

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D  
Zaak : EU-EER, declaraties, UV-lichttherapie, toegekende DBC, uroloog, internist, laboratoriumonderzoek, behandeling en onderzoek door huisarts, zorg zoals huisartsen plegen te bieden  
Zaaknummer : 2011.01784  
Zittingsdatum : 13 juni 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. H.P.Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulenmester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010 en 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010 en 2011, art. 17 en 18 Vo 883/2004)

---

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwesties was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgZó (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw).

Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 4 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten verzekering TandVerzorgd 3 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van diverse zorgkosten die zij in Duitsland heeft gemaakt, te weten de kosten van UV-lichttherapie, behandeling door een uroloog en een internist, laboratoriumonderzoek, en behandeling en onderzoek door een huisarts (hierna: de aanspraak). Bij diverse brieven, van verschillende data, heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak (deels) is afgewezen dan wel coulancehalve wordt vergoed.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brief van 31 maart 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissingen 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 25 oktober 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverze-

kering 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 2 februari 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 februari 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 14 februari 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 9 februari 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 27 april 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012019520) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. De UVa-therapie voldoet bij de indicatie dyshidrotische dermatitis alleen aan de stand van de wetenschap en praktijk bij ernstige vormen van dermatitis en als andere therapie geen resultaat heeft. Bovendien blijkt uit het dossier niet welke vorm van UV-therapie is gegeven. Als er een verwijzing is van de huisarts naar een uroloog is verzoekster aangewezen op diagnostisch onderzoek als daarvoor een indicatie bestaat. Uit het dossier blijkt echter niet of een behandeling zal volgen. Daarom kan hiervoor nog geen DBC worden vastgesteld. De door de gastro-enteroloog geleverde zorg kan zijn aangewezen bij de juiste indicatie. In het dossier is evenwel geen verwijzing naar deze specialist aanwezig. Een huisarts kan onderzoek van de ontlasting aanvragen. Bij de juiste indicatie is dit zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In de onderhavige casus is niet te beoordelen of er een indicatie was voor het uitgevoerde onderzoek. Huisartsen kunnen, als zij daartoe bekwaam zijn, zelf een echo maken en deze interpreteren. Ziektekostenverzekeraars kunnen hiervoor een tarief afspreken met de zorgverleners. In de onderhavige situatie is hiervan geen sprake. Een afschrift van het CVZ-advies is op 2 mei 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 juni 2012 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Verzoekster heeft de commissie op 14 juni 2012 aanvullende stukken gezonden, omdat zij deze vergeten was over te leggen tijdens de zitting. Een afschrift van deze stukken is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 juni 2012 medegedeeld dat voornoemde stukken geen nieuwe informatie bevatten.
- 3.11. Bij brief van 4 juli 2012 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en de na de hoorzitting verzonden en ontvangen correspondentie gezonden met het verzoek mede te delen of voornoemde stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 16 juli 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden be-

schouwd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De door de ziektekostenverzekeraar verstrekte uitkeringsspecificaties zijn onvoldoende duidelijk. Uit de zeer summiere omschrijvingen blijkt namelijk niet waarom verzoekster bepaalde kosten niet of slechts gedeeltelijk krijgt vergoed. Ook als verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar navraagt wat de reden van (gedeeltelijke) afwijzing is, wordt deze niet altijd duidelijk gecommuniceerd.
- 4.2. Verzoekster is vanwege voetczeem onder behandeling bij een dermatoloog. Deze heeft UV-lichttherapie voorgeschreven als behandeling. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht kenbaar te maken of zowel de kosten van de consulten bij de dermatoloog als de UV-lichttherapie worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft haar medegedeeld dat de kosten conform het Nederlandse tarief worden vergoed en dat zij de betreffende nota's ter declaratie kan indienen. Het is verzoekster echter niet duidelijk of ook de kosten van de UV-lichttherapie worden vergoed.
- 4.3. De nota van de uroloog heeft verzoekster uiteindelijk uit coulance vergoed gekregen. Verzoekster is evenwel van mening dat deze kosten op grond van de zorgverzekering hadden moeten worden vergoed. Zij heeft de ziektekostenverzekeraar alle, door deze opgevraagde informatie gestuurd en daarnaast een telefonische toelichting gegeven. De door haar ter declaratie ingediende nota's worden al enige jaren – conform een mondelinge afspraak, die op een later tijdstip per email is bevestigd – op deze manier behandeld en vergoed. De aanspraak op grond van de zorgverzekering is voor haar van belang in verband met toekomstige nota's van de uroloog. Verzoekster is onder behandeling van de uroloog vanwege (pijn)klachten die worden veroorzaakt door een niersteen. De feitelijke behandeling hiervan kan echter nog niet worden gestart, omdat zij borstvoeding geeft. In tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar stelt, kan een DBC worden geopend als alleen consulten en onderzoeken plaatsvinden. Dit blijkt ook uit de informatie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar vraagt steeds om behandelverslagen om de aanspraak op vergoeding te kunnen vaststellen. In Duitsland is het echter niet gebruikelijk om dergelijke verslagen te verstrekken ten behoeve van de verzekering. Bovendien worden voor deze verslagen kosten in rekening gebracht. De ziektekostenverzekeraar wilde deze kosten in eerste instantie niet vergoeden. Uiteindelijk is door hem besloten de betreffende kosten wel te vergoeden, maar ten laste van de maximale vergoeding (ten bedrage van de geldende DBC) die voor de behandeling wordt toegekend. Hierdoor blijft er minder over voor de vergoeding van de behandeling zelf.
- 4.5. Volgens de ziektekostenverzekeraar is het in Nederland niet gebruikelijk dat de kosten van een echo, die door een huisarts wordt gemaakt, apart in rekening worden gebracht. In sommige gevallen wordt hierover een afspraak gemaakt tussen de huisarts en de ziektekostenverzekeraar. Dit laatste is in het onderhavige geval echter niet mogelijk, omdat verzoekster in Duitsland woonachtig is. Het is de ziektekostenverzekeraar al jaren bekend dat huisartsen in Duitsland echografieën uitvoeren. Verzoekster heeft in de afgelopen jaren meermaals de kosten van een dergelijke echo bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend en vergoed gekregen.

