



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM
Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te
Tilburg

Zaak : Zuid-Afrika, geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg met klinische opname,
doelmatigheid

Zaaknummer : 201602677

Zittingsdatum : 19 april 2017

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

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgkeuzepolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een klinische opname in verband met alcohol-, cannabis en cocaïneverslaving, die heeft plaatsgevonden in het Serenity Care Centre te Elandskraal, Zuid-Afrika (hierna: de aanspraak). Bij brief van 23 mei 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 14 juli 2016 en 20 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 28 november 2016 heeft verzoeker 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).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 maart 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 maart 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 maart 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 9 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 23 maart 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017011639) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen voorafgaande triage heeft plaatsgevonden, waardoor de benodigde behandelintensiteit (klinisch of niet-klinisch) niet is vastgesteld. Daarom is niet aangetoond dat verzoeker een indicatie had voor de opname. Verder geldt dat een programma dat standaard langer duurt dan zes maanden, en niet individueel is afgestemd, niet volgens de geldende richtlijnen is en niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 24 maart 2017 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 april 2017 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.9. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld te reageren op de door verzoeker bij e-mailbericht van 13 april 2017 ingebrachte nadere informatie. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 2 mei 2017 op de aanvullende informatie gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Bij brief van 3 mei 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 8 mei 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is sinds zijn twaalfde levensjaar bekend met een alcohol- en drugsverslaving. Hij heeft in het verleden diverse pogingen ondernomen hiervan af te komen, echter zonder resultaat. Van een - inmiddels ex-verslaafde - kennis vernam verzoeker dat hij een behandeling bij Serenity Care Centre in Zuid-Afrika kon proberen.
- 4.2. De huisarts heeft op 11 april 2016 over verzoeker verklaard: *"Bovengenoemde patiënt kampt met middelenverslaving/impulsdoorbraakproblematiek. Het gaat daarbij om het gebruik van oa cocaïne en alcohol. In het verleden is hij diverse malen opgenomen geweest. Hij recidiveert echter in zijn gedrag. Hierbij verwijst [ik] [verzoeker] naar Surenity care center in Elandsdraal (ZA). Gaarne uw bijdrage aan de oplossing van zijn verslavingsprobleem. (...)"*.
- 4.3. Verzoeker is aldaar gedurende zes maanden opgenomen geweest. Tijdens deze periode had hij dagelijks groepstherapie onder begeleiding van een psycholoog en een counselor, en had hij wekelijks een één op één gesprek met zijn counselor. De groepstherapie was onder andere gericht op psychotherapie, terugvalpreventie, "soul searching", "open heart therapie" en "community groep". Daarnaast was sprake van een zeer strak regime met structuur. Zo moest verzoeker om half zes 's ochtends opstaan en om negen uur naar bed, kreeg hij drie maaltijden per dag, tijdens welke maaltijden hij niet mocht spreken, onderging hij lichamelijke oefening en moest hij schoonmaken en op het land werken. Verder vormde individueel schrijfwerk aan de hand van werkboeken een

belangrijk onderdeel van het programma. Hierdoor is verzoeker enorm gegroeid en veranderd, zodat hij nu sterk in het leven staat en kan omgaan met zijn ziekte.

