



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, in deze vertegenwoordigd door Caresco B.V. te Amersfoort

Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, onderzoek en behandeling, bijnierschorsinsufficiëntie, reiskosten

Zaaknummer : 201602455

Zittingsdatum : 10 mei 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.13 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

tegen


VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door Caresco B.V. te Amersfoort.









2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens was door verzoeker ten behoeve van vier andere personen (zijn echtgenote en drie minderjarige kinderen) de zorgverzekering afgesloten. Verder was ten behoeve van verzoeker en de door hem verzekerde andere personen, met uitzondering van zijn echtgenote, bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend 3 afgesloten, en ten behoeve van zijn echtgenote de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend 2 (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoeker ten behoeve van hem en zijn echtgenote bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Tandzorg 2 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van een onderzoeks- en behandeltraject van hem en zijn gezinsleden bij dr. Coucke in België, ten bedrage van € 2.694,86, alsmede de hiermee verband houdende reiskosten (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringspecificaties van 9 juli 2015 en 28 oktober 2015 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 e-mailberichten van 15 januari 2016 en 24 maart 2016, en brieven van 12 augustus 2016 en 29 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 9 januari 2017 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, alsmede aan hem de gemaakte reiskosten te vergoeden (hierna: het verzoek).

-  3.5. 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.
-  3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 maart 2017 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 maart 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 maart 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 13 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 13 april 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017012187) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen voor zover het de vergoeding van het bloedonderzoek, allergieonderzoek, urine- en ontlastingsonderzoek betreft, en af te wijzen voor zover het gaat om de ITT-testen en de medicatie, omdat onvoldoende is aangetoond dat betrokkenen hierop zijn aangewezen. Ook met betrekking tot het zittend ziekenvervoer adviseert het Zorginstituut tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 18 april 2017 aan partijen gezonden.
-  3.9. Naar aanleiding van het voorlopig advies van het Zorginstituut heeft verzoeker bij brief van 8 mei 2017 de resultaten van de laboratoriumonderzoeken en de bijbehorende brieven van dr. Coucke aan de commissie gezonden.
-  3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 mei 2017 in persoon gehoord. Ter zitting zijn afschriften van de op 8 mei 2017 door verzoeker toegestuurde stukken overgelegd aan de ziektekostenverzekeraar. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut. Ter zitting is afgesproken dat verzoeker de uitslagen van de laboratoriumonderzoeken van één van zijn kinderen nog aan de commissie zal zenden. Voorts is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar binnen een termijn van één week schriftelijk mag reageren op de door verzoeker op 8 mei 2017 toegezonden stukken en de door hem nog na te sturen stukken.
-  3.11. Verzoeker heeft op 10 mei 2017 de in 3.10 bedoelde stukken aan de commissie gezonden. Afschriften hiervan zijn op 11 mei 2017 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld binnen één week zowel op deze stukken als de op 8 mei 2017 toegestuurde stukken te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 12 mei 2017 gereageerd. Een afschrift hiervan is op 15 mei 2017 ter kennisname aan verzoeker gezonden.
-  3.12. Bij brief van 15 mei 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de 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 30 mei 2017 aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut concludeert op basis van de beschikbare informatie dat het diagnostisch onderzoek is ingezet zonder differentieel diagnostisch te handelen. Deze conclusie wordt als volgt onderbouwd: *"Zo heeft de wijze van diagnosticeren zonder enige overweging plaatsgevonden en zijn de onderzoeken op dezelfde dag verricht. De door de betrokken arts uitgevoerde diagnostiek en behandeling behoren hiermee niet tot het normale arsenaal van medisch handelen. Dat er sprake was van onduidelijke klachten, vormt geen aanleiding om gebruik te maken van een afwijkende handelwijze."*

De medisch adviseur is van mening dat er onvoldoende is aangetoond dat de verzekerden redelijkerwijs waren aangewezen op de ingezette behandeling. Daarnaast bevestigt de nader verkregen informatie dat niet is aangetoond dat de ITT-test voor de echtgenote en één van de kinderen van verzoeker medisch noodzakelijk was, noch dat inzet van niet nader gespecificeerde medicatie voor alle verzekerden geïndiceerd was. De ingezette behandeling maakt geen onderdeel uit van de verzekerde zorg, waardoor verzoeker ook geen aanspraak maakt op vergoeding van de vervoerskosten."