- 4.6. Verzoekster heeft een nota ter declaratie ingediend betreffende een laboratoriumonderzoek dat is verricht door de huisarts. In 2006 heeft zij een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, omdat een vergelijkbare nota niet werd vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij beslissing van 17 mei 2006 besloten de nota alsnog te vergoeden tot 100 percent van de geldende DBC voor microbiologie. Verzoekster is het niet eens met de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de zorgverlener ook alternatief arts is en het daarom niet duidelijk is of het door hem uitgevoerde laboratoriumonderzoek is aan te merken als 'gebruikelijke' en doelmatige zorg. Als verzoekster de huisarts had geconsulteerd in diens hoedanigheid van homeopaat, zou dit op de nota als zodanig zijn omschreven. Bovendien zouden de kosten dan aanzienlijk hoger zijn dan die van de reguliere consulten/onderzoeken/behandelingen.
- 4.7. Op 28 februari en 5 april 2011 heeft verzoekster nota's voor laboratoriumonderzoek van haar ontlasting ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Hierop heeft zij, ondanks dat zij hierom meerdere malen heeft verzocht, geen reactie mogen ontvangen.
- 4.8. Op 16 februari 2011 heeft verzoekster de nota van de internist ten bedrage van € 172,40 ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar weigert deze nota te vergoeden, omdat onduidelijk zou zijn of verzoekster wel was aangewezen op het onderzoek door de internist. Verzoekster is echter vanwege haar klachten en het aanvullend bloedonderzoek door de huisarts naar deze medisch-specialist doorverwezen. De internist heeft vervolgens besloten nader onderzoek te verrichten. Verzoekster heeft het behandelverslag van de internist doorgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar, maar deze heeft zijn afwijzende beslissing gehandhaafd.
- 4.9. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 5 februari 2011 verzocht om twee vervolg-DBC's, één voor behandeling door een gynaecoloog en één voor de internist. Voor de behandeling door de gynaecoloog heeft de ziektekostenverzekeraar een vervolg-DBC toegekend. Voor de behandeling door de internist heeft verzoekster echter, ondanks dat zij hierom meermaals heeft verzocht, geen reactie ontvangen.
- 4.10. De ziektekostenverzekeraar probeert verzoekster bij herhaling te bewegen haar zorg in Nederland te betrekken of gebruik te gaan maken van de Duitse Krankenkasse. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar echter meermaals uitgelegd waarom dit over het algemeen voor haar geen optie is. Ook is zij niet van plan om van ziektekostenverzekeraar te wisselen.
- 4.11. De ziektekostenverzekeraar is nalatig ten aanzien van het tijdig afhandelen van nota's en bezwaren. Daarnaast is hij "voortdurend op zoek naar overwegend niet wettelijk onderbouwde gronden" om vergoeding van de gemaakte ziektekosten af te wijzen.
- 4.12. Verzoekster is bang naar de huisarts te gaan, omdat zij niet weet wat zij kan verwachten van de ziektekostenverzekeraar. Het is voor haar van wezenlijk belang dat zij tijdig de juiste zorg kan krijgen. De ziektekostenverzekeraar heeft niet het recht haar reguliere zorg te onthouden. Het lijkt ook niet in de geest van de Zvw en de polisvoorwaarden dat zij voor ieder regulier huisartsenbezoek met eventueel onderzoek en/of doorverwijzing naar een medisch specialist een aanvraag moet indienen. Hierbij

is de kans dat de ziektekostenverzekeraar moeilijk gaat doen, en verzoekster via klachtenprocedures haar recht moet halen, aanzienlijk.

