



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : EU-EER, Duitsland, medisch specialistische zorg, NaProTechnology, stand wetenschap en praktijk  
Zaaknummer : 201602537  
Zittingsdatum : 5 juli 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, artikel 20 Vo. nr. 883/2004)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Goede Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Best 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).

De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Tand Goed 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 een behandeling met NaProTechnology, uitgevoerd te Kleve, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 18 oktober 2016 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 verschillende e-mailberichten 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 e-mailbericht van 13 april 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog - gedeeltelijk - 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 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 17 mei 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 mei 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 mei 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 juni 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 18 mei 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 22 juni 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017022924) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. *"De medisch adviseur merkt op dat de NaPro Technology niet wetenschappelijk is vormgegeven. Er is geen sprake van een bepaalde diagnostische of therapeutische behandeling, maar veeleer van een filosofie. Deze wordt toegepast bij een groot scala aan aandoeningen en omvat allerlei tests en behandelingen, die soms ook regulier worden gebruikt, maar waarvan in het programma de noodzaak tot het inzetten ervan veelal niet rationeel onderbouwd is. Uit de beschikbare informatie blijkt niet dat de NaPro Technology overeenkomt met hetgeen in de richtlijnen van de betreffende beroepsgroep staat vermeld. Daarnaast is onvoldoende duidelijk om welke redenen het NaPro Technology programma is toegepast bij verzoekster, nu het een niet gespecificeerde behandeling betreft. Op basis van de beschikbare informatie concludeert de medisch adviseur dat onduidelijk is of er sprake is geweest van differentieel diagnostisch handelen. Dat behoort immers tot het normale arsenaal van medisch handelen."*  
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 26 juni 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 juli 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 17 juli 2017 heeft verzoekster de commissie, in vervolg op de zitting, aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is op 18 juli 2017 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hier binnen 14 dagen op te reageren. Bij brief van 1 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar op de stukken gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 1 augustus 2017 ter kennisname aan verzoekster gezonden.
- 3.11. Bij brief van 3 augustus 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. Bij brief van 10 augustus 2017 heeft het Zorginstituut aan de commissie medegedeeld dat naar aanleiding van de zitting de inhoud en omvang van de zorg niet ter discussie staat. Voor het Zorginstituut is derhalve geen adviestaak meer weggelegd in het onderhavige geschil. Een afschrift hiervan is op 15 augustus 2017 ter kennisname aan partijen gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend gynaecologe heeft op 25 januari 2017 ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *"Bei der o.g. Patientin liegt eine sekundäre Sterilität vor. Das Ehepaar Horkan hat sich zur Abklärung und Therapie für eine Behandlung mit der NaproFertilityCare/-Methode entschieden. Hierbei wird präkonzeptionell die Ursache der Störung gesucht und therapiert, sodass bei verbesserter Fertilität eine natürliche Konzeption und ein unauffälliger Schwangerschaftsverlauf ermöglicht werden. Diese Methode wird zurzeit in den Niederlanden nicht angeboten. Daher ist eine Therapie in Kleve, Deutschland, erforderlich. Bei Frau Horkan besteht Zustand nach dreimal Frühabort. Zur adäquaten Zykluseinstellung präkonzeptionell waren eine Unterstützung der Follikelreifung mit dem Präparat Letrozol, eine Ovulationsauslösung mit dem Präparat HCG (Pregnyl) sowie eine Unterstützung der Lutealphase*

*mit Progesteron (Utrogestan) erforderlich. Parallel dazu gibt die Patientin multiple immunologische Beschwerden an, weshalb eine Therapie mit Naltrexone low dose erforderlich war. Des Weiteren zeigten sich im Rahmen der Diagnostik erhebliche Nahrungsmittelallergien, welche diätetisch therapiert werden. Erfreulicherweise kam es unter dieser Therapie zum Eintritt einer spontanen Konzeption. Die Patientin befindet sich aktuell in der 9. Schwangerschaftswoche. Die Fortsetzung der bisherigen Therapie ist zum Erhalt der Schwangerschaft unbedingt erforderlich. Es erfolgt eine regelmässige Kontrolle der mütterlichen Hormone und Anpassung einer entsprechenden Substitution; (...)"*

