

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door G te H tegen C te D vertegenwoordigd door E te F  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, endocrinologie en integratieve geneeskunde, stand wetenschap en praktijk, plegen te bieden  
Zaaknummer : 2010.02735  
Zittingsdatum : 14 september 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

---

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door G te H

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door E te F

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Luxe (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Basis Tand afgesloten. De verzekering Basis Tand is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, uitgevoerd te Antwerpen (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 juli 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 1 en 25 oktober 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 3 mei 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 juli 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 juli 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 10 augustus 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 20 juli 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 augustus 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011076765) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen vanwege het ontbreken van een geldige verwijzing. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 september 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 16 september 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 21 september 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

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

- 4.1. Verzoekster stelt dat zij endocrinologische zorg heeft genoten, hetgeen klassieke geneeskundige zorg is die conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Een en ander is bevestigd door een endocrinoloog. Overigens zijn de kosten van de zorg die deze endocrinoloog heeft verleend, wel door de ziektekostenverzekeraar vergoed. De behandelend arts in België is een huisarts, en deze is aldaar bevoegd endocrinologische zorg te verlenen, zodat het gaat om zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.
- 4.2. Indien de zorg niet onder de zorgverzekering wordt vergoed, dient deze ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering te komen als zijnde alternatieve geneeskunde. De bepaling dat de behandelend arts dient te zijn aangesloten bij een Nederlandse beroepsvereniging is in strijd met het vrije verkeer van diensten.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat door de huisarts in Nederland een onjuiste diagnose is gesteld. Verzoekster zou in de overgang terecht zijn gekomen, en de huisarts wilde hiervoor antidepressiva voorschrijven. Omdat verzoekster het hiermee niet eens was, heeft zij de arts in België bezocht. Deze arts heeft de hormonale waarden bekeken en geconstateerd dat de schildklier niet meer werkte. Met deze resultaten is verzoekster naar de eigen huisarts gegaan. De huisarts was van mening dat zij geen onjuiste diagnose had gesteld, maar heeft toch verwezen naar de endocrinoloog. Deze kwam tot de conclusie dat de hypofyse van ver-

zoekster niet meer werkt. Verzoekster merkt verder op dat de arts in België interne geneeskunde verleent. Deze arts is daarom niet te vergelijken met een Nederlandse huisarts.

4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

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

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de behandelend arts van verzoekster zich bezighoudt met integratieve geneeskunde, hetgeen geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk. Ook gaat het niet om zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

5.2. Verzoekster heeft geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de door haar genoten zorg ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, omdat hierin het vereiste is gesteld dat de behandelend arts moet zijn aangesloten bij een van de in de voorwaarden genoemde beroepsverenigingen. Omdat de aanvullende ziektekostenverzekering een overeenkomst is waarvoor geen acceptatieplicht geldt, is het vereiste dat de behandelend arts dient te zijn aangesloten bij een Nederlandse beroepsvereniging niet in strijd met het vrije verkeer van diensten.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij is gebonden aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Men moet redelijkerwijs op de zorg zijn aangewezen, het moet gaan om doelmatige zorg en het moet gaan om zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. In de situatie van verzoekster gaat het niet om zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

5.4. 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

#### 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

#### 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 tot en met 36 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 12 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op huisartsenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

**“Omschrijving:**

1. geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met inbegrip van [het] daarbij behorende laboratoriumonderzoek. Hieronder wordt ook verstaan gezondheidsadvisering;
2. medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundig domein, waarover [de ziektekostenverzekeraar] en de huisarts afspraken hebben gemaakt.”

- 8.4. Artikel 14 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op medisch-specialistische zorg en luidt, voor zover hier van belang:

**“Omschrijving:**

geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek.”

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

**“9.1. Verzekerde woonachtig in Nederland**

De verzekerde die in Nederland woont, (...), heeft naar keuze aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is;
- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door [de ziektekostenverzekeraar] is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 11.4 van deze verzekeringsvoorwaarden;
- vergoeding van de kosten van onvoorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar Nederland, van een niet door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmgtarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.”

- 8.6. Artikel 2.3 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

“(…) De inhoud en omvang van de vormen van zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.”

- 8.7. De artikelen 2.3, 9, 12 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.4 lid 1 Bzv bepaalt dat geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden.