Een afschrift van voornoemd advies is op 8 juni 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoeker heeft op 16 juni 2017 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De echtgenote en kinderen van verzoeker kampen met lichamelijke en psychische klachten. Verzoeker en zijn gezinsleden hebben een jarenlang medisch en GGZ traject in Nederland doorstaan om de oorzaak van deze ernstige klachten te achterhalen. Geen van de artsen/medisch specialisten kon hen helpen. Op advies van de huisarts heeft verzoeker zich gewend tot dr. Coucke in België. Deze arts is gespecialiseerd internist en endocrinoloog. Hij staat goed aangeschreven bij patiënten die dezelfde klachten hebben. Dr. Coucke is zeer ervaren in non-somatofore stoornissen, waaronder bijnierschorsinsufficiëntie, en heeft als enige wél een diagnose kunnen stellen bij de gezinsleden van verzoeker. De echtgenote en drie kinderen van verzoeker lijden aan bijnierschorsinsufficiëntie, in de vorm van een substantieel aanmaaktekort van cortisol. Dit is vastgesteld door middel van een ITT-test die in oktober 2015 is uitgevoerd. De gevolgen van de aandoening zijn zeer ernstig.
- De behandelingen van dr. Coucke brachten een nieuw en bruikbaar perspectief; bij het Radboud UMC kon een vervolgtraject in gang worden gezet. Inmiddels is door middel van vervolgonderzoek aldaar bevestigd dat bij de kinderen van verzoeker sprake is van een tekort aan cortisol. Ook bij de echtgenote van verzoeker is sprake van lage cortisolwaarden, zij het minder ernstig dan bij de kinderen. Voor de kinderen is vanuit het Radboud UMC dezelfde medicatie voorgeschreven als door dr. Coucke.
- 4.2. Verzoeker stelt dat hij en zijn gezinsleden naar inhoud en omvang redelijkerwijs waren aangewezen op de onderhavige zorgvorm. De zorg is doelmatig en doeltreffend geweest, en was medisch noodzakelijk.
- De onderhavige zorg voldoet voorts aan de stand van de wetenschap en praktijk. De onderzoeken die dr. Coucke heeft gedaan en de labwaarden zijn met het Expertisecentrum Bijnierziekten van het Radboud UMC gedeeld en worden als vaststaand beschouwd. De handelingen van dr. Coucke, zoals de ITT-test, zijn alle gebruikelijk en wetenschappelijk onderbouwd. Het Radboud UMC hanteert dezelfde werkwijze. Indien verzoeker in een eerder stadium - bij een adequate diagnose in Nederland - was verwezen naar het Radboud UMC voor behandeling, was die route uiteraard gevolgd. Er was echter toen (nog) geen duidelijke oorzaak voor de klachten aan te wijzen, waardoor verzoeker in het duister tastte.
- Dr. Coucke staat geregistreerd bij het Riziv (in België). Zijn bevoegdheidscode luidt: "583 *Geneesheer specialist voor inwendige geneeskunde, houder van de bijzondere beroepsbekwaming in de endocrino-diabetologie*". Het is verzoeker bekend dat (Nederlandse) zorgverzekeraars van andere patiënten van dr. Coucke declaraties vergoeden ten laste van het basispakket, op grond van voormelde bevoegdheid. Aangezien het basispakket wordt vastgesteld door de overheid, dient de afhandeling van declaraties uniform te zijn. De ziektekostenverzekeraar kan daarin geen andere route bewandelen.
- De verwijzing van de ziektekostenverzekeraar naar het bindend advies 201202348 van de commissie is onjuist. In het betreffende bindend advies gaat het namelijk om behandelingen en een manier van diagnosticeren die door andere artsen uit de betreffende beroepsgroep niet worden gehanteerd. Dr. Coucke gaat uit van een wijze van diagnosticeren en behandelen die andere specialisten op dit gebied ook hanteren.

Voorts wekt de ziektekostenverzekeraar ten onrechte de indruk dat de echtgenote en dochter van verzoeker direct en uitsluitend aan een ITT-test zijn onderworpen. Uit de ingediende declaraties blijkt evenwel duidelijk dat voorafgaand uitgebreid onderzoek is uitgevoerd van bloed, urine en ontlasting, en dat meerdere fysieke consulten hebben plaatsgevonden. Het feit dat op de website van dr. Coucke het proces met betrekking tot specifieke testen zoals ITT of BCM wordt vermeld, zegt niets over de vanzelfsprekendheid waarmee en/of de mate waarin dergelijke testen worden uitgevoerd.

De wijze waarop de ziektekostenverzekeraar de ITT-test weg zet als niet-gebruikelijk is niet alleen ver gezocht, maar ook onjuist. Ook in Nederland is een ITT-test gebruikelijk en deze wordt aangeduid als de 'gouden standaard'. Niet voor niets is de echtgenote van verzoeker in het Radboud UMC eveneens onderworpen aan een ITT-test. Voor kinderen wordt de ACTH-test gehanteerd. De dochter van verzoeker heeft een grensleeftijd, waardoor het een keuze van de arts is. De diagnose-brief van dr. Coucke is mogelijk kort en ietwat uitgesproken, maar er heeft wel degelijk uitgebreid onderzoek aan ten grondslag gelegen.

