



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen D te E
Zaak : EU/EER, holistische geneeskunde bij leverinfectie, plegen te bieden
Zaaknummer : 201400041
Zittingsdatum : 15 oktober 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,
tegen

D te E, hiernate 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 [naam ziektekostenverzekeraar] GezondSamenPolis Restitutie (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 [naam ziektekostenverzekeraar] Classic Comfort afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van een behandeling in verband met een leverinfectie, uitgevoerd te Münster, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij ongedateerd vergoedingenoverzicht 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 brief van 12 december 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

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

3.4. Bij brief van 2 juni 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld 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 7 augustus 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 augustus 2014 aan verzoekster gezonden, met de vraag of hiermee het geschil is opgelost. Verzoeker heeft bij brief van 18 augustus 2014 medegedeeld dat het geschil nog niet is opgelost. Een afschrift van deze brief is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 augustus 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 oktober 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 19 augustus 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 4 september 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014106806) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Er heeft geen gericht diagnostisch onderzoek plaatsgevonden en de behandeling bestaat uit niet-geregistreerde middelen en supplementen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 oktober 2014 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 21 oktober 2014 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de ter zitting voorgedragen pleitnota gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en pleitnota aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 27 oktober 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en pleitnota geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster kreeg in mei 2012 een ernstige leverinfectie. Aanvankelijk leek deze goed te genezen, maar na een jaar onder behandeling te zijn geweest van een MDL-arts, was geen vooruitgang meer te constateren. Verzoekster heeft daarop besloten een arts in Duitsland te bezoeken, waar zij in 2010 goede ervaringen mee heeft gehad.
- 4.2. Verzoekster heeft de kosten van de betreffende behandeling bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding afgewezen, op de grond dat het zou gaan om een alternatieve arts op holistische grondslag. Het gaat echter om een normale (huis)artsenpraktijk, waar ook reguliere onderzoeken worden uitgevoerd, zoals een echografie, een longfunctieonderzoek en het maken van ECG's. Sommige bloedwaarden stelt de arts zelf vast, en voor andere stuurt hij de monsters naar het laboratorium. De kosten van een laboratoriumonderzoek zijn evenmin door de ziektekostenverzekeraar vergoed, omdat hij met dit laboratorium geen contract heeft.
- 4.3. Verzoekster heeft in 2010 een behandeling van dezelfde arts gekregen. De kosten daarvan zijn destijds vergoed. Ook bezoeken aan een Duitse tandarts worden door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Tot slot vergoedt de ziektekostenverzekeraar wel de kosten van een natuurarts in Heerenveen, een en ander conform het huisartsentarief. Verzoekster vindt het daarom vreemd dat de onderhavige zorg niet voor vergoeding in aanmerking komt.

- 4.4. Na diverse telefoongesprekken heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 250,-- overgemaakt. Door de ziektekostenverzekeraar is echter niet duidelijk gemaakt waarop deze vergoeding is gebaseerd.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen gevraagd om een medisch verslag. Dit verslag is echter al sinds september 2013 in zijn bezit. Nieuw in het laatste verzoek van de ziektekostenverzekeraar is dat hij wil weten of de verleende zorg ook resultaat heeft gehad. Impliciet zegt de ziektekostenverzekeraar hiermee dat indien geen resultaat is geboekt, geen vergoeding mogelijk is. Dit lijkt op het principe "no cure, no pay". Dit vindt verzoekster onacceptabel en de vraag is naar haar mening dan ook ongepast. Haar gezondheidstoestand is overigens het laatste jaar significant verbeterd.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat geen sprake is geweest van alternatieve zorg. De behandelend arts heeft bloedmonsters afgenomen en deze laten onderzoeken door een extern laboratorium. Ook is een echografie gemaakt van de buikorganen, is een onderzoek naar de longfunctie verricht en is een hartfilm gemaakt. Verder heeft verzoekster aangevoerd dat zij zes consulten heeft gehad in 2013, zodat zij - indien sprake is van alternatieve zorg - ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft op € 174,-- (6 x € 29,--). De ziektekostenverzekeraar heeft deze vergoeding verrekend met de tegemoetkoming van € 250,--. Dat bedrag zou echter zijn betaald omdat lange tijd onduidelijkheid heeft bestaan over het vergoeden van de kosten en de lange duur voordat de brieven waren afgehandeld.
- 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 door de Duitse arts verleende zorg betreft geen zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, en betreft ook anderszins geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering is tevens geen vergoeding mogelijk, omdat de ziektekostenverzekeraar met de betreffende arts geen contract heeft gesloten.
- 5.2. Verzoekster heeft eerder zorg van deze arts ontvangen, en de kosten daarvan zijn destijds wel aan haar vergoed. Deze vergoeding is onterecht geweest. De ziektekostenverzekeraar zal de kosten echter niet bij verzoekster terugvorderen, en heeft bij wijze van overgangsmatregel besloten haar een coulancevergoeding toe te kennen van € 250,--.
- 5.3. Bij brief van 7 augustus 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat verzoekster ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft op een vergoeding van maximaal € 290,-- per kalenderjaar. Daarom is aan haar een aanvullende vergoeding verleend van € 40,--.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het bedrag van € 250,-- was bedoeld voor de kosten van consulten en verleende zorg. Er wordt bijna nooit immateriële schadevergoeding toegekend. Ook heeft verzoekster nauwelijks immateriële schade ondervonden. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat zijns inziens geen sprake was van reguliere huisartsenzorg, zodat moet worden gesproken van alternatieve zorg.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 8 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de