- 4.2. Verzoekster is na twee miskramen doorverwezen naar het ziekenhuis. De arts aldaar deelde haar mede dat een oplossing voor haar situatie ontbreekt. Er werden in het ziekenhuis geen verdere onderzoeken gedaan naar de mogelijke oorzaak van de miskramen. Verzoekster kreeg namelijk te horen dat zij eerst drie miskramen moest hebben gehad of de leeftijd van 38 moest hebben bereikt, wilde nader onderzoek kunnen plaatsvinden dan wel worden overgaan tot IVF-behandelingen. Verzoekster kreeg vervolgens haar derde miskraam. In het ziekenhuis werd een bloedtest gedaan en een intern onderzoek verricht. Op basis hiervan konden geen oorzaken worden gevonden. Verzoekster is door het ziekenhuis nooit onderzocht op haar hormoonspiegel. Ook deze keer werd aan verzoekster medegedeeld dat niets voor haar kon worden gedaan en dat het een kwestie was van opnieuw proberen. Een IVF-behandeling zou voor verzoekster evenmin de oplossing zijn, aangezien zij geen problemen heeft met de bevruchting van de eicel, maar met het voltooien van de zwangerschap. Verzoekster had gelezen over de alternatieve behandeling met NaProTechnology en kreeg hiervoor toestemming van haar behandelend gynaecologe. Verzoekster stelt dat zij deze behandeling nodig heeft, aangezien zij psychisch lijdt door alle miskramen en bang is voor een depressie.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de betreffende behandeling niet wetenschappelijk is bewezen en derhalve te experimenteel is teneinde deze als verzekerde zorg te kunnen aanmerken. Verzoekster vindt die stelling onvoldoende gemotiveerd en opmerkelijk, aangezien de meeste medicijnen die bij de behandeling met NaProTechnology worden gebruikt ook bij IVF-behandelingen worden ingezet, en dan wel worden vergoed. Ook komt de behandelmethode bij IVF overeen met die van de behandeling met NaProTechnology, alleen voert bij laatstgenoemde behandeling een gynaecoloog deze uit. Voorts stelt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar meer waarde moet toekennen aan de vakkundigheid van medisch specialisten.
- 4.4. Verzoekster verklaart dat de behandeling plaatsvindt in een ziekenhuis waarmee de ziektekostenverzekeraar een contract heeft afgesloten. Zij had derhalve verwacht dat de vergoeding van de behandeling geen probleem zou zijn. Verder staat op de website van de ziektekostenverzekeraar dat bijzondere situaties naar de omstandigheden worden beoordeeld. In het geval van verzoekster is sprake van een bijzondere situatie, aangezien zij geen problemen heeft bij het zwanger worden - waarvoor behandelingen bestaan die wel worden vergoed -, maar juist bij het behouden van haar zwangerschap. Op de website van de ziektekostenverzekeraar staat ook: *"Bij zorgadvies geven wij u deskundig advies over het vinden van de juiste zorg. We bespreken uw situatie, zoeken naar een passende oplossing en begeleiden u."* Dit is in tegenspraak met de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat het niet aan hem is met alternatieve behandelopties te komen.
- 4.5. Voorts vindt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar haar meerdere keren onjuiste informatie heeft verstrekt, waardoor zij niet de mogelijkheid heeft gehad per 1 januari 2017 over te stappen naar een andere zorgverzekeraar.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoekster medegedeeld dat de meegebrachte pleitnota buiten beschouwing kan blijven, aangezien de ziektekostenverzekeraar inmiddels het standpunt inneemt dat toch sprake is van verzekerde zorg. In vervolg op de zitting heeft verzoekster de commissie aanvullende informatie gezonden. Dit betreft ten eerste een specificatie van de gebruikte medicijnen. Voorts heeft verzoekster

