

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, EU/EER, gecombi-
neerde behandeling van depressie
Zaaknummer : 2008.02637
Zittingsdatum : 6 mei 2009

Zaak: 2008.02637, Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, EU/EER, gecombineerde behandeling van depressie

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D,

en

E te G,

hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

De bestreden beslissing

2. Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 19 maart 2008 de nota's van de door hem in 2007 gestarte behandeling bij prof. dr. Maes in België ter behandeling van een depressie, na 1 maart 2008 niet meer te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verder was verzoeker op dat moment bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de Beter Af Plus Polis drie sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.

- 3.2. De behandelend psychiater heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "major depression". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan de behandeling daarvan, in de vorm van normalisatie van de biologische stoornissen en profylactische nutritionele therapie in combinatie met klassieke gesprekstherapie ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende verzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 maart 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.

- 3.3. Vanaf september 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.

- 3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 28 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven .
- 3.5. Bij brief van 1 december 2008 heeft verzoeker zijn geschil aan de SKGZ voorgelegd, waarna eerst een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar
- 3.6. Bij brief van 5 januari 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering in te willigen.
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 6 maart 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 maart 2009 aan verzoeker toegezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 maart 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 april 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 12 maart 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 6 april 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29025860) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat de onderhavige behandelingen, te weten PNI en (Ortho)moleculaire behandelingen, niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee niet zijn te beschouwen als verzekerde prestaties. Een afschrift van het CVZ-advies is op 16 april 2009 aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 mei 2009 gehoord. Verzoeker persoonlijk en de zorgverzekeraar telefonisch. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 7 mei 2009 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 11 mei 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 verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, bij brief van 6 juni 2007 aan de zorgverzekeraar toestemming te hebben gevraagd voor volledige vergoeding van behandelingen psychotherapie in het buitenland. Hij heeft daarbij

verklaard dat de huidige medicatie (Efexor® 150 mg en 75 mg) niet meer voldoet. De gevolgde cognitieve therapie heeft wel tot verbetering maar niet tot het volledig gewenste effect geleid. Bovendien wordt een gelijksoortige behandeling in Nederland niet in de nabijheid van zijn woonplaats gegeven. In Antwerpen, dat dicht bij zijn woonplaats ligt, is de behandeling wel voorhanden.

Bij e-mail van 3 september 2007 heeft de zorgverzekeraar toestemming verleend voor een behandeling waarvan hij kon weten om welke behandeling dat ging. In de aanhef van de e-mail waarmee om informatie is verzocht, is steeds verwezen naar de aanvraag die bij de zorgverzekeraar ligt.

- 4.2. De behandelingen in Antwerpen door dr. Maes, bestaan uit een kennismaking en intake ter vaststelling van de klachten, een uitgebreid bloed- en urineonderzoek, normalisatie van de biologische stoornissen, profylactische behandelingen met nutritionele therapie en klassieke gesprekstherapie. Deze behandeling is volledig gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek van de pathofysiologische processen die ten grondslag liggen aan de relatie tussen cognitie, emotie en gedrag.
- 4.3. De stelling van de zorgverzekeraar dat de behandeling van dr. Maes niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk is niet voldoende gemotiveerd. De zorgverzekeraar weet niet waaruit de behandeling bestaat en kan derhalve niet toetsen of deze behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Bovendien beroept de zorgverzekeraar zich op een uitspraak van de rechtbank Roermond van 21 augustus 2006, (nr AWB 05/1689) waaruit nota bene blijkt dat een besluit van de zorgverzekeraar moest worden vernietigd omdat dit besluit onvoldoende was gemotiveerd. Voorts beroept de zorgverzekeraar zich op een advies van het CVZ dat over het medicijn Alpha-Interferon gaat, bij de aandoening hepatitis C, zodat dat advies niet van toepassing kan worden geacht op de onderhavige zaak. Het door de zorgverzekeraar gehanteerde onderzoek van het Trimbos Instituut kan volgens verzoeker de conclusie dat geen sprake is van zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk niet dragen. De zorgverzekeraar voldoet daarmee niet aan de richtlijn van het CVZ 'Stand van de wetenschap en praktijk'.
- 4.4. Op 5 maart 2008 ontving verzoeker een bericht van de zorgverzekeraar dat de door hem ingediende declaratie niet zou worden vergoed. De facto betekent dit dat verzoeker op 5 maart 2008 heeft vernomen dat kosten, die vanaf de aanvraag in juni 2007 zijn vergoed, vanaf 1 maart 2008 niet meer worden vergoed. Verzoeker kan zich hierin niet vinden. Zijns inziens is de zorgverzekeraar op enig moment tot de conclusie gekomen dat een vergissing is gemaakt. Verzoeker stelt dat die vergissing hem niet kan worden tegengeworpen. Hij is te goeder trouw geweest.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zijn voorlichting in de e-mail van 3 september 2007 niet meer behelst dan de algemene mededeling dat de kosten van psychotherapie en de kosten van een psychiater die in het buitenland zijn gemaakt, ten laste van de AWBZ kunnen worden vergoed. Met die e-mail is geen groen licht gegeven voor de behandeling door dr. Maes.