Verzoeker benadrukt dat dr. Coucke een voorlopige diagnose heeft gesteld, met doorverwijzing naar het Radboud UMC voor nader onderzoek, en met voorlopige medicatie. Vanuit het Radboud UMC is dezelfde medicatie voorgeschreven. Dit ontkracht het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat de ingezette behandeling ongebruikelijk is.

Verzoeker en zijn gezinsleden zijn in goed vertrouwen het onderzoeks- en behandeltraject bij dr. Coucke ingestapt. Zij waren niet op de hoogte van een eventuele discussie over de handelwijze van deze arts.

Verzoeker heeft veel moeite met het feit dat de ziektekostenverzekeraar onjuiste argumenten en steeds wisselende afwijsgonden hanteert. In eerste instantie werd slechts vergoeding van de medicatie afgewezen. Daarna kwam opeens de stelling dat dr. Coucke geen reguliere arts zou zijn en dat daarom voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar was vereist. Dit terwijl in de brief van de ziektekostenverzekeraar van 29 september 2016 nog het volgende is vermeld: "*Daarnaast geldt er voor deze zorg geen toestemmingsvereiste.*" Gaande de klachtprocedure wordt dit toestemmingsvereiste echter als afwijsground opgevoerd. De ziektekostenverzekeraar hanteert niet één lijn, waardoor verzoeker het vertrouwen geheel is verloren.

De ziektekostenverzekeraar blijft ten onrechte vasthouden aan het standpunt dat op geen enkele manier vergoeding van de onderhavige zorgkosten mogelijk is, niet ten laste van de zorgverzekering en niet ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker kan zich hiermee niet verenigen. De hele situatie rond de medische noodzaak voor de zorg wordt telkens uit zijn verband getrokken. Verzoeker meent op grond van de verzekeringsvoorwaarden recht te hebben op vergoeding van de kosten die zijn gemaakt voor het traject (diagnosestelling en behandeling) bij dr. Coucke, alsmede de reiskosten (1308 kilometer plus € 72,-- tolgelden).

4.3. Bij brief van 8 mei 2017 heeft verzoeker de resultaten van de laboratoriumonderzoeken van hem, zijn echtgenote en twee van zijn kinderen, en de bijbehorende brieven van dr. Coucke aan de commissie gezonden. In zijn brief van 1 december 2015 betoogt dr. Coucke dat de uitgevoerde onderzoeken geheel conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn, en zijn verricht door reguliere instituten. De diagnose bijnierschorsinsufficiëntie is gesteld op basis van internationaal gestandaardiseerd en geaccepteerd onderzoek in de vorm van een ITT-test.

4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de onderhavige kwestie zowel hem als zijn echtgenote en drie kinderen betreft. Bij de echtgenote en één dochter is een ITT-test uitgevoerd, omdat zij de meeste klachten hadden. Zij zijn doorgestuurd naar het Radboud MC. Ook daar is een ITT-test uitgevoerd en zijn dezelfde medicijnen voorgeschreven. De kosten hiervan zijn wel vergoed. Hiermee staat de medische noodzaak vast. Het is verzoeker niet duidelijk waarom de door dr. Coucke voorgeschreven onderzoeken en geneesmiddelen niet worden vergoed, terwijl dezelfde onderzoeken en geneesmiddelen die door de arts van het Radboud MC zijn voorgeschreven wél worden vergoed.

Verzoeker benadrukt dat andere zorgverzekeraars de onderhavige kosten wél vergoeden. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar te licht denkt over de bestaande klachten. Zijn dochter zag wazig en viel regelmatig op de grond. Een GGZ-traject bood geen uitkomst, en daarom heeft de huisarts hen verwezen naar dr. Coucke.

Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies gesteld dat sprake is van regulier onderzoek dat moet worden vergoed. Verzoeker onderschrijft dit advies.

- 4.5. Verzoeker heeft bij brief van 16 juni 2017 gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut. Verzoeker heeft met enige verwondering kennisgenomen van het ingrijpend gewijzigde definitieve advies van het Zorginstituut. Hij heeft er moeite mee dat zijn coöperatieve opstelling (onder andere het verstrekken van de aanvullende informatie) ertoe heeft geleid dat het voorlopig advies voor zijn gevoel met terugwerkende kracht wordt aangepast. In het voorlopig advies had het Zorginstituut geconcludeerd dat de bloed-, allergie- en urineonderzoeken voor vergoeding in aanmerking komen. Verzoeker ziet dan ook niet in waarom het Zorginstituut in zijn definitieve advies op dit standpunt is teruggekomen. Dit soort onderzoeken zijn de basis voor het stellen van een diagnose en dienen dan ook te worden vergoed.