uiteengezet welke behandelingen onder de verschillende DBC-zorgproductcodes vallen. Tot slot heeft verzoekster gesteld en onderbouwd dat het ziekenhuis in Kleve een gecontracteerde zorgaanbieder is. Zo staat op de website van de ziektekostenverzekeraar een overzicht met gecontracteerde ziekenhuizen, waaronder het betreffende ziekenhuis in Kleve. Hier staat weliswaar het jaar 2013 bij, maar verzoekster heeft geen recentere overzicht kunnen vinden. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar zowel mondeling als schriftelijk aan verzoekster bevestigd dat indien zij een verwijzing heeft van de huisarts, de behandeling in het ziekenhuis in Kleve onder de gecontracteerde zorg valt.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De informatie omtrent NaProTechnology die verzoekster naar de ziektekostenverzekeraar heeft gestuurd, bevat geen overtuigend wetenschappelijk bewijs waardoor de behandeling als verzekerde zorg kan worden aangemerkt. Het gaat volgens de website van NaProTechnology om een nieuwe behandeling, hetgeen in tegenspraak is met de stelling dat reeds vele publicaties over dit onderwerp zijn verschenen. Daarnaast blijkt duidelijk uit de informatie dat de behandeling in Nederland niet wordt aangeboden. De techniek kan ook niet worden teruggevonden in de richtlijnen van de betreffende beroepsgroep. In de ons omringende landen wordt de behandeling evenmin toegepast. Hiermee voldoet de behandeling niet aan het criterium van geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Het argument dat de behandeling niet conform stand van de wetenschap en praktijk is geldt ook. Uit de publicaties kan namelijk geen evidence van voldoende niveau worden ontdekt.

Voorts is het niet aan de ziektekostenverzekeraar met alternatieve behandelopties te komen die wel worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar adviseert verzoekster dit met haar behandelaar te bespreken.

5.2. Verzoekster stelt voorts dat de behandeling met NaProTechnology overeenkomt met een IVF-behandeling, waarvoor wel een vergoeding wordt gegeven. De ziektekostenverzekeraar is het niet eens met deze stelling. Bij IVF gaat het om de bevruchting van een eicel buiten het lichaam, terwijl het bij de NaProTechnology gaat om de monitoring en stimulatie van de eicellen. Vruchtbaarheidsbehandelingen komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien de effectiviteit wetenschappelijk bewezen is, zoals bij IVF, ICSI en IUI het geval is. Bij NaProTechnology is hier echter geen sprake van.

5.3. Uit de contactregistratie van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat inderdaad foutieve informatie is verstrekt over het wel of niet nodig hebben van een verwijzing. Wat betreft de vergoeding van de behandeling, is door de ziektekostenverzekeraar echter wel de juiste informatie gegeven. Indien het gaat om een behandeling waarvan de effectiviteit (nog) niet is bewezen, dan wordt deze niet vergoed ten laste van de zorgverzekering. Hierbij maakt het niet uit of deze behandeling wordt uitgevoerd door een gecontracteerd ziekenhuis in het binnenland dan wel buitenland en al dan niet met verwijzing.

5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat hij aanvankelijk van een verkeerde veronderstelling is uitgegaan zodat de behandeling ten onrechte is afgewezen omdat geen sprake zou zijn van verzekerde zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten alsnog 75 percent van de kosten van de behandeling te vergoeden. Er geldt een korting van 25 percent aangezien het ziekenhuis in Kleve niet is gecontracteerd. Met betrekking tot de medicijnen zal de ziektekostenverzekeraar zijn medisch adviseur een beoordeling laten uitvoeren na ontvangst van de aanvullende informatie van verzoekster.