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

7. Het geschil

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

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 11 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op huisartsenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van:

1. geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en hierbij behorend laboratoriumonderzoek. (...)"

8.4. Artikel 11 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. 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. Huisartsenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

8.6. 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.

8.7. Artikel 36 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op alternatieve geneeswijzen en luidt, voor zover hier van belang:

"Door

1. Arts niet zijnde huisarts, medisch specialist of sportarts;

2. Acupuncturist;

3. Klassiek homeopaat;

4. Therapeut van wie de behandelingen en consulten vallen onder de volgende stromingen:

- acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen

- antroposofische geneeswijzen

- homeopathie

- natuurgeneeswijzen
- psychosociale zorg
- alternatieve beweegzorg

De acupuncturist, klassiek homeopaat, chiropractor, osteopaat en therapeut moeten opgenomen zijn in onze zorggids. U vindt de zorggids op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet is opgenomen in onze zorggids? Dan vergoeden wij de kosten niet. (...)

Alternatieve geneeswijze en beweegzorg. (...) Maximaal € 29 per consult tot in totaal € 290 per kalenderjaar voor alle kosten van de onder 1 t/m 4 genoemde behandelaars (...)

8.8. 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 is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.


9.2. 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 artikel 11 van de zorgverzekering.

9.3. De behandelend arts van verzoekster is werkzaam bij de "*Praxis für ganzheitliche Diagnostik & Therapiekonzepte*". "*Ganzheitliche*" is in het Nederlands "*holistische*". Uit het behandelverslag is op te maken dat verzoekster is behandeld met "*Vitamin B*", "*Folsäure-Hevert*", "*Bio H Tin*", "*Dekristol*" "*Omega3-Loges*", "*BioCult*", "*Regacan*", "*Regazym*", "*Myrrhinil Intest*", "*Repha Os Mundspray*" en "*ProDialvit 44*". Uit het voorgaande volgt dat het niet gaat om zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Verzoekster heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de kosten van deze behandeling, ten laste van de zorgverzekering.

9.4. Het zelfde geldt voor het in het kader van de behandeling uitgevoerde laboratoriumonderzoek. De opdracht voor dit onderzoek is gegeven door een arts die op dat moment niet optrad als huisarts, maar als alternatieve arts.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


9.5. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft op een vergoeding voor alternatieve geneeswijzen, tot




een maximum van € 290,-- per kalenderjaar. Van dit bedrag is door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster € 40,-- vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft niet weersproken dat aanspraak bestaat op € 290,--, zodat een bedrag van € 250,-- resteert. De commissie meent dat verzoekster nog recht heeft op betaling van het resterende bedrag. De gedane coulancevergoeding kan niet worden opgevat als een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.



Conclusie




9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.5. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.




9.7. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.5. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.



Zeist, 5 november 2014,



Voorzitter