Verzoeker benadrukt dat wel degelijk differentieel diagnostisch is gehandeld. De overwegingen om allergie-, bloed- en urine-onderzoek te doen, hebben plaatsgevonden op basis van de bestudering van de volledige dossieroverdracht vanuit de huisarts, uitgebreide anamnese en fysiek onderzoek. De term "*onduidelijke klachten*" is misplaatst. De klachten waren weliswaar talrijk, maar ook zeer duidelijk, alleen de oorzaak was onduidelijk.

De onderzoeken zijn niet op dezelfde dag verricht, maar bij de verschillende gezinsleden verspreid over een langere periode (tussen 9 juni en 1 oktober 2015) uitgevoerd. Een aantal onderzoeken is wel, mede vanuit praktische overwegingen (reisafstand en belasting), gecombineerd. Overigens is het op dezelfde dag uitvoeren van meerdere onderzoeken ook in Nederland niet ongebruikelijk.

Verzoeker begrijpt niet waarom de gestelde diagnose in twijfel wordt getrokken. Deze diagnose is in het Radboud UMC immers bevestigd. Ook heeft het Radboud UMC dezelfde geneesmiddelen voorgeschreven als dr. Coucke.

Verzoeker merkt op dat er verschillen zijn tussen Nederlandse en Belgische ziekenhuizen in protocollen en gehanteerde grenswaarden voor diagnose en behandeling. Hierdoor kan bijvoorbeeld de kwalificatie van 'ernstige bijnierinsufficiëntie' die door de heer Coucke is gehanteerd in Nederland worden gekwalificeerd als 'bijnierinsufficiëntie'.

Verzoeker is van mening dat het vaststellen van nut, noodzaak en redelijkheid van diagnose en behandeling moeten worden getoetst aan hetgeen gebruikelijk is het land waar de zorg is verleend, in dit geval België.

- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Artikel 1.2 van de polisvoorwaarden bepaalt dat sprake moet zijn van Evidence Based Medicine. De in deze kwestie 'gediagnosticeerde' bijnierschorsinsufficiëntie is een zeer ernstige ziekte met vele klachten en symptomen (zie ieder geneeskundig leerboek hierover). In de voorhanden informatie is geen enkele onderbouwing te vinden voor de stelling van verzoeker dat sprake is van een ernstige bijnierschorsinsufficiëntie. Er wordt geen melding gemaakt van een dergelijke ernst van de klachten, doch alleen van vermoeidheid. Dit is een algemene klacht, waarvoor vele oorzaken zijn aan te wijzen. Soms wordt hier ook geen oorzaak voor gevonden. In een brief van een medisch specialist aan een huisarts of collega worden normaliter de laboratoriumwaarden, op basis waarvan de diagnose wordt gesteld, vermeld. Dr. Coucke heeft geen enkele waarde medegedeeld, en heeft ook geen onderbouwing van de diagnose gegeven. Toch spreekt hij van M. Addison, terwijl bijvoorbeeld de voor deze aandoening typerende huidverkleuringen niet door hem worden beschreven.

Dr. Coucke heeft een eigen visie op bijnierschorsinsufficiëntie, maar ook op het Chronisch Vermoeidheidssyndroom (CVS) en fibromyalgie, en hij heeft een eigen aanpak/behandelmethode ontwikkeld, die niet gebruikelijk is in de kring der beroepsgeenoten. Dit heeft in het verleden zelfs geleid tot een procedure van de Belgische Orde van Geneesheren tegen hem.

Overigens is dr. Coucke (nog) wel geregistreerd in het Riziv register, maar deze registratie wordt betwist.

Ook stelt dr. Coucke op zijn website onder andere: "*Door deze drie domeinen onder de loep te nemen en te zien waar het fout loopt, kom je altijd tot vaststellingen die verklaren waarom iemand*

moe, lusteloos of depressief is, spierpijn heeft, abnormaal veel aandoeningen van de luchtwegen krijgt enz." Zoals iedere arts weet, is dit een onhoudbare stelling. Zeker voor de ziektebeelden waar dr. Coucke op doelt, kan dit niet worden volgehouden.