Bij brief van 1 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar het volgende verklaard. De medicatie die is verstrekt vormt onderdeel van het zorgproduct dat betrekking heeft op de vruchtbaarheidsbehandelingen. Hiervoor is geen separate vergoeding mogelijk. Wat betreft de ondergane behandelingen zijn de normale declaratieregels van toepassing. De hormoonbehandelingen die binnen 90 dagen na opening van het initiële subtraject of binnen

120 dagen na opening van het vervolgsubtraject worden gestart, vallen onder hetzelfde DBC-zorgproduct. Dit is in de situatie van verzoekster het geval waardoor geen aanvullende vergoeding mogelijk is.

Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat het ziekenhuis in Kleve thans geen door hem gecontracteerde zorgaanbieder is. Tot een aantal jaren geleden was dit wel het geval, waardoor het misverstand is gerezen. De ziektekostenverzekeraar biedt verzoekster zijn excuses aan voor de verwarring die hierdoor is ontstaan.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek, voor zover hieraan niet door hem is tegemoet gekomen, dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 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 is gehouden de kosten van de behandeling met NaProTechnology, uitgevoerd te Kleve, Duitsland, te vergoeden, 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 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), sportarts, verpleegkundig specialist of physician assistant.  
(...)*

*Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.*



### **Verwijsbrief nodig van**

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistent, SEH-arts (spoedeisende hulp arts), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, sportarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, 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. De aanspraak op zorg in het buitenland is geregeld in artikel 9 van de zorgverzekering. Dit artikel 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. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website; (...)"

- 8.5. Artikel 1.4. van de zorgverzekering bepaalt het volgende:

#### **"Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder**

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 75% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerde tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmgtarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 75% van de Wmgtarieven. Het kan dan zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen;(...)"

- 8.6. In artikel 1.2. van de zorgverzekering is geregeld dat de inhoud en omvang van de zorg wordt bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap' en dan geldt dat die zorg verzekerd is die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 8.7. De artikelen 1.2., 1.4., 9 en 15 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, als onderdeel van geneeskundige 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 en diensten.

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 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*“1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*

*2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”*

9. Beoordeling van het geschil

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

9.1. Verzoekster maakt aanspraak op vergoeding van een behandeling met NaProTechnology, uitgevoerd in Duitsland, een andere EU-lidstaat. Er is sprake van planbare zorg; verzoekster heeft zich naar een andere lidstaat begeven met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Op deze situatie ziet artikel 20 Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk het standpunt betrokken dat de behandeling met NaProTechnology niet voldoet aan het in artikel 1.2. van de zorgverzekering opgenomen criterium 'plegen te bieden' onderscheidenlijk dat de behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, zodat geen sprake is van verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar evenwel medegedeeld dat de onderhavige behandeling als verzekerde zorg is aan te merken waardoor dit onderdeel in deze casus niet meer in geding is. Het voorliggende geschil spitst zich derhalve toe op de hoogte van de vergoeding van de verschillende behandelingen die hebben plaatsgevonden, de medicijnen die zijn gebruikt en de



door de ziektekostenverzekeraar toegepaste korting omdat de zorg is betrokken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