- 4.4. Het '12-stappenmodel' speelt bij het Serenity Care Centre geen hoofdrol. Wel heeft verzoeker hiermee kennis gemaakt, met als doel het geven van handvatten in de praktijk. Dit model voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hiervoor is noodzakelijk dat sprake is van ernstige medische/psychiatrische comorbiditeit, ernstige sociale desintegratie of ernstige afhankelijkheid. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat verzoeker niet aan één van deze voorwaarden voldoet, op basis van het feit dat hij een HBO-studie volgt en stage heeft gelopen, zodat hij op een redelijk niveau kan functioneren. Verzoeker merkt hierover op dat hij in 2011 is gestart met de HBO-opleiding, welke opleiding drie jaar zou duren. Op 1 december 2016 is verzoeker echter gestart met zijn zesde jaar, en gaat hij voor de vierde keer in tweeënhalf jaar een poging doen af te studeren. De mislukkingen van de afgelopen jaren bewijzen de ernstige middelenafhankelijkheid van verzoeker. Dit heeft uiteindelijk ook geleid tot sociale desintegratie. Hierbij moet worden gedacht aan isolatie, gedragsproblemen, schulden, familieproblemen, verlies van vrienden en meerdere verhuizingen.
- 4.5. In Nederland is verzoeker de optie geboden zich te laten behandelen bij Spoor 6. Dit ging om een klinische opname gedurende acht weken. Omdat verzoeker van mening was dat dit "meer van hetzelfde" was, met een te verwachten vergelijkbaar resultaat als bij de vorige afkickpogingen, heeft hij hiervoor niet gekozen. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker een geringe motivatie heeft om na de klinische fase deel te nemen aan een nabehandeling. Verzoeker heeft echter wel degelijk deelgenomen aan de nabehandeling, maar door de ernst en een onvoldoende behandeling van de afhankelijkheid van drugs en alcohol, liep deelname aan deze nabehandeling steeds snel stuk. De behandeling bij Serenity Care Centre heeft echter wel geholpen. Verzoeker is al zeven maanden nuchter en clean, en gaat vanaf 1 december 2016 voor een periode van drie tot zeven maanden naar The Livinghouse in Kaapstad voor een nabehandeling. Tijdens het verblijf bij het Serenity Care Centre mocht verzoeker tweemaal per week bellen en mocht hij brieven schrijven en ontvangen. Daardoor had verzoeker voldoende en goede contacten, en deze waren dan ook geenszins verbroken. Nu verzoeker weer in Nederland woont, heeft hij de contacten met familie en vrienden aangehaald, en dit gaat heel goed en is zeer waardevol.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat op 13 april 2017 enkele stukken heeft ingestuurd, omdat de vergoeding is afgewezen vanwege het ontbreken van een indicatie. Uit de brief van Spoor 6 blijkt dat het intakegesprek heeft plaatsgevonden vlak voor zijn vertrek naar Zuid-Afrika. Spoor 6 zag een noodzaak voor klinische behandeling. Verzoeker kon één week ná de intake terugkomen voor de detoxbehandeling. En één week daarna pas kon hij naar de instelling in Zuid-Afrika waarmee Spoor 6 samenwerkt. Hij kon echter niet zo lang wachten - gezien zijn afhankelijkheid. De onderhavige behandeling duurt niet standaard langer dan zes maanden. De standaard is vijf maanden. Bij hem duurde de behandeling ruim zes maanden, zodat sprake is van maatwerk. Het is één van de meest persoonlijke behandelingen die hij heeft gehad. Hij is nu een jaar clean. De indicatie is bij Spoor 6 vastgesteld door een psychiater en een psycholoog. Hij heeft eerder andere behandelingen gehad, van een aantal weken. Deze zijn allemaal vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Het is niet te verwachten dat dezelfde behandeling nu wél zou werken. Via een vriend had hij gehoord van de behandeling in Zuid-Afrika, waarbij een andere aanpak wordt gevolgd. Het stuk van Spoor 6 is met de huisarts besproken. Door de psychiater en de psycholoog is vastgesteld dat sprake was van een ernstige afhankelijkheid plus een angststoornis, zodat sprake was van sociale desintegratie. Dit bewijst dat klinische behandeling was aangewezen. Het Minesotamodel zou volgens de ziektekostenverzekeraar niet conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn, maar volgens het Zorginstituut is dit wel het geval.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Uit de informatie in de folder van het Serenity Care Centre blijkt dat bij de behandeling wordt uitgegaan van het '12-stappenmodel'. Dit zogenoemde Minnesota model is door het Zorginstituut Nederland beoordeeld als ondoelmatige zorg. Het model voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, maar de klinische opname maakt de behandeling ondoelmatig. Dit programma is dan ook opgenomen onder de uitsluitingen in de verzekeringsvoorwaarden en het hiervan deel uitmakend Reglement GGZ.