Een ITT-test kan ter ondersteuning van de diagnose bijnierschorsinsufficiëntie worden gebruikt, maar kan nimmer volstaan voor het stellen van de diagnose, omdat een verstoorde ITT meerdere oorzaken kan hebben en daarmee niet pathognomisch is voor bijnierschorsinsufficiëntie. De bijnierschorsinsufficiëntie moet ook blijken uit afwijkende bloedspiegels van de bijnierhormonen. Daarvoor is in het onderhavige geval geen bewijs. Op de website van dr. Coucke staat ook vermeld: *"Indien u een afspraak wenst te boeken voor specifieke testen voorgeschreven door dr. Coucke zoals bv ITT of BCM, kan dit enkel telefonisch gebeuren."* Hieruit blijkt overduidelijk dat de ITT-test standaard wordt ingezet, en niet op basis van een strikte indicatie. Het is dus blijkbaar een standaard diagnostisch onderzoek bij dr. Coucke, waar dit ten algemene niet geldt ten aanzien van een internist-endocrinoloog.

Op basis van het voorgaande bestaat bij de ziektekostenverzekeraar gerede twijfel over de gestelde diagnose en de behandeling.

Dr. Coucke is een alternatieve arts. De door hem toegepaste behandelmethodes voldoen niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Er is daarom geen sprake van reguliere medische zorg. Bij de beoordeling of bepaalde vormen van zorg voor vergoeding in aanmerking komen dient het beoordelingskader van het Zorginstituut te worden gevolgd. De ziektekostenverzekeraar heeft beoordeeld of in de internationale literatuur publicaties voorhanden zijn over het gebruik van een ITT-test als bewijs voor het bestaan van bijnierschorsinsufficiëntie. Daarbij is in PubMed gezocht op de combinatie van de woorden adrenal insufficiency, insulin en test. Er werden een aantal publicaties gevonden en hieruit blijkt dat de ITT-test als zelfstandige test onvoldoende is, en altijd in combinatie met andere tests moet worden uitgevoerd alvorens een uitspraak te kunnen doen. Dr. Coucke heeft evenwel op basis van enkel een ITT-test een uitspraak gedaan.

De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker en zijn gezinsleden naar inhoud en omvang redelijkerwijs niet waren aangewezen op de onderhavige zorgvorm. Dit blijkt ook uit de verwijzing naar het Radboud UMC. Daarmee is immers aangetoond dat de behandeling van bijnierschorsinsufficiëntie (mits goed gediagnosticeerd) ook in Nederland beschikbaar is.

De stelling van verzoeker dat het in de rede ligt het gehele traject te vergoeden, nu de kosten in België lager zijn dan in Nederland, houdt geen stand omdat het niet-verzekerde zorg betreft. Bovendien leidt een dergelijke redenering nimmer tot vergoeding, aangezien er aanspraak bestaat of niet. Zo ja, dan is vergoeding conform de polisvoorwaarden mogelijk.

Bij het ontbreken van een indicatie voor de zorg, bestaat voorts geen recht op vergoeding van de gemaakte reiskosten die verband houden met het zorgtraject.

Het laboratoriumonderzoek wordt eveneens niet vergoed, omdat verzoeker en zijn gezinsleden zijn verwezen door een alternatieve arts.

De ziektekostenverzekeraar verwijst naar het bindend advies van de commissie met nummer 201202348. Deze zaak betrof zorg door prof. dr. De Meirleir in verband met de ziekte van Lyme, en er is duidelijk een parallel te ontdekken met de onderhavige kwestie, aldus de ziektekostenverzekeraar. In het bindend advies is de zorg door prof. dr. De Meirleir, inclusief medicatie en laboratoriumonderzoek, bestempeld als zijnde niet conform de stand van de wetenschap en praktijk, zodat geen sprake is van verzekerde zorg.

De ziektekostenverzekeraar concludeert dat de diagnostiek en behandeling door dr. Coucke niet gebruikelijk zijn in de kring der beroepsgenoten, en bovendien niet conform de stand van de wetenschap en praktijk. Een vergoeding ten laste van de zorgverzekering is daarom niet aan de orde.

- 5.2. Aangeboden is de zorg die dr. Coucke heeft verleend, te beschouwen als alternatieve geneeswijze. Behandelingen/consulten door een alternatieve arts komen voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking indien de arts is geregistreerd in de Zorgzoeker. Medicatie die is voorgeschreven door een alternatieve arts komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Dr. Coucke is niet geregistreerd in de Zorgzoeker, zodat de consulten niet voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking komen.