- 9.3. De ziektekostenverzekeraar is bij de vaststelling van de vergoeding uitgegaan van de DBC zorgproductcode 972804031 met als omschrijving: *"Behandeling met gonadotrofines | Infertiliteit"*. Deze DBC zorgproductcode komt de commissie, mede gelet op de verklaring van de behandelend medisch specialist, gedateerd 27 juni 2017, waarin zij ook naar de betreffende zorgproductcode verwijst, als meest passend voor. Het betreft een code uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven niet vrij onderhandelbaar zijn.
- 9.4. Verzoekster stelt dat de behandelingen die zij heeft ondergaan onder verschillende DBC zorgproductcodes vallen en dat derhalve een aanvullende vergoeding dient plaats te vinden. In Nederland worden behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenoemde 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 gegeven paramedische zorg en verstrekte geneesmiddelen. Een DBC had oorspronkelijk een maximale looptijd van 365 dagen. Met ingang van 2015 is dit teruggebracht naar maximaal 120 dagen, waarbij sprake kan zijn van ten hoogste drie aansluitende perioden. Indien het een doorlopende behandeling betreft, wordt steeds aansluitend een vervolg-DBC geopend. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren. Het oriënterend fertiliteitsonderzoek en de begeleiding van de zwangerschap vallen onder dezelfde DBC-zorgproductcode als de ovulatie-inductiebehandelingen en hebben binnen de betreffende looptijd plaatsgevonden. Van een aanvullende vergoeding op basis van meerdere DBC-zorgproductcodes kan derhalve geen sprake zijn.
- 9.5. Verzoekster heeft nog gesteld dat zij aanspraak heeft op een separate vergoeding voor de kosten van medicijnen. Hiertoe merkt de commissie op dat een vergoeding op basis van een DBC het gehele zorgtraject betreft, dat wil zeggen de behandeling inclusief eventuele bijbehorende geneesmiddelen en verbandmiddelen. Een separate vergoeding voor de kosten van medicijnen is, anders dan verzoekster meent, derhalve niet aan de orde.
- 9.6. Wat betreft de vraag of sprake is van gecontracteerde zorg en de vergoeding die hieruit volgt, oordeelt de commissie aldus.  
Verzoekster heeft op de website van de ziektekostenverzekeraar een overzicht gevonden met gecontracteerde ziekenhuizen, waarin ook het betreffende ziekenhuis in Kleve is vermeld. Dit overzicht staat volgens verzoekster nog steeds op de website. Zij heeft geen recenter overzicht kunnen vinden en heeft bij de ziektekostenverzekeraar nagevraagd hoe zij te werk moest gaan. Volgens verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar mondeling en schriftelijk aan haar bevestigd dat indien zij een verwijzing heeft van de huisarts, de behandeling in het ziekenhuis in Kleve onder de gecontracteerde zorg valt, zoals onder meer blijkt uit de e-mailcorrespondentie van 25 oktober 2016, waarin het volgende staat: *"You chose to go to Germany after calling our Customer Service, to ensure you would be going to a contracted hospital. But going to a contracted hospital is not enough to apply for a refund. You can only receive refundable care abroad when we have granted permission. I added the request forms and some additional information to this e-mail. These are written in Dutch so if needed, please ask someone to help you translate them. You also need to add the referral of your GP and an undisclosed, extensive treatment plan with (estimated) specific costs, signed off by your German gynecologist. Only then we can take your request into account"*. Hierin erkent de ziektekostenverzekeraar volgens verzoekster dat sprake is van een gecontracteerd ziekenhuis en stelt hij als voorwaarde voor vergoeding dat op basis van een behandelplan met kostenspecificatie toestemming moet zijn verleend, hetgeen overeenkomt met de informatie op het overzicht met de gecontracteerde ziekenhuizen. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop gesteld dat tot een aantal jaren geleden inderdaad sprake was van een gecontracteerde zorgaanbieder, echter op dit moment niet meer.  
De commissie heeft begrip voor de verwarring die het overzicht op de website en het e-mailbericht van de klantenservice van de ziektekostenverzekeraar hebben veroorzaakt. Echter, anders dan verzoekster kan de commissie uit bedoeld e-mailbericht niet opmaken dat hierin wordt bevestigd dat

het ziekenhuis in Kleve een gecontracteerde zorgaanbieder is. In het stuk is voorts vermeld dat er meerdere voorwaarden gelden naast die dat het ziekenhuis gecontracteerd moet zijn. Pas na het ontvangen van alle vereiste stukken, kan het verzoek in behandeling worden genomen, zo is in het e-mailbericht nadrukkelijk bepaald.

Op grond van het bovenstaande is de ziektekostenverzekeraar - conform artikel 1.4. van de zorgverzekering - gerechtigd 75 percent van het gemiddeld gecontracteerd tarief dan wel van het Wmg-tarief te vergoeden. Als gezegd, betreft het in casu een code uit het A-segment en vormt het bijbehorende tarief een gegeven.

### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

### Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.9. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure gedeeltelijk aan het verzoek is tegemoet gekomen, dient hij het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.

Zeist, 13 september 2017,

A.I.M. van Mierlo