- 4.13. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster meermaals voorgehouden dat zij een restitutiepolis heeft. Daarom kan pas na afloop van een behandeling of na 365 dagen (na aanvang van de behandeling) worden beoordeeld of de zorg voor vergoeding in aanmerking komt. Verzoekster moet dus alle rekeningen voorschieten – wat financieel niet wenselijk is – en daarna hopen dat de kosten worden vergoed. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar meermaals gevraagd waar voornoemde bepaling in de polisvoorwaarden is opgenomen, maar heeft hierop geen concreet antwoord gehad. Verzoekster heeft een restitutiepolis met werelddekking. Daarom heeft zij recht op een tijdige vergoeding en niet pas na 365 dagen.
- 4.14. Ter zitting heeft verzoekster een pleitnota overgelegd waarin zij haar standpunten heeft herhaald. Voorts heeft zij medegedeeld dat zij in Duitsland wel degelijk bij de Krankenkasse is aangesloten en dat dat uitvoeringsorgaan ook kosten van zorg vergoedt. Dit geldt evenwel niet voor de zorg die haar als particulier patiënt wordt berekend. Hierop heeft zij geen invloed omdat een arts maar een bepaald aantal sociaal verzekerden als patiënt mag hebben.
- 4.15. Tot slot benadrukt verzoekster dat de eis van de ziektekostenverzekeraar om aangesloten te zijn bij een Nederlandse beroepsvereniging voor Duitse zorgverleners in het licht van het Europese verdrag onaanvaardbaar is.
- 4.16. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoekster heeft zich vanwege haar werk in Nederland bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd. Zij woont in Duitsland en bezoekt voornamelijk Duitse medisch specialisten en heeft een Duitse huisarts die tevens alternatief arts is. Op grond van Vo 883/2004 zou zij zich kunnen aanmelden bij de Duitse Krankenkasse en gebruik kunnen maken van de Duitse gezondheidszorg volgens het Duitse stelsel. Om haar moverende redenen wenst zij geen gebruik te maken van deze mogelijkheid. Verzoekster heeft bewust gekozen voor een restitutiepolis met een aanvullende ziektekostenverzekering op grond waarvan zij aanspraak heeft op vergoeding van zorg volgens het Nederlandse zorgstelsel tot maximaal 200 percent van het Nederlandse Wmg-tarief of het Nederlandse marktconforme tarief.
- 5.2. Vanwege de keuze die verzoekster heeft gemaakt, worden de aanvragen die zij doet voor vergoeding van zorgkosten aangemerkt als waren het aanvragen voor vergoeding van kosten van zorg in het buitenland en worden deze beoordeeld volgens de daarvoor geldende verzekeringsvoorwaarden.
- 5.3. Verzoekster is sinds 1 januari 2006 verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Sindsdien heeft zij een reeks van klachten geuit op velerlei gebied. De ziektekostenverzekeraar meent dat een deel van deze klachten is te wijten aan de keuze van verzoekster voor een restitutiepolis en de consequenties die hieruit voortvloeien. Dat verzoekster deze consequenties als ongemakken ervaart is weliswaar begrijpelijk, maar de ziektekostenverzekeraar stelt - vanuit zijn verantwoordelijkheid gezien - geen onredelijke eisen aan verzoekster om haar aanvragen voor vergoeding te kunnen be-