De ziektekostenverzekeraar meent desalniettemin dat het een coulante geste is geweest te beoordelen of een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering mogelijk was.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar bestrijdt dat sprake is van schuivende motiveringen en afwijsgonden. Bij de declaratie van 9 juli 2015 is gebruik gemaakt van de afwijsgonden "Om de declaratie te kunnen beoordelen, ontvangen wij graag een volledig ingevuld declaratieformulier zorgkosten buitenland." Zonder dit declaratieformulier kan de afdeling Declaratieverwerking de declaraties voor zorg in het buitenland niet beoordelen. Deze afwijzing staat daarmee los van de verdere beoordeling van de door dr. Coucke geleverde zorg. Daarnaast geldt voor deze zorg geen toestemmingsvereiste. Om deze reden is verzoeker hierop niet geweest. De afdeling Medisch Advies is betrokken geraakt bij de kwestie op het moment dat de apotheek het verzoek tot vergoeding van hydrocortison heeft ingediend. Bij de overige declaraties is gebruik gemaakt van de afwijsgonden "Declaratie is afgewezen, omdat er niet wordt voldaan aan de in de voorwaarden genoemde eisen." Dit betreft een algemene afwijzregel die de afdeling Declaratieverwerking kan meegeven indien sprake is van zorg die niet ten laste van de zorgverzekering mag worden vergoed. Daarvan is in het onderhavige geval sprake. De afwijzende beslissing van 30 oktober 2015 is opgesteld naar aanleiding van het verzoek van de apotheek. In deze brief is beschreven aan welk artikel uit de verzekeringsvoorwaarden de aanvraag is getoetst, te weten artikel 1.2. De zorg die dr. Coucke heeft verleend, voldoet niet aan de voorwaarden die in dit artikel zijn beschreven. De brief van 12 augustus 2016 gaat dieper in op artikel 1.2 van de voorwaarden. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft uitgebreid gemotiveerd waarom niet aan dit artikel is voldaan. Derhalve betreft het steeds eenzelfde afwijsgond, en is deze per bericht uitgebreid gemotiveerd en toegelicht. Voorts merkt de ziektekostenverzekeraar op dat zorgverzekeraars op basis van de verzekeringsvoorwaarden dienen te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor vergoeding van zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn met betrekking tot de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan de regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Dit brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van de zorg als de voorwaarden van de zorgverzekering hiervoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraar dat - om welke reden ook - wel doen. De ziektekostenverzekeraar vindt het vervelend dat verzoeker een andere verwachting had aangaande de vergoeding. Het is evenwel fijn dat hij en zijn gezinsleden geholpen zijn met het onderzoek en de behandeling door dr. Coucke. De ziektekostenverzekeraar raadt verzoeker aan voor eventuele vervolgbehandelingen voorafgaand informatie over de vergoeding in te winnen bij het Serviceteam.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat een ITT-test wordt ingezet om secundaire bijnierschorsinsufficiëntie vast te stellen als daar een verdenking voor is. Deze verdenking is door dr. Coucke evenwel niet aangehaald. Differentiaal diagnostisch wordt niet gesproken over een verdenking op bijnierschorsinsufficiëntie op basis van de bestaande klachten. Een specialist dient op basis van anamnese en eventueel lichamelijk onderzoek differentiaal diagnostisch te handelen. De beschreven klachten behoren niet direct tot de oorzaken waarbij men differentiaal diagnostisch aan een bijnierschorsinsufficiëntie denkt. Omdat een verstoorde ITT meerdere oorzaken kan hebben, en daardoor niet pathognomisch is voor bijnierinsufficiëntie, dienen tevens andere onderzoeken plaats te vinden. Er dient bijvoorbeeld te worden aangetoond dat sprake is van afwijkende bloedspiegels van de bijnierhormonen. Hiervan is geen bewijs overhandigd. Daarom is onvoldoende aangetoond dat verzekerden waren aangewezen op de voorgeschreven medicatie. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar het bindend advies 201302454. Deze zaak betreft de behandeling en diagnostiek die in de Oosteinde Walborg Kliniek wordt toegepast. Ook hier werkt een medisch specialist die in het BIG-register is opgenomen, maar die een eigen interpretatie van de diagnostiek en behandeling van de ziekte van Lyme erop na houdt. In dit bindend advies wordt geconcludeerd dat voor deze zorg geen vergoeding mogelijk is. De ziektekostenverzekeraar heeft kenbaar gemaakt de door verzoeker nagezonden informatie nog te willen bespreken met zijn medisch adviseur.
- 5.5. In reactie op de nagekomen stukken heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bij brief van 12 mei 2017 medegedeeld dat hij voornoemde stukken heeft besproken met zijn medisch adviseur.

De medisch adviseur heeft het volgende verklaard: *"Het zijn een reeks uitslagen, die voor een groot gedeelte op dezelfde dag zijn bepaald. Waarom dat is en wat de klinische betekenis van de afwijkingen is (bijvoorbeeld een sterk verhoogd AdrenoCorticoTrop Hormoon (ACTH), dat de bijnieren stimuleert, maar waarbij de waarden van de bijnier wel normaal zijn en er dus feitelijk geen echte bijnierinsufficiëntie is. Want kennelijk worden de bijnieren dusdanig extra gestimuleerd, dat de hormoonwaarden wel normaal zijn, op enkele subhormonen na) kan ik niet interpreteren. Daarvoor ontbreekt mij de specialistische kennis op dit gebied. Kortom ik kan hier geen oordeel over geven. Wellicht kan het Zorginstituut Nederland hier wel commentaar op geven?"*

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering 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, alsmede aan verzoeker de gemaakte reiskosten te vergoeden.