- 5.2. Daarnaast is in het rapport Verslavingszorg van het Zorginstituut vastgesteld dat voor een klinische behandeling sprake moet zijn van ernstige medische/psychiatrische comorbiditeit, ernstige sociale desintegratie of ernstige afhankelijkheid. Gebleken is dat verzoeker op een redelijk niveau kan functioneren, aangezien hij bezig is met een HBO-opleiding en een stage. Hieruit blijkt dat geen medische noodzaak bestaat voor een klinische opname, zeker niet van vijf maanden of langer. Dit blijkt ook uit het gegeven dat behandelaars in Nederland nog opties zagen voor verzoeker. Spoor 6 is overigens niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd, mede omdat bij onderzoek naar het aanbod van deze aanbieder is gebleken dat sprake is van een zeer lage opnamedrempel.
- 5.3. Verzoeker is in het najaar van 2015 bij Solutions geweest. Uit de rapportage van dit bezoek maakt de ziektekostenverzekeraar op dat een aantal aspecten de behandeling moeilijk maakt, maar niet onmogelijk. Het aanwezig zijn van narcistische trekken, zich onder andere uitend in een sterke eigen visie op de behandeling, komt ook weer terug in de wijze waarop de keuze voor het Serenity Care Centre tot stand is gekomen. Belangrijk is evenwel de geringe motivatie na de klinische fase deel te blijven nemen aan een nabehandeling. Hier ligt dan ook de gesignaleerde valkuil ten aanzien van recidief. Het Zorginstituut heeft in het genoemde rapport Verslavingszorg onderbouwd dat behandeling op grote afstand van de sociale omgeving niet doelmatig is, gezien het feit dat er een groot risico is op recidief na terugkeer in deze context, als het contact hiermee verbroken is geweest.
- 5.4. Daarnaast bestaat het behandelprogramma van het Serenity Care Centre deels uit activiteiten die niet zijn te zien als zorg, waaronder werken op de boerderij, uitjes en reizen. Tot slot is geen regeling getroffen voor nazorg, zodat de behandeling ook niet op een doelmatige wijze kan worden gecontinueerd.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat wetenschappelijk is aangetoond dat klinische behandeling niet altijd effectiever is dan ambulante behandeling. Daarbij is een klinische behandeling veel duurder. Om die reden is voorafgaande triage vereist. In dit dossier niet aangetoond door voorafgaande triage dat klinische behandeling is aangewezen. Triage dient het volgende te omvatten: de indicatie, hoe ernstig de klachten zijn, en of klinische behandeling noodzakelijk is. Er wordt niet getwijfeld aan de medische indicatie, maar wel of verzoeker was aangewezen op een klinische behandeling. Er spelen drie elementen een rol, namelijk co-morbiditeit, ernstige afhankelijkheid en sociale desintegratie. Niet gebleken is dat meetinstrumenten zijn gebruikt.
- 5.6. In reactie op de door verzoeker bij e-mailbericht van 13 april 2017 ingebrachte nadere informatie stelt de ziektekostenverzekeraar in de eerste plaats dat de huisarts geen uitspraken kan doen over de doelmatigheid van een verblijf van meer dan zes maanden in Zuid-Afrika. Daarnaast voert de ziektekostenverzekeraar aan dat indien al sprake is van een noodzaak tot een klinische detox dit hooguit voor een periode is van twee weken is en er geen noodzaak bestaat dit in het buitenland te laten plaatsvinden. Tot slot wenst de ziektekostenverzekeraar op te merken dat de overgelegde nadere informatie uitsluitend diagnose informatie bevat en niet hoe deze diagnostiek tot stand is gekomen. Dat wil zeggen dat er geen aantoonbaar gebruik is gemaakt van diagnostische middelen zoals MATE of EUROP-ASI.