oordelen. Dat verzoekster haar risico op zorgkosten, die niet worden vergoed, zoveel mogelijk wenst te beperken, is eveneens begrijpelijk. Het is de vraag of hetgeen verzoekster van de ziektekostenverzekeraar verlangt nog binnen de grenzen valt van wat redelijkerwijs van een ziektekostenverzekeraar mag worden verlangd. Hierbij wordt opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar tot op heden geen toepassing heeft gegeven aan de voorwaarde uit artikel E8.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering, dat voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar noodzakelijk is voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 5.4. De Duitse zorgaanbieders handelen niet volgens het Nederlandse zorgstelsel. De nota's van deze zorgaanbieders sluiten niet (zonder meer) aan op de organisatie en wijze waarop het Nederlandse zorgstelsel is gefinancierd. Dit heeft tot gevolg dat verzoekster de in geschil zijnde nota's zelf moet voorschieten. Nadat deze ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar zijn ingediend, dient deze te beoordelen of de nota's voor vergoeding in aanmerking komen. Een en ander neemt de nodige tijd in beslag. Het is niet altijd zonder meer duidelijk welke behandeling heeft plaatsgevonden, of deze behandeling doelmatig is, of aanspraak bestaat op vergoeding van deze behandeling, en welk tarief in dat geval van toepassing is. Verzoekster is meerdere keren erop gewezen dat bij de beoordeling van medisch specialistische zorg behandelverslagen noodzakelijk zijn.
- 5.5. Medisch specialistische zorg dient te voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze zorg wordt in Nederland gedeclareerd met behulp van zogenoemde DBC's (DiagnoseBehandelingCombinaties). Een DBC behelst de gehele behandeling van het begin tot het eind "die binnen maximaal 365 dagen plaatsvindt". Aangezien Duitse artsen niet met behulp van DBC's declareren, dient de ziektekostenverzekeraar vast te stellen of de ter declaratie ingediende nota's voor vergoeding in aanmerking komen en zo ja, onder welke DBC deze dienen te worden vergoed. Daarom moet de ziektekostenverzekeraar beschikken over een behandelverslag. Een nota van een Duitse arts bevat niet altijd voldoende informatie voor een dergelijke beoordeling. De ziektekostenverzekeraar vraagt in dat geval aanvullende informatie op bij verzoekster en tracht haar zoveel mogelijk tegemoet te komen door, als daartoe aanleiding lijkt te bestaan, een voorlopige DBC te bepalen.
- 5.6. Ten aanzien van de door verzoekster gevraagde UV-lichttherapie voert de ziektekostenverzekeraar aan dat hij over onvoldoende gegevens beschikt om te kunnen vaststellen wat de aard, inhoud en omvang van de behandeling is en welk doel hiermee wordt beoogd. Evenmin is vast te stellen of deze behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en of de behandeling voor verzoekster doelmatig is. De ziektekostenverzekeraar heeft coulant gehandeld door de kosten van zorg verleend door de dermatoloog van € 63,-- (behandeldatum 8 februari 2011) en € 59,65 (behandeldatum 16 augustus 2011) alvast op grond van DBC 1011000080011 te vergoeden. Vooralnog is dus niet te beoordelen of dit de juiste DBC is en welke overige kosten eventueel kunnen worden vergoed.
- 5.7. De kosten van de consulten bij de uroloog zijn coulantehalve vergoed, omdat het nog niet mogelijk was een (voorlopige) DBC vast te stellen. Het is niet duidelijk welke behandeling zal plaatsvinden en wanneer deze zal plaatsvinden.
- 5.8. Verzoekster lijdt aan chronische insufficiëntie van de schildklier. Hiervoor is een DBC vastgesteld, te weten 13210002111101 "vervolg//hypothyreoïde" met een looptijd tot

maart 2011. Verzoekster heeft op 30 mei 2011 verzocht om een vervolg-DBC. De ziektekostenverzekeraar heeft echter nog geen (vervolg)nota's ontvangen, zodat het belang hieraan ontbreekt en er nog geen vervolg-DBC kan worden vastgesteld.

- 5.9. Daarnaast heeft verzoekster leverproblemen. Desgevraagd heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar een behandelverslag gezonden. Op 30 juni 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster bericht dat voornoemd behandelverslag onvoldoende informatie bevat om een DBC te kunnen bepalen. Tot op heden zijn geen nadere nota's of een nader behandelverslag ontvangen.
- 5.10. Huisartsconsulten worden vergoed op grond van artikel B18 van de zorgverzekering, mits het reguliere huisartsenzorg betreft. In het kader van reguliere huisartsenzorg wordt een door de huisarts aangevraagd laboratoriumonderzoek vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft twee nota's van respectievelijk 22 februari en 1 april 2011 van elk € 254,38 ontvangen voor ontlastingsonderzoek door Labor Nord-West op verzoek van de huisarts. Beide nota's zijn op 10 mei 2011 ter tarifiering voorgelegd aan de Duitse Krankenkasse, omdat voor laboratoriumonderzoek geen wettelijk tarief is vastgesteld. Verzoekster is bij brief van 18 mei 2011 hiervan op de hoogte gesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft tot op heden geen reactie ontvangen van de Duitse Krankenkasse.
- 5.11. Echo-onderzoek door een huisarts is aan te merken als "medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundige domein". De hiermee gemoeide kosten worden vergoed indien de ziektekostenverzekeraar een overeenkomst hiertoe heeft gesloten met de betreffende huisarts. Dit komt overeen met hetgeen is bepaald in de tariefbeschikking. De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel geen overeenkomst gesloten met de – Duitse – huisarts van verzoekster.
- 5.12. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts geen afspraken gemaakt met of toezeggingen gedaan aan verzoekster over vergoeding van de kosten van huisartsenzorg of andere zorgkosten in de toekomst, eventueel afwijkend van de verzekeringsvoorwaarden. De brief van 17 mei 2006, waarop verzoekster zich beroept, heeft uitsluitend betrekking op de vergoeding van een ingediende nota.
- 5.13. Het registratiesysteem voor ter declaratie ingediende nota's en de afgewezen dan wel toegekende vergoedingen kent slechts een beperkt aantal standaardzinnen die op de uitkeringsspecificaties kunnen worden vermeld bij een gehele of gedeeltelijke afwijzing van zorgkosten. Gezien de situatie en informatiebehoefte van verzoekster volstaan deze standaardzinnen niet. Daarom informeert de ziektekostenverzekeraar verzoekster desgevraagd meer specifiek.
- 5.14. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar puntsgewijs op de pleitnota van verzoekster gereageerd. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de aanvullende ziektekostenverzekering een consumentenproduct is en dat het hem vrij staat daaraan nadere invulling te geven.
- 5.15. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie



6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van UV-lichttherapie, behandeling door een uroloog, behandeling door een internist, laboratoriumonderzoek, en behandeling en onderzoek door de huisarts, 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 e.v. van de zorgverzekering. Artikel B18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op huisartsenzorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

*“U heeft recht op vergoeding van kosten van:*

- huisartsenzorg, behalve de griepvrij (tenzij daar een medische reden voor is),*
  - door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek,*
  - medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundige domein, waarover [naam ziektekostenverzekeraar] en de huisarts afspraken hebben gemaakt.*
- (...)”*

8.3. In artikel B24 van de zorgverzekering is de aanspraak op medisch specialistische zorg opgenomen, en deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

*“U heeft recht op vergoeding van kosten van:*

- onderzoek en diagnostiek,*
  - behandeling,*
  - materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*
  - laboratoriumonderzoek.*
- (...)”*

8.4. In artikel B4 van de zorgverzekering is bepaald dat de inhoud en omvang van de aanspraak op zorg wordt bepaald door wat zorgaanbieders ‘plegen te bieden’ en de stand van de wetenschap en praktijk.

8.5. In artikel B5 van de zorgverzekering is bepaald dat de verzekerde redelijkerwijs aangewezen moet zijn op de zorg. Daarnaast moet de zorg doelmatig zijn.

8.6. Artikel B2 bepaalt dat de onderhavige zorgverzekering een restitutiepolis is, die recht geeft op vergoeding van zorg en zorgbemiddeling. Vergoed wordt wat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten.

Artikel B3 bepaalt ten aanzien van de keuzevrijheid dat het voor de vergoeding niet uitmaakt of gebruik wordt gemaakt van zorg van een gecontracteerde zorgverlener

dan wel een niet-gecontracteerde zorgverlener. De enige uitzonderingen hierop zijn de geestelijke gezondheidszorg en de hulpmiddelen.

- 8.7. In artikel B9 van de zorgverzekering is de aanspraak opgenomen op zorg in het buitenland, en deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

*“Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-Verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing. Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden.*

*Welke zorg*

*U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg van een buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in de geestelijke gezondheidszorg. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:*

*-- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of*

*(...)*

*-- recht op vergoeding van kosten van zorg tot maximaal het geldende Wmg-tarief als de zorg in Nederland zou zijn verleend, of tot een in Nederland geldend marktconform bedrag.*

*(...)”*

- 8.8. De artikelen B2, B3, B4, B5, B9, B18 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.9. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.  
Geneeskundige zorg, waaronder huisartsenzorg en medisch specialistische zorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.  
Artikel 2.1 lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 8.10. 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.
- 8.11. Artikel 17 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

*“Een verzekerde en zijn gezinsleden die in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat wonen, hebben in de lidstaat van hun woonplaats recht op verstrekkingen die voor rekening van*

*het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de woonplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof zij krachtens die wetgeving verzekerd waren.”*

- 8.12. Artikel 18 lid 1 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

*“Tenzij anders is bepaald in lid 2, kunnen de in artikel 17 bedoelde verzekerden en hun gezinsleden de verstrekkingen eveneens tijdens een verblijf in de bevoegde lidstaat verkrijgen. De verstrekkingen worden verleend door en voor rekening van het bevoegde orgaan, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkene in die lidstaat woonde. (...)”*

- 8.13. In artikel E8.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op een aanvulling op de vergoeding uit de zorgverzekering voor niet-spoedeisende zorg, en dit artikel luidt:

*“E8.2 Niet-spoedeisende zorg en geneesmiddelen*

*U krijgt een aanvulling op de vergoeding uit de Basisverzekering tot een maximum 100% van het Nederlandse tarief.*

*U heeft recht op deze vergoeding als:*

- *u een deel van de kosten vergoed krijgt uit de Basisverzekering,*
- *[naam ziektekostenverzekeraar] u voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft gegeven, en*
- *de kosten zouden zijn vergoed als deze in Nederland zouden zijn gemaakt.”*