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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

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

Wie mag de zorg verlenen

*Medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant.
(...)*

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose

Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze lijst op onze website. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden. (...)

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

"9.1 U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

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

- *zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;*
- *zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*
- *vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden. (...)*

9.3 Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, hebt u vooraf onze toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. (...)

9.4 Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het invoeren van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9)."

- 8.5. Artikel 1.2 van de zorgverzekering luidt:

"1.2 Medische noodzaak

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg."

- 8.6. Artikel 36 van de zorgverzekering betreft onder meer zittend ziekenvervoer en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

*U hebt recht op:
(...)*

2. zittend ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis.

Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder, instelling of woning, als bedoeld onder punt 1.

U hebt dit recht uitsluitend in de volgende situaties:

- a. u moet nierdialyses ondergaan;*
- b. u moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;*

c. u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;

d. uw gezichtsvermogen is zodanig beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
(...)

e. u bent voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer zal voor u leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Deze hardheidsclausule geldt per jaar.
(...)

Het ziekenvervoer zoals opgenomen in dit artikel omvat ook vervoer van een begeleider, als er begeleiding noodzakelijk is, of als het begeleiding betreft van kinderen jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vervoer van 2 begeleiders toestaan.

Wie mag het ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer verzorgen

(...)

2. Zittend ziekenvervoer:

(...)

- eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,31 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.

(...)

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 97 per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer.

Op voorschrift van

Huisarts of medisch specialist. U hebt geen voorschrift nodig voor ambulancevervoer in spoedgevallen.

Toestemming

U hebt alleen vooraf onze toestemming nodig voor zittend ziekenvervoer. U kunt deze toestemming met het Formulier medische verklaring zittend ziekenvervoer aanvragen. Dit formulier vindt u op onze website.

Bijzonderheden

1. Als wij u toestemming geven om naar een bepaalde zorgaanbieder of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

2. In gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance, auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kunnen wij toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door ons aan te geven vervoermiddel."

8.7. De artikelen 1.2, 9, 15 en 36 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.8. Artikel 11, eerste lid, 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.

Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.1, tweede lid, 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 of diensten. In artikel 2.1, derde lid, Bzv is opgenomen dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Artikel 2.14 Bzv regelt de aanspraak op zittend ziekenvervoer.

8.9. 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.

8.10. Artikel 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering (variant Aanvullend 3) regelt de aanspraak op alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen en luidt:

"Wij vergoeden de kosten van:

- *consulten van alternatieve artsen en therapeuten;*
- *homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.*

Wij vergoeden in totaal maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar. Waarbij wij 100% van de kosten tot het bedrag van € 500,- vergoeden. Daarboven vergoeden wij 70% van de kosten tot het maximum van € 750,-. Per behandeling geldt een maximum vergoeding voor het bedrag van € 50,-. Per dag komt maximaal 1 consult voor vergoeding in aanmerking.

Voorwaarden voor vergoeding

a. De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten:

- *zijn voorgeschreven door een arts;*
- *geregistreerd staan in de G-standaard van de Z-index (database waarin alle geneesmiddelen zijn opgenomen die verkrijgbaar zijn via de apotheek) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel;*
- *een volledig homeopathische samenstelling hebben;*
- *zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.*

b. De alternatief arts of therapeut moet voldoen aan de door ons opgestelde criteria voor alternatieve artsen of therapeuten. Een overzicht van zorgverleners vindt u in onze Zorgzoeker. U kunt ook terecht bij een arts die BIG-geregistreerd is en die zich specifiek richt op acupunctuur en andere traditionele Oosterse geneeswijzen, antroposofische geneeswijzen, homeopathie of natuurgeneeswijzen. Artsen die lid zijn van de CAM-artsenverenigingen en de NAAV staan ook in onze Zorgzoeker.

c. Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. Of dit het geval is, wordt door ons beoordeeld.

d. Het consult wordt gegeven op individuele basis.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten:

- *wanneer de alternatief arts of therapeut tevens de huisarts is;*
- *van manuele therapie gegeven door een fysiotherapeut;*
- *van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie;*
- *van werk- en schoolgerelateerde coaching;*
- *van kuren en reizen;*
- *van ASR-therapie, celtherapie en chelatietherapie;*
- *van groepstherapie, zoals familieopstelling, systeemtherapie, gezinstherapie enz."*