- 5.2. De zorgverzekeraar kan zich voorstellen dat verzoeker de indruk heeft gekregen dat de behandeling wel zou worden vergoed. Indien de zorgverzekeraar beter had onderzocht waarop het onderwerp van de e-mail (eerdere aanvraag) betrekking had, dan had hij ingezien dat het om de behandeling door dr. Maes ging . Om die reden is de zorgverzekeraar verzoeker tegemoet gekomen door de behandelingen coulanchehalve te vergoeden tot 1 maart 2008.
- 5.3. De zorgverzekeraar stelt dat de behandeling van dr. Maes niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De behandeling is getoetst aan de Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van volwassenen met depressie, opgesteld door het Trimbos Instituut, onder verantwoordelijkheid van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. De behandeling is als totale behandeling getoetst, en niet in de vorm van deelbehandelingen. Omdat moleculaire diagnostiek niet in de integrale behandeling hoort, is geen sprake van zorg volgens de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker is daarover bij brief van 28 oktober 2008 geïnformeerd.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering en de aanvullende verzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de behandelingen psychotherapie op grond van de zorgverzekering dan wel de aanvullende verzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de 'Aanspraken' van de zorgverzekering. Artikel 10 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op niet klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg bestaat. Voor zover relevant wordt hier bepaald:

"Wij vergoeden de kosten van behandeling door een GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts of psychotherapeut.

Wij vergoeden de kosten van:

- de specialistische geestelijke gezondheidszorg;*
- de met de behandeling gepaard gaande verpleging;*
- de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Voor een psychotherapeutische behandeling geldt een wettelijke eigen bijdrage. De wettelijke

eigen bijdrage voor individuele, groeps- of gezinstherapie bedraagt € 15,60 per zitting tot een maximum van € 702,- per kalenderjaar, waarbij voor gezinstherapie de bijdrage en het maximum gelden per gezin. De wettelijke eigen bijdrage voor partnerrelatietherapie bedraagt € 7,80 per verzekerde per zitting, tot een maximum van € 351,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts of klinisch psycholoog vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

Voorwaarden

- U moet voor de specialistische geestelijke gezondheidszorg zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of jeugdgezondheidsarts.
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ. "

Artikel 11 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op eerstelijnspsychologische zorg. In dit artikel wordt, voor zover hier relevant, bepaald dat:

„Wij vergoeden de kosten van diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog en/of klinisch psycholoog. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. De zorg omvat ten hoogste acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 10,- per zitting. De zorg kan ook gegeven worden in halve of kwart zittingen, waarbij de wettelijke eigen bijdrage dan steeds naar rato is.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde klinisch psycholoog, gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

Voorwaarden

- Voor de eerste vier korte behandelingen (halve zittingen) door een specifiek hiervoor gecontracteerde zorgverlener is geen verwijzing noodzakelijk. Voor vervolgzittingen na deze eerste vier halve zittingen en voor reguliere behandelingen (hele zittingen) bij deze zorgverleners moet u zijn doorverwezen door een huisarts of bedrijfsarts.
- Voor behandelingen bij de overige zorgverleners moet u zijn doorverwezen door een huisarts of bedrijfsarts.
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ. "

Met betrekking tot zorgverlening in een andere EU-lidstaat bepaalt artikel 18.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, voor zover in deze situatie van belang:

- "18.2.1 Voor medisch noodzakelijke zorg aan de verzekerde, die in Nederland, een ander EU/EER-land of verdragsland woont, en tijdelijk verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan het woonland, heeft deze naar keuze aanspraak op:
- zorg door een zorgverlener die door ons in dat land is gecontracteerd;
 - vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de Beter Af Polis tot maximaal:
 - wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bij-



drage die u verschuldigd bent;

- *het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag;*
- *wanneer en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag;*
- *wanneer van toepassing, zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag."*

- 7.3. De regeling in de artikelen 10 en 11 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering en artikel 18.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder. Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, tweede lid is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede wordt bepaald 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. Artikel 2.4 aanhef bepaalt dat geneeskundige zorg omvat zorg zoals onder andere klinisch-psychologen die plegen te bieden. Lid 1 onder d van dit artikel bepaalt dat de zorg ten hoogste acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg per jaar omvat. Onder e wordt bepaald dat de zorg die niet gepaard gaat met verblijf of die geen psychoanalytische behandeling is, ten hoogste vijftientig zittingen (...) omvat, met dien verstande dat de zorg meer zittingen psychotherapie kan omvatten indien die voor de verzekerde noodzakelijk zijn blijkens de normen die door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. In geschil is of de door verzoeker in België ondergane behandelingen van depressie door middel van psycho-neuro-immunologie (PNI) en (Ortho)moleculaire therapie voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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 psycho-neuro-immunologie (PNI) en (Ortho)moleculaire therapie is ten behoeve van een update van bestaande richtlijnen voor de (be)handelende praktijk door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, het eBO uitgevoerd in 2008, in samenwerking met het Nederlands huisartsengenootschap (NHG), ZonMw, het Trimbos-instituut en het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEW), uitgevoerd. Deze richtlijn is te vinden op de website van het eBO en wordt geacht van algemene bekendheid te zijn. Op grond van dit document, dat voldoet aan het rapport "Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk" van het evz (publicatienummer 254, 5 november 2007) komt het evz in zijn advies van 6 april 2009 tot de conclusie dat de onderhavige behandelingen niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Die conclusie neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- 7.10. Nu door de (medisch adviseur van de) ziektekostenverzekeraar de afwijzing is gebaseerd op dezelfde richtlijn, en deze richtlijnen, zoals in het hiervoor overwogene reeds is vastgesteld, zijn gebaseerd op 'evidence based medicine' en hebben te gelden als leidraad voor medisch handelen, kan niet worden gezegd dat de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzing onvoldoende heeft gemotiveerd.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.11. De aanspraak op (vergoeding van) de onderhavige zorg in het buitenland is geregeld in artikelen 6 en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Omdat het hier de vergoeding van de eigen bijdrage betreft van zorg die op grond van de zorgverzekering wordt vergoed, en daarvan gezien het onder 7.6 tot en met 7.10 overwogene geen sprake is, behoeft dit geen verdere bespreking.

De werking van het privaatrecht

- 7.12. Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat hem bij e-mail van 3 september 2007 een toezegging is gedaan, overweegt de commissie als volgt.
- 7.13. Uit de e-mail van 3 september 2007 blijkt dat verzoeker inlichtingen heeft ontvangen omtrent de kosten van psychotherapie en psychiater in het buitenland ten laste van de AWBZ. Nu de commissie haar bevoegdheid ontleent aan de zorgverzekering kan zij geen uitspraak doen over de omvang van het verzekerde pakket van de AWBZ, dan wel de juistheid van die inlichting.
- 7.14. Voor zover verzoeker klaagt dat hem eerst bij brief van 5 maart 2008 bekend had kunnen zijn dat de onderhavige behandelingen niet meer zouden worden vergoed, oordeelt de commissie als volgt.
Vanaf 1 januari 2008 wordt de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg vanuit de zorgverzekering vergoed. Pas bij het indienen van de rekeningen over 2008 heeft de zorgverzekeraar kennis kunnen nemen van de declaratie en de zorgvorm van verzoeker. De vergoedingen vanuit de AWBZ liepen immers via de zorgkantoren. Aangezien de zorgverzekeraar, teneinde verzoeker tegemoet te komen, de rekeningen tot 1 maart 2008 coulancehalve heeft voldaan en de eerste daaropvolgende nota na 5 maart 2008 is gedateerd, ziet de commissie geen aanleiding de met die nota verband houdende kosten voor vergoeding in aanmerking te laten komen.
- 7.15. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 mei 2009,



Voorzitter