5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

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

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.26. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.19.3. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op gespecialiseerde GGZ met opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“(…) Zorg: waar hebt u recht op?

Vanuit de Zorgverzekeringswet hebt u recht op verblijf (opname) dat medisch noodzakelijk is in verband met gespecialiseerde GGZ gedurende een onafgebroken periode van maximaal 1095 dagen. Nadere regels over verblijf (opname) en bekostiging daarvan kunt u vinden in het reglement GGZ.

Voorwaarden

Algemeen

De voorwaarden met betrekking tot zorgverlener, verwijzing en voorgestelde behandeling (voorschrift) en akkoordverklaring staan vermeld in het Reglement GGZ.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een in Nederland toegelaten instelling conform de WTZi (Wet toelating zorginstellingen) zijnde:

- een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis voor zorg onder de Zvw);*
- een instelling voor Gespecialiseerde GGZ voor zorg onder de Zvw en/of de Wlz.”*

8.4. In het 'Reglement GGZ' van de ziektekostenverzekeraar is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

"Zorg die niet voor vergoeding in aanmerking komt

Bij psychosociale hulp is geen sprake van een stoornis (ziekte) waarvoor geneeskundige zorg nodig is en valt daarom niet onder de GGZ. De hulp is gericht op het verbeteren van de sociale positie van de verzekerde in financieel, maatschappelijk en emotioneel opzicht. Psychosociale problemen

kunnen wel overgaan in psychische stoornissen. In dat geval kunt u aanspraak maken op GGZ. Naast psychosociale hulp worden binnen de GGZ veel zorgvormen aangeboden die ook buiten de Zvw vallen.

Deze uitsluitingen worden bepaald door de volgende uitgangspunten:

- er is geen sprake van DSM-IV benoemde stoornis,*
- vanuit de wet- en regelgeving is vergoeding voor behandeling van bepaalde aandoeningen uit de Zvw niet toegestaan of,*
- een behandeling voldoet niet aan de stand van wetenschap en praktijk (standpunten ZiNI, zorgkompas Zvw).*

De zorg omvat in elk geval niet:

(...)

- behandeling met opname volgens het Minnesota model; (...)"*

8.5. Artikel A.3.2. van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"(...) In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen: (...)

- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn. (...)"

8.6. De artikelen A.3.2. en B.19.3. van de zorgverzekering en het 'Reglement GGZ' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. 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 geestelijke gezondheidszorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst, voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Door het Zorginstituut is in het voorlopig advies van 23 maart 2017 verklaard dat een programma dat standaard langer duurt dan zes maanden, en niet individueel is afgestemd, niet volgens de geldende richtlijnen is en niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een zodanig programma behoort derhalve niet tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering.

Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ter zake ingenomen standpunt, is de vraag of de behandeling in het Serenity Care Centre een verzekerde prestatie vormt en of verzoeker hiervoor

een indicatie had echter tussen partijen niet in geschil, en zijn zij uitsluitend erover verdeeld of de behandeling doelmatig was. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 9.2. De eis dat een bepaalde vorm van zorg of dienst voor een verzekerde doelmatig dient te zijn, behoort gelet op de Nota van toelichting bij artikel 2.1 lid 3 Bzv, tot de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar. In het onderhavige geval is de doelmatigheid omschreven in artikel A.3.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hiermee is de juridische basis gelegd voor de beoordeling en komt de commissie ten aanzien daarvan een integrale toetsingsbevoegdheid toe. Uit de stukken blijkt dat verzoeker gedurende zes maanden opgenomen is geweest in het Serenity Care Centre. Door verzoeker is niet onderbouwd waarom een dergelijk lang verblijf noodzakelijk was, anders dan dat kortere behandelingen - van ongeveer acht weken - in Nederland in het verleden niet hebben geleid tot het gewenste resultaat. Verzoeker heeft aldus niet voldaan aan de op hem rustende last feitelijk te onderbouwen waarom hij naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op die zorg. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar daarom volgen in zijn standpunt dat de aan verzoeker in Zuid-Afrika verleende zorg niet doelmatig was.
- 9.3. De betreffende behandeling bestond daarnaast uit andere interventies, zoals werken op de boerderij en het maken van een reis, genaamd "The Journey". Deze interventies behoren niet tot de verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat op basis van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de door verzoeker ondergane behandeling.
- 9.4. Dat verzoeker met deze behandeling het gewenste resultaat heeft bereikt, terwijl dit eerder niet het geval was, kan niet leiden tot een ander oordeel. Hetzelfde geldt voor hetgeen overigens door hem is aangevoerd.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige behandeling, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

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

Zeist, 10 mei 2017,

H.A.J. Kroon