De aanvullende ziektekostenverzekering variant Aanvullend 2 biedt een gelijke aanspraak, met dien verstande dat de vergoeding is beperkt tot € 500,- per persoon per kalenderjaar.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker en zijn gezinsleden hebben zorg genoten in België, een andere EU-lidstaat. Voorafgaand aan de zorg is de ziektekostenverzekeraar niet om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft EG Verordening nr. 883/2004 in die situatie buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. Verzoeker en zijn gezinsleden zijn - naar eigen zeggen - door de huisarts verwezen naar dr. Coucke in België. De betreffende verwijzing is door de ziektekostenverzekeraar niet bestreden en staat hiermee vast. De Belgische arts heeft enkele onderzoeken uitgevoerd en op basis van de uitkomst hiervan de diagnose bijnierschorsinsufficiëntie bij de gezinsleden van verzoeker gesteld. Aan de hand van deze constatering heeft de arts een behandelplan opgesteld, waarbij onder meer medicatie is voorgeschreven.
Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de door dr. Coucke uitgevoerde onderzoeken en de daaropvolgende behandeling op basis van de diagnose bijnierschorsinsufficiëntie voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, als bedoeld in artikel 1.2 van de zorgverzekering.
- 9.3. Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopig advies van 13 april 2017 - bij ontbreken van een specificatie van de uitgevoerde bloed-, allergie-, urine-, en ontlastingsonderzoeken - gesteld ervan uit te gaan dat deze onderzoeken normale, gebruikelijke, diagnostische onderzoeken zijn. Dit standpunt is in het definitieve advies van 30 mei 2017, dus na ontvangst van de resultaten van voornoemde onderzoeken, niet gewijzigd. Daarom gaat de commissie ervan uit dat het inderdaad onderzoeken betreft die voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 9.4. Vervolgens dient te worden vastgesteld of verzoeker en zijn gezinsleden redelijkerwijs waren aangewezen op de onderhavige zorg, en of deze zorg doelmatig en doeltreffend is, zoals is bepaald in artikel 1.2 van de zorgverzekering. Het Zorginstituut heeft in zijn definitieve advies geconcludeerd dat onvoldoende is aangetoond dat verzoeker, zijn echtgenote, en zijn kinderen redelijkerwijs waren aangewezen op de ingezette behandeling, omdat het diagnostisch onderzoek is ingezet zonder differentieel diagnostisch te handelen. De commissie volgt het definitieve advies van het Zorginstituut en maakt de conclusie hiervan tot de haren. Hetgeen verzoeker in zijn brief van 16 juni 2017 heeft aangevoerd, maakt dit niet anders.
- 9.5. Artikel 36 van de zorgverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op vergoeding van zittend ziekenvervoer indien een verzekerde nierdialyse moet ondergaan of een oncologische behandeling met radio- of chemotherapie, visueel gehandicapt is en zich zonder begeleiding niet kan verplaatsen, dan wel rolstoelafhankelijk is. Tot slot bestaat aanspraak indien is voldaan aan de zogenoemde hardheidsclausule.
Verzoeker en zijn gezinsleden behoren niet tot één van de vier genoemde categorieën van verzekerden waarvoor zittend ziekenvervoer is aangewezen. Voorts is door hen - gelet op de reisafstand en de frequentie - niet voldaan aan de hardheidsclausule.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen. Eén van de voorwaarden voor vergoeding is dat de alternatief arts of therapeut moet voldoen aan de door de ziektekostenverzekeraar opgestelde criteria. Een overzicht van de zorgverleners die hieraan voldoen is opgenomen in de Zorgzoeker van de ziektekostenverzekeraar. Verder kan een verzekerde zich wenden tot een BIG-geregistreeerde arts die zich specifiek richt op acupunctuur en andere traditionele Oosterse geneeswijzen, antroposofische geneeswijzen, homeopathie of natuurgeneeswijzen. Artsen die lid zijn van de CAM-artsenverenigingen en de NAAV zijn ook opgenomen in de Zorgzoeker. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat dr. Coucke niet is opgenomen in de Zorgzoeker. Verzoeker heeft deze stelling van de ziektekostenverzekeraar niet (gemotiveerd) bestreden. Te gelden heeft daarom dat dr. Coucke niet kan worden aangemerkt als een alternatief arts of therapeut als bedoeld in artikel 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering, zodat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de onderhavige zorg ten laste van die verzekering.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover het de uitgevoerde bloed-, allergie-, urine- en ontlastingsonderzoeken betreft. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 9.8. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe met inachtneming van hetgeen in 9.7 is bepaald.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 16 augustus 2017,

P.J.J. Vonk