellen. Of het onderzoek doelmatig is, kan eerst worden beoordeeld als de zorgverzekeraar bekend is met de diagnose dan wel aan de hand van de verwijzing door de huisarts. Op basis van de informatie

waarover de zorgverzekeraar op dit moment beschikt, kan niet worden overgegaan tot vergoeding van (een deel van) de kosten.

- 5.4. Verzoekster heeft medegedeeld in januari 2017 telefonisch contact te hebben gehad met de klantenservice van de zorgverzekeraar, waarbij zij naar haar mening onjuiste informatie heeft ontvangen. Van dit gesprek is geen notitie gemaakt, zodat de zorgverzekeraar niet kan nagaan wat er is besproken. Het kan helaas voorkomen dat medewerkers geen aantekeningen maken van de gesprekken die zij hebben gevoerd, hetgeen geen wenselijke situatie is. Het heeft intern hoge prioriteit een zo volledig mogelijke registratie te hebben van alle contactmomenten.
- 5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar medegedeeld dat een verwijzing is ontvangen waarop "graag uw expertise" is vermeld. Uit deze verwijzing blijkt niet waarom verzoekster zich in België heeft laten behandelen. Als voorwaarde voor vergoeding geldt dat de genoten zorg medisch noodzakelijk moet zijn. Beoordeeld moet vervolgens worden welke DBC-code het meest passend is. Hiervoor is aanvullende informatie nodig, waaronder de gestelde diagnose en het behandelverslag. Enkele nota's zijn overigens wel vergoed, omdat sommige academische ziekenhuizen in België door de zorgverzekeraar zijn gecontracteerd.
- 5.6. Bij brief van 11 april 2018 heeft de zorgverzekeraar, in reactie op de door verzoekster ingebrachte aanvullende informatie, medegedeeld nog een behandelverslag te missen van de hoofdbehandelaar in Gent. Op basis hiervan kunnen de neurologische onderzoeken mogelijk worden vergoed als 'overig zorgproduct'.
- 5.7. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend 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 de artikelen 11 tot en met 39 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)”

- 8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan hebt u voor zorg recht op:

- 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;*
- vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. (...)"*

- 8.5. Artikel 1.6 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"Als u een nota hebt ontvangen, dan kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Het is belangrijk dat op de nota de volgende informatie staat:

- uw naam, adres en geboortedatum;*
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;*
- naam en adres van de zorgaanbieder.*

De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Op de vergoeding brengen wij een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. (...)"

- 8.6. De artikelen 1.6, 9 en 15 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering 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 13, 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 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, 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 onderzoeken de ziektekostenverzekeraar 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. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat een EEG-onderzoek, EMG-onderzoek en SSEP-onderzoek verzekerde prestaties vormen onder de zorgverzekering. Of verzoekster ook een (verzekerings)indicatie had voor deze onderzoeken en of deze in haar situatie doelmatig waren, kan volgens de zorgverzekeraar evenwel niet door hem worden beoordeeld.

9.3. Gelet op het bepaalde in artikel 1.6 van de zorgverzekering dient een nota op zodanige wijze te zijn gespecificeerd, dat de zorgverzekeraar hieruit kan opmaken of hij is gehouden een vergoeding te verlenen. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden bestaat alleen dekking indien sprake is van een verzekerde prestatie, de zorg is geïndiceerd, de zorg doelmatig is, en wordt voldaan aan eventuele formele eisen, zoals het hebben van een verwijzing. Aangezien de nota geen informatie bevat ten aanzien van de reden dat de onderzoeken dienden te worden uitgevoerd, kon de zorgverzekeraar niet bepalen of een (verzekerings)indicatie bestond en of de onderhavige zorg doelmatig was. Derhalve was hij niet gehouden verzoekster op grond van de ingediende nota's een vergoeding te verlenen. Om die reden is zij door de commissie in de gelegenheid gesteld stukken aan te leveren. De na de hoorzitting door haar overgelegde aanvullende informatie is nog steeds niet toereikend. Verzoekster heeft weliswaar inzage verschaft in de diagnose, maar heeft een deel van de verklaring van de neuroloog onleesbaar gemaakt en heeft bovendien geen behandelverslag van de hoofdbehandelaar in Gent overgelegd, hoewel dit ter zitting was afgesproken.

9.4. Dat een DBC-zorgproductcode bestaat voor genoemde onderzoeken brengt hierin geen verandering. Hieruit is immers enkel af te leiden dat de onderzoeken een verzekerde prestatie vormen onder de zorgverzekering en dat hiervoor een tarief geldt. Het bestaan van een tarief zegt niets over de aan- of afwezigheid van een (verzekerings)indicatie, en geeft evenmin antwoord op de vraag of deze zorg in de situatie van verzoekster al dan niet doelmatig is.

Telefoongesprek januari 2017

- 9.5. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij in januari 2017 met een medewerker van de zorgverzekeraar heeft gesproken, die haar heeft geïnformeerd, waarna zij de zorgverzekering heeft afgesloten, zodat kosten, die zij in het buitenland zou maken, werden vergoed. Volgens verzoekster is haar tijdens het gesprek niet medegedeeld dat aanvullende voorwaarden van toepassing zijn, zoals het kenbaar maken van de diagnose. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 9.6. De zorgverzekeraar heeft van het bewuste gesprek geen notitie gemaakt. Daarom is het moeilijk de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat. In de procedure is aangetoond noch aannemelijk gemaakt dat aan verzoekster (onjuiste) informatie in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden is verstrekt, op basis waarvan zij de onderhavige kosten heeft gemaakt. De commissie merkt hierbij nog op dat geen sprake is van aanvullende voorwaarden, zoals verzoekster stelt. Ook indien de zorg in Nederland zou zijn genoten, had de nota moeten voldoen aan de in artikel 1.6 van de zorgverzekering gestelde voorwaarden en diende de zorg geïndiceerd en doelmatig te zijn. Gelet op hetgeen onder 9.3 is overwogen, kan dit aan de hand van de nota niet worden vastgesteld, terwijl de nadien door verzoekster overgelegde informatie evenmin toereikend is. Voor verzoekster was een en ander kenbaar aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden. Voor zover zij is afgegaan op eventueel onvolledige telefonische informatie, ligt dit daarom in haar risicosfeer. Voornoemd argument van verzoekster kan om deze reden niet leiden tot een andere uitkomst.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 mei 2018,

H.A.J. Kroon