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 dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.9. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.10. Artikel 2 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*“Alternatieve zorg*

*Onder alternatieve zorg wordt verstaan: consulten en/of behandelingen door een therapeut of een arts die lid is van één van de in de bijlage genoemde verenigingen, en geneesmiddelen die voldoen aan de in de bijlage opgenomen bepalingen. De vergoeding geldt voor de kosten van honorarium en geneesmiddelen samen. (...)*

*Maximaal € 800,- per kalenderjaar.”*

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Gelet op een rapport van het CVZ met betrekking tot de betekenis en beoordeling van het criterium ‘plegen te bieden’ brengt de systematiek van de Zvw en de onderliggende regelgeving met zich dat men, eerst nadat is vastgesteld dat sprake is van ‘zorg zoals een beroepsgroep pleegt te bieden’, wordt toegekomen aan het criterium ‘stand wetenschap en praktijk’. Beoordeeld dient daarom allereerst te worden of de zorg die de behandelend huisarts van verzoekster heeft verleend, behoort tot de zorg die de betreffende beroepsgroep pleegt te bieden.
- 9.2. Zoals hiervoor gesteld, bepaalt artikel 2.4 lid 1 Bzv dat geneeskundige zorg onder andere zorg omvat zoals huisartsen die plegen te bieden. Uit de toelichting op dit artikel (Staatsblad 2005, 389) blijkt dat met de formulering ‘plegen te bieden’ met daaraan gekoppeld de aanduiding van een beroepsbeoefenaar de inhoud en omvang van de zorg worden bepaald. De term ‘plegen te bieden’ wordt ingevuld met toepassing van artikel 2.1, tweede lid Bzv. De artikelen 2.1, tweede lid, en 2.4 Bzv vullen dus samen in wat de verzekerde geneeskundige zorg inhoudt.
- 9.3. Uit de toelichting op artikel 2.1 Bzv blijkt dat de term ‘plegen te bieden’ de grenzen van de aanspraken bepaalt. Het verklaart, wat het laatste betreft, slechts die zorg tot voor vergoeding of verstrekking in aanmerking komend deel van het pakket, die de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent. Is sprake van dit laatste, dan is vervolgens voor de vraag of het gaat om een verzekerde prestatie bepalend zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk. In dit opzicht heeft het criterium veel gemeen met de (ten tijde van de totstandkoming van de

Zvw bestaande) rechtspraak die de gebruikelijkheid van de zorg afmeet aan de houding in de kringen van de medische wetenschap en praktijkuitoefening. Het woord "houding" maakt duidelijk dat niet bepalend is hoe vaak bepaalde zorg toepassing vindt, doch in welke mate beroepsbeoefenaren dergelijke hulp als een professioneel juiste handelwijze beschouwen.

- 9.4. Verzoekster heeft gesteld dat bij haar geen integratieve geneeskunde is toegepast, maar dat endocrinologische zorg is verleend. Endocrinologie is een specialisme betreffende de klieren met interne secretie en de afwijkingen daarvan. Het gaat hier derhalve om medisch-specialistische zorg, die dient te worden uitgevoerd door een medisch-specialist, en niet om zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Niet gebleken is dat de behandelend arts van verzoekster een medisch-specialist is. Verzoekster heeft om die reden geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de door haar genoten zorg, ten laste van de zorgverzekering.

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

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor alternatieve geneeswijzen indien de behandelend arts is aangesloten bij een door de ziektekostenverzekeraar aangewezen beroepsgroep. Niet gebleken is dat de behandelend arts van verzoekster is aangesloten bij een dergelijke beroepsgroep, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de door haar genoten zorg, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.6. Verzoekster heeft gesteld dat de bepaling in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering dat de behandelend arts dient te zijn aangesloten bij een door hem aangewezen beroepsgroep in strijd is met het vrije verkeer van diensten, omdat deze beroepsgroepen zijn gevestigd in Nederland. Hiermee wordt zorg, verleend door buitenlandse zorgverleners, uitgesloten van vergoeding.
- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering is een private verzekeringsovereenkomst, met betrekking tot de inhoud waarvan partijen overeenstemming hebben bereikt. Het staat de ziektekostenverzekeraar vrij te bepalen dat de zorgverlener aangesloten moet zijn bij een Nederlandse beroepsvereniging.

#### **Conclusie**

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

Zeist, 28 september 2011,

Voorzitter