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Verzoekster woont in Duitsland en werkt in Nederland. Zij is op grond van artikel 1 onder f van Vo 883/2004 te beschouwen als grensarbeider. Vanwege het werklandbeginsel van artikel 11 lid 3 van genoemde verordening is zij in Nederland verzekeringsplichtig. Nederland (in casu de ziektekostenverzekeraar) is daarmee de bevoegde staat met betrekking tot de financiering van die zorg. Verzoekster kan echter op grond van de artikelen 17 en 18 van de verordening kiezen of zij gebruik wil maken van de zorg in Nederland volgens het Nederlandse wettelijke stelsel, dan wel in Duitsland volgens het Duitse wettelijke stelsel. In die laatste situatie dient zij zich met een van de Nederlandse ziektekostenverzekeraar verkregen S1-formulier te melden bij de Krankenkasse, hetgeen verzoekster ook heeft gedaan.
- 9.2. De mogelijkheid om in beide landen zorg te genieten conform het ter plaatste geldende wettelijke stelsel, biedt echter geen garantie voor volledige kostendekking van de ontvangen zorg. De verordening regelt slechts dat één van de beide relevante wetgevingen van toepassing is in grensoverschrijdende situaties, maar niet dat er altijd een regeling is waar betrokkene zich op kan beroepen. Doel van de verordening is immers uitsluitend coördinatie, en niet harmonisatie van sociale verzekeringsstelsels. Op grond van artikel 168 lid 7 VWEU zijn de lidstaten zelf verantwoordelijk voor de invulling van hun gezondheidsbeleid alsmede de organisatie en verstrekking van gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging.
- 9.3. Indien verzoekster om haar moverende redenen de nota's voor zorg die zij in Duitsland heeft genoten niet bij de Krankenkasse wil declareren, hetgeen expliciet tot de mogelijkheid behoort, kan de ziektekostenverzekeraar derhalve niet worden gehouden die nota's overeenkomstig de Duitse wettelijke regeling te vergoeden, voor zover

deze nota's niet ook op grond van de Nederlandse Zorgverzekeringswet en de daarop gebaseerde bepalingen van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Dit betekent dat de door verzoekster ingediende nota's van Duitse zorgaanbieders aan de voorwaarden van de zorgverzekering dienen te worden getoetst, alvorens tot vergoeding daarvan kan worden overgaan.

- 9.4. Verzoekster heeft voorts gekozen voor een zorgverzekering op basis van restitutie. Het wezenskenmerk van een restitutiepolis is dat in beginsel de kosten van zorg door de verzekerde dienen te worden voorgesloten en dat de betreffende nota's achteraf kunnen worden gedeclareerd. Dit kenmerk is verwoord in artikel B2 van de voorwaarden van de zorgverzekering, volgens welk artikel verzoekster recht heeft op vergoeding van kosten van zorg en zorgbemiddeling. Anders dan verzoekster stelt, maakt een eventueel voorafgaand toestemmingsvereiste dat niet anders. Dit vereiste ziet slechts op de vraag of de zorg onder de dekking van de verzekering valt. Het maakt evenwel het karakter van de verzekering niet anders.
- 9.5. De vraag naar de hoogte van de vergoeding staat hier los van. Deze kan bij een behandeltraject waar wordt gewerkt met voorlopige diagnoses pas na afloop van het behandeltraject definitief worden vastgesteld.
- 9.6. Waar het gaat om de vergoeding van medisch specialistische zorg, worden in Nederland behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenaamde Diagnose Behandelcombinatie (DBC). Deze regeling is op 1 januari 2005 ingevoerd door de overheid. Een DBC omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorging, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling plaatsgevonden paramedische zorg en geneesmiddelen. Een DBC heeft een maximale looptijd van één jaar. Indien sprake is van een gedurende meerdere jaren doorlopende behandeling wordt steeds aansluitend een vervolg DBC voor maximaal één jaar geopend. Een (vervolg) DBC wordt pas nadat deze is afgesloten gedeclareerd.  
Dat de Duitse artsen – anders dan in het Nederlandse systeem is geregeld – na ieder consult dan wel onderzoek kosten in rekening brengen, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.  
Ook eventuele kosten die de Duitse zorgverleners voor behandelverslagen in rekening brengen, vallen onder de respectieve DBC's. De ziektekostenverzekeraar is derhalve niet gehouden de kosten van een dergelijk verslag bovenop de vergoeding die volgt uit de DBC toe te kennen.
- 9.7. De ziektekostenverzekeraar mag voorts krachtens de zorgverzekering niet meer of minder vergoeden dan hem op grond van de onderliggende wet- en regelgeving is toegestaan. Op de ziektekostenverzekeraar rust derhalve de plicht te toetsen of de behandelingen waarvoor een nota wordt ingediend voldoen aan de voorwaarden van de zorgverzekering. De vragen die zich hierbij voordoen zijn, of de betreffende behandeling behoort tot het arsenaal van zorg die de betreffende zorgverlener pleegt te bieden, of de zorg bij de gestelde diagnose voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en of betrokkene beschikt over een (verzekerings)indicatie. Hiertoe dient de ziektekostenverzekeraar te beschikken over voldoende gegevens. Bij ontstentenis daarvan kan een aanvraag tot vergoeding niet worden gehonoreerd.

## **UV-lichttherapie**

- 9.8. Het CVZ komt in zijn advies van 27 april 2012 tot de conclusie dat een behandeling met UVa-therapie alleen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk bij ernstige vormen van dermatitis en als andere therapie geen resultaat heeft. Aangezien uit de door verzoekster overgelegde informatie van haar behandelend arts niet kan worden vastgesteld welk soort UV-therapie bij haar is toegepast, geen duidelijkheid bestaat over de indicatie, en gegevens over andere door haar gevolgde therapieën voor dit probleem ontbreken, is de ziektekostenverzekeraar niet gehouden tot vergoeding van de nota('s) voor deze zorg over te gaan.

