

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, alternatieve geneeswijzen
Zaaknummer : 2011.00356
Zittingsdatum : 31 augustus 2011

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 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Zorgkeuze (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 Basis Collectief afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 de kosten van consulten en onderzoeken, uitgevoerd te Antwerpen (België) (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsbericht van 16 januari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 75,--, is ingewilligd.
- 3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 10 februari 2009 en 20 januari 2011 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 1 mei 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 juli 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 juli 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 juli 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 7 juli 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 4 augustus 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011071614) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, gedeeltelijk in te willigen, met dien verstande dat het consult voor vergoeding in aanmerking komt. Op vergoeding van de overige kosten bestaat geen aanspraak, omdat het niet gaat om zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 augustus 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 5 september 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 12 september 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de aan haar verleende zorg ten onrechte als zijnde alternatieve geneeswijzen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft gebracht. De behandelend arts is geregistreerd als huisarts. Bovendien maakt een alternatief genezer gebruik van geneeswijzen die wetenschappelijk niet bewezen zijn. De behandelend arts van verzoekster maakt gebruik van behandelmethoden die wel bewezen effectief zijn.
- 4.2. De reden dat verzoekster de zorg niet van haar eigen huisarts ontvangt, is dat deze de klachten niet kon behandelen. De huisarts heeft verzoekster doorverwezen naar de arts in Antwerpen. De aldaar uitgevoerde onderzoeken betreffen reguliere laboratoriumonderzoeken en een röntgendiagnose van de schildklier. Het betreft hier derhalve geen alternatieve onderzoeken.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het gaat om hormoongerelateerde klachten. Het betreft het cortisolniveau. In het ziekenhuis werd haar verteld dat het tussen de oren zat. Uiteindelijk is zij verwezen naar de Belgische arts, en deze vond wel een lichamelijke oorzaak. Daartoe heeft hij reguliere onderzoeken laten

uitvoeren.

4.4. 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 door de behandelend arts van verzoekster uitgevoerde onderzoeken niet vallen onder zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. De arts in kwestie voert een praktijk voor “anti aging therapy”. Dat zij ook huisarts zou zijn, doet hieraan niets af, nu zij kennelijk niet als zodanig praktijk voert dan wel werkzaam is. Bovendien is de arts in kwestie geregistreerd als alternatief arts. In die hoedanigheid kan zij geen reguliere huisartsenzorg verlenen.

5.2. Verzoekster is ingeschreven bij een huisarts in Nederland. Indien de verleende zorg huisartsenzorg zou betreffen, zou deze ook kunnen worden verleend door de eigen huisarts.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het consult wel tot de verzekerde zorg behoort. De kosten hiervan zijn echter niet vergoed als huisartsenzorg, maar als alternatieve zorg onder de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit kan worden gecorrigeerd, maar een dergelijke correctie levert geen hogere vergoeding op. Het passantentarief is namelijk € 24,86, en er is € 25,-- betaald.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden 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 aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

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 19 tot en met 39 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering.

Artikel 19 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op huisartsenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“lid 1

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor geneeskundige zorg door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden.

lid 2

De aanspraak op vergoeding van kosten voor zorg door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek gedeclareerd door een huisarts. (...)

plaats:

de zorg vindt plaats op de lokatie van de huisartsenpraktijk of huisartsenpost, bij u thuis, op uw (tijdelijke) verblijfplaats (niet zijnde instelling voor medisch specialistische zorg)."

Artikel 11 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1

De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. (...)"

- 8.3. De artikelen 11 en 19 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van de 'algemene voorwaarden' 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.
Huisartsenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Artikel 2.4 lid 1 Bzv bepaalt dat geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 18 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op alternatieve geneeswijzen en luidt, voor zover hier van belang:

"18.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden behandelingen op basis van alternatieve therapieën. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. De maximale vergoeding die staat vermeld, geldt voor alternatieve behandelingen én antroposofische en/of homeopathische geneesmiddelen (zie artikel 14.4.) samen.

Bij de vergoeding kunnen wij hanteren:

- a. een maximum bedrag per jaar;*
- b. een maximum bedrag per behandeldag. Het maximum bedrag per behandeldag geldt voor alle gedeclareerde behandelingen die u in totaal op één behandeldag ondergaat, ongeacht de naam, het aantal en de vorm ervan.*

Als één of beide maximum bedragen gelden, staan deze vermeld in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. (...)

De behandelingen worden uitsluitend gegeven door:

- a. een arts voor alternatieve geneeswijzen. Dit mag ook een arts zijn die geen huisarts of medisch specialist is;*
- b. een therapeut die geen arts is maar wel lid is van een beroepsvereniging van alternatieve geneeswijzen die naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt;*
- c. een therapeut die geen arts is maar wel is ingeschreven in een register voor alternatieve geneeswijzen dat naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt.(...)"*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Zoals hiervoor gesteld, bepaalt artikel 2.4 lid 1 Bzv dat geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden. Uit de toelichting op dit artikel (Staatsblad 2005, 389) blijkt dat met de formulering “plegen te bieden” met daaraan gekoppeld de aanduiding van een beroepsbeoefenaar de inhoud en omvang van de zorg worden bepaald. De term “plegen te bieden” wordt ingevuld met toepassing van artikel 2.1, tweede lid Bzv. De artikelen 2.1, tweede lid, en 2.4 Bzv vullen dus samen in wat de verzekerde geneeskundige zorg inhoudt.
- 9.2. Uit de toelichting op artikel 2.1 Bzv blijkt dat de term “plegen te bieden” de grenzen van de aanspraken bepaalt. Het verklaart, wat het laatste betreft, slechts die zorg tot voor vergoeding of verstrekking in aanmerking komend deel van het pakket, die de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent. Is sprake van dat laatste, dan is vervolgens voor de vraag of het gaat om een verzekerde prestatie bepalend zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk. In dit opzicht heeft het criterium veel gemeen met de (ten tijde van de totstandkoming van de Zvw bestaande) rechtspraak die de gebruikelijkheid van de zorg afmeet aan de houding in de kringen van de medische wetenschap en praktijkuitoefening. Het woord “houding” maakt duidelijk dat niet bepalend is hoe vaak bepaalde zorg toepassing vindt, doch in welke mate beroepsbeoefenaren dergelijke hulp als een professioneel juiste handelwijze beschouwen.
- 9.3. Uit gegevens van de website van de behandelend arts van verzoekster blijkt dat zij een opleiding heeft afgerond tot huisarts. De zorg die zij levert bestaat echter onder andere uit diverse uitgebreide algemene onderzoeken, die doorgaans niet door huisartsen worden uitgevoerd. Een huisarts zal alleen een – gericht – onderzoek (laten) uitvoeren bij verdenking op een bepaalde aandoening en zal zo nodig voor verdere diagnostiek en behandeling verwijzen naar een medisch specialist. Uit de stukken blijkt niet dat de door de behandelend arts uitgevoerde onderzoeken naar aanleiding van een verdenking op een bepaalde aandoening zijn uitgevoerd. Hieruit kan worden afgeleid dat het niet gaat om zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Verzoekster heeft dan ook geen aanspraak op vergoeding van de kