

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Alternatieve geneeswijzen
Zaaknummer : 2009.02583
Zittingsdatum : 22 september 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 27 februari 2009 de kosten van een alternatief geneesmiddel (hierna: de aanspraak) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Ziektekostenverzekering Flexibel (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvulling Optimaal en Tandartskostenverzekering uitgebreid afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering voor tandartskosten biedt geen dekking voor het gevraagde en blijft daarom verder onbesproken. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 27 februari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 27 oktober 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 25 mei 2010 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brieven van 21 en 29 juli 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 3 augustus 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 augustus 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 september 2010 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 september 2010 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt dat zij begin 2009 gediagnosticeerd is met non hodgkin folliculair lymfoom, stadium 2, gradatie 1. De behandelend specialist wilde een afwachtend beleid voeren. Om deze reden heeft verzoekster zich gewend tot een alternatieve genezer, te weten een basisarts die zich heeft toegelegd op de Chinese geneeswijze en daarnaast homeopathie en natuurgeneeskunde heeft gestudeerd. Deze behandelaar versterkt het immuunsysteem van verzoekster met behulp van vitaminen en voedingssupplementen.
- 4.2. Verzoekster heeft alle door haar behandelaar gegeven adviezen opgevolgd en alle voorgeschreven middelen met zorg genomen. Hierdoor passen alle gemaakte kosten volgens verzoekster binnen de polisvoorwaarden en zelfs onder de aanspraak op reguliere zorg. De kosten van haar behandeling en alternatieve geneesmiddelen zouden moeten worden vergoed, omdat deze behandeling in haar geval in feite reguliere zorg is die is aan te merken als verantwoorde en adequate zorg uit dat vakgebied. Daarnaast kan de reguliere westerse geneeskunde niets voor verzoekster doen en is zij dus aangewezen op het alternatieve circuit. Verzoekster benadrukt dat zij voor het reguliere circuit geen extra kosten maakt.
- 4.3. Indien verzoekster op grond van de regelgeving niet voor vergoeding van de onderhavige kosten in aanmerking komt, verzoekt zij voor haar een uitzondering op de regels te maken.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling het volgende aangevoerd. De medicijnen die als complementair worden beschouwd zouden in de situatie van verzoekster moeten worden vergoed, omdat in het reguliere circuit geen behandelmogelijkheden meer zijn. De behandeling door de alternatief genezer heeft goede resultaten. Op grond van de polisvoorwaarden mag zijn wel een alternatief genezer consulteren, maar de door hem voorgeschreven medicijnen worden niet vergoed. Verzoekster is van mening dat afgeweken dient te worden van de regelgeving indien het uitvoeren daarvan onaanvaardbaar is.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de zorgverzekering geen dekking biedt voor alternatieve geneeswijzen en alternatieve geneesmiddelen. Daarom komen de onderhavige kosten niet voor vergoeding in aanmerking. In de aanvullende ziektekostenverzekering is wel een aanspraak opgenomen voor alternatieve geneeswijzen (maximaal € 1.000,-- per jaar) en alternatieve geneesmiddelen (maximaal € 750,-- per jaar). Het is geen optie om meer te vergoeden voor alternatieve geneeswijzen dan in de polisvoorwaarden is opgenomen, omdat de premie dan ontoereikend zou zijn.

5.2. Ter zitting heeft door de ziektekostenverzekeraar zijn eerder ingenomen standpunten herhaald. Vergoeding van alternatieve geneesmiddelen is wel mogelijk, maar in verband met controle en waarborging van kwaliteit dienen deze te worden voorgeschreven door één van de in de polis genoemde zorgverleners. Alternatieve geneesmiddelen voldoen niet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zodat deze niet ten laste van de zorgverzekering kunnen komen. Het feit dat in het reguliere circuit geen behandelingsmogelijkheden zijn, leidt er niet toe dat deze alternatieve geneesmiddelen worden vergoed op grond van de zorgverzekering.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van alternatieve geneeswijzen en alternatieve geneesmiddelen volledig 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18.1 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 18.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. In artikel 1.36 van de polisvoorwaarden is bepaald dat met een medisch specialist wordt bedoeld:

“Een arts, die is ingeschreven als medisch-specialist in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.”

In artikel 18.14 van de zorgverzekering is de aanspraak op farmaceutische zorg opgenomen, en luidt, voor zover hier van belang:

“lid 1 Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op de vergoeding van kosten van terhandstelling van:

a. de door de zorgverzekeraar op basis van bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;

b. andere geneesmiddelen, mits het rationele farmacotherapie betreft diel:

1. door of in opdracht van een apotheker in diens apotheek op kleine schaal zijn bereid en ter hand worden gesteld;

2. overeenkomstig bij ministeriële regeling vast te stellen regels in de handel worden gebracht naar aanleiding van een bestelling op initiatief van een arts, die bestemd zijn voor gebruik door individuele patiënten van die arts onder zijn toezicht en die hetzij zijn bereid volgens zijn specificaties, hetzij in een andere lidstaat of een derde land in de handel zijn en op zijn verzoek zijn ingevoerd of anderszins binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht en bestemd zijn voor een patiënt die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners;.

c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

(...)

Tenzij de zorgverzekeraar nadere afspraken heeft gemaakt met de betreffende zorgaanbieder, dienen de onder lid 1 genoemde middelen ter hand te zijn gesteld op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige. Terhandstelling geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

(...)”

- 8.3. De artikelen 1 en 18 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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 is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 3.3 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op vergoeding tot maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar voor onderzoek en behandeling door een alternatief genezer.

In artikel 3.15.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van alternatieve geneesmiddelen, welke bepaling luidt:

“Alternatieve geneesmiddelen en overige geregistreerde geneesmiddelen.

Vergoeding:

Tot € 750,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Alleen vergoeding voor geneesmiddelen die niet voor vergoeding in aanmerking komen volgens een zorgverzekering. Experimentele geneesmiddelen komen niet voor vergoeding in aanmerking. Op voorschrift van huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch-specialist, verpleegkundige, verloskundige of alternatief genezer. Geleverd door apotheek of apotheekhoudend huisarts.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De onderhavige zorg is niet aan te merken als medisch specialistische zorg als bedoeld in de zorgverzekering. Er is immers geen sprake van zorg verleend door een medisch specialist of door een ziekenhuis.
- 9.2. De commissie stelt vast dat de onderhavige middelen niet zijn opgenomen in Bijlage 1 van de Rzv, de lijst van door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangewezen geregistreerde geneesmiddelen, waarnaar artikel 18.14 van de zorgverzekering verwijst. De geleverde middelen zijn niet aan te merken als geneesmiddelen zoals bedoeld in de zorgverzekering en komen daarom niet voor vergoeding in aanmerking.
- 9.3. De zorgverzekering biedt geen dekking voor alternatieve geneeswijzen dan wel alternatieve geneesmiddelen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Wat betreft de aanvullende verzekering merkt de commissie op dat tussen partijen in confesso is dat verzoekster de volledige vergoeding over 2009 heeft ontvangen voor onderzoek en behandeling respectievelijk alternatieve geneesmiddelen. De kosten die het ontvangen bedrag te boven gaan komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- 9.5. De commissie begrijpt het verzoek van verzoekster om voor haar een uitzondering op de regels te maken als een beroep op redelijkheid en billijkheid. Op grond van artikel 6:248 lid 2 BW is een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel niet van toepassing, voor zover dit onder de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn. De commissie meent dat, gelet op de standpunten van partijen, van een dergelijke onaanvaardbaarheid geen sprake is.

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, 6 oktober 2010,

Voorzitter