### **Uroloog**

- 9.9. Op de nota van de uroloog van 18 november 2011 is als diagnose vermeld: micro-hematurie, chronische blaas- respectievelijk urinewegontsteking en niersteen. Het CVZ heeft in eerder genoemd advies van 27 april 2012 geconcludeerd dat het diagnostisch onderzoek door de uroloog past bij de aangegeven klachten. Het is echter niet duidelijk of een behandeling zal volgen. Daarom kan nog geen DBC worden vastgesteld. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Aangezien op grond van de huidige informatie nog geen DBC kan worden vastgesteld, en de onderhavige zorg gebruikelijk door middel van een DBC wordt gedeclareerd en vergoed, heeft de ziektekostenverzekeraar de vergoeding van de kosten vooralsnog terecht afgewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft intussen besloten de kosten – in afwachting van nadere informatie die nodig is voor het vaststellen van de DBC – alvast uit coulance te vergoeden. De commissie zal in deze beslissing niet treden.

### **Gastro-enteroloog**

- 9.10. Verzoekster heeft een nota ten bedrage van € 172,40 ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar in verband met een leveronderzoek dat door de gastro-enteroloog is aangevraagd. Het CVZ heeft in zijn advies van 27 april 2012 geconcludeerd dat een reële verdenking op leverfibrose een indicatie kan zijn voor het uitgevoerde onderzoek. In het dossier is evenwel geen verwijzing van de huisarts naar deze medisch specialist aanwezig, hoewel dit op grond van de verzekeringsvoorwaarden is vereist. Nu niet is gebleken dat verzoekster door de huisarts is verwezen naar de gastro-enteroloog, is de commissie van oordeel dat niet is komen vast te staan dat verzoekster was aangewezen op deze zorg.

### **Vervolg-DBC internist**

- 9.11. Met betrekking tot de door verzoekster gevorderde en door de ziektekostenverzekeraar afgewezen vervolg DBC inzake de behandeling van de internist, heeft het CVZ in zijn advies van 27 april 2012 geconcludeerd dat het terecht is dat geen vervolg-DBC wordt vergoed door de ziektekostenverzekeraar aangezien nog geen vervolgnota's zijn ingediend. De commissie neemt deze conclusie van het CVZ over en maakt deze tot de hare.

### **Behandeling en onderzoek door of vanwege de huisarts**

- 9.12. Verzoekster heeft twee nota's van respectievelijk 22 februari en 1 april 2011 van elk € 254,38 voor, op verzoek van de huisarts, door Labor Nord-West verrichte ontlastingsonderzoek ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Het CVZ

heeft in zijn advies van 27 april 2012 geconcludeerd dat dit onderzoek bij de juiste indicatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Op basis van de in het dossier aanwezige informatie van haar behandelend arts is echter niet te beoordelen of in het geval van verzoekster sprake is van een indicatie voor het onderhavige onderzoek, zodat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden is tot vergoeding van de nota('s) voor deze zorg over te gaan.

Het door de ziektekostenverzekeraar ingediende tarifieringverzoek bij de Krankenkasse komt de commissie onbegrijpelijk voor, nu verzoekster de ziektekostenverzekeraar heeft verzocht de nota('s) op grond van de zorgverzekering te vergoeden. Indien verzoekster gebruik had willen maken van haar aanspraken op grond van de Duitse wetgeving, had zij de nota('s) rechtstreeks bij de Krankenkasse kunnen indienen.

- 9.13. Verzoekster stelt voorts dat een nota betreffende een laboratoriumonderzoek dat is verricht door de huisarts zelf, niet door de ziektekostenverzekeraar is vergoed omdat de zorgverlener tevens alternatief arts is. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat niet duidelijk is of het door de huisarts uitgevoerde laboratoriumonderzoek is aan te merken als gebruikelijke (huisartsen)zorg en of het onderzoek doelmatig is. Op basis van de in het dossier aanwezige informatie van haar behandelend arts is niet te beoordelen of sprake is van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, zodat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden is tot vergoeding van de nota voor deze zorg over te gaan. Het is aan verzoekster er zorg voor te dragen dat de nota's die zij ter declaratie indient zodanig zijn ingericht dat de ziektekostenverzekeraar aan de hand hiervan kan vaststellen of de nota's voldoen aan de polisvoorwaarden en hij tot vergoeding is gehouden. Aldus is bepaald in artikel A16 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.
- Dat de ziektekostenverzekeraar mogelijk een vergelijkbare nota in 2006 volledig heeft vergoed nadat verzoekster hierover een klacht had ingediend doet aan het voorgaande niet af.

- 9.14. Ten aanzien van de door de huisarts gemaakte echo overweegt de commissie als volgt. Het CVZ heeft in zijn advies van 27 april 2012 medegedeeld dat huisartsen, indien zij daartoe bekwaam zijn, zelf een echo kunnen uitvoeren en interpreteren. De commissie deelt dit standpunt.
- Ziektekostenverzekeraars kunnen, in de Nederlandse situatie, daarvoor een tarief afspreken met de betrokken huisarts. De ziektekostenverzekeraar heeft hierover echter geen afspraak gemaakt met de huisarts van verzoekster. Gelet op artikel B3 van de zorgverzekering kan de ziektekostenverzekeraar zich niet op het ontbreken van een zodanige afspraak beroepen. Uit de betreffende bepaling volgt immers dat verzekerden zich ook kunnen wenden tot een niet-gecontracteerde zorgverlener, in casu de huisarts, zonder dat dit consequenties heeft voor de hoogte van de vergoeding. In Bijlage 3 bij de tariefbeschikking 'tarievenlijst huisartsenzorg' is bepaald dat een abdominale echografie door de huisarts mag worden uitgevoerd en gedeclareerd bij bepaalde – in deze bijlage genoemde – indicaties. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door de huisarts gemaakte echo's te vergoeden – mits sprake is van een indicatie als bedoeld in voornoemde bijlage – op basis van het daarvoor geldende Nederlandse tarief dan wel het door de ziektekostenverzekeraar met Nederlandse huisartsen overeengekomen tarief.

### **Nota's en uitkeringsspecificaties**

- 9.15. Verzoekster stelt dat zij een afspraak heeft met de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van de door haar ter declaratie in te dienen nota's. Deze afspraak zou tot het jaar 2005 door de ziektekostenverzekeraar goed zijn nagekomen. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar erkend dat een gesprek heeft plaatsgevonden met de echtgenoot van verzoekster. Dit gesprek heeft echter plaatsgevonden vóór de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet en vóór het van toepassing worden van de DBC-systematiek. Reeds daarom kan een beroep op de destijds gemaakte afspraak – waarvan de inhoud overigens niet vaststaat – niet slagen.
- 9.16. De stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar “voortdurend op zoek is naar overwegend niet wettelijk onderbouwde gronden” om een vergoeding van ziektekosten af te wijzen heeft onvoldoende feitelijke grondslag en faalt derhalve.
- 9.17. Ten aanzien van de klacht van verzoekster over de inrichting van de uitkeringsspecificaties heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het registratiesysteem voor ter declaratie ingediende nota's slechts een beperkt aantal standaardzinnen kent die op de uitkeringsspecificaties kunnen worden vermeld bij een geheel of gedeeltelijke afwijzing van zorgkosten. In de situatie van verzoekster volstaan deze standaardzinnen echter niet.
- De commissie is van oordeel dat de vermelding van de zorgvorm met de datum waarop deze zorg is verleend, normaal gesproken voor de verzekerde voldoende zou moeten zijn om te controleren om welke nota en welke zorg het gaat. Dit klemt te meer nu indertijd ter zake van de no-claimteruggave door het College Bescherming Persoonsgegevens is geoordeeld dat een registratie die verder gaat dan een vermelding van de zorgvorm strijdig is met de vigerende privacywetgeving. Van de ziektekostenverzekeraar kan dit dan ook niet worden verlangd. Dat dit anders is bij de beoordeling van een aanvraag dan wel een nota heeft te maken met het feit dat bepaalde medewerkers onder de vorengenoemde wetgeving bevoegdheden hebben die betreffende informatie, al dan niet in geanonimiseerde vorm, wél te mogen inzien. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar aangeboden verzoekster desgevraagd telefonisch aanvullende informatie te verstrekken.

### **Onthouden van zorg**

- 9.18. Niet is komen vast te staan dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster reguliere zorg onthoudt. Dat eerder genoemde problemen zich voordoen bij het vergoeden van de kosten van zorg doet hieraan niet toe of af. Dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster heeft medegedeeld dat zij, als zij zekerheid wil hebben of bepaalde zorg wordt vergoed, voorafgaand een aanvraag kan indienen, maakt dit niet anders.

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.19. In artikel E8.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op niet-spoedeisende zorg en geneesmiddelen opgenomen. Deze aanspraak betreft een aanvulling op de vergoeding uit de zorgverzekering tot een maximum van 100 procent van het Nederlandse tarief. Gelet hetgeen onder 9.14 is overwogen, heeft verzoekster – voor zover het in 9.14 bedoelde tarief de kosten van de echo's niet volledig dekt – op grond van artikel E8.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op een aanvulling op het in 9.14 bedoelde tarief ter hoogte van maximaal 100 procent van het in 9.14 bedoelde tarief.

## **Conclusie**

- 9.20. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, voor zover het de echo's door de huisarts betreft. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 9.21. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
- 10. Het bindend advies
  - 10.1. De commissie wijst het verzoek deels toe, zoals bepaald in overweging 9.20.
  - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 15 augustus 2012,

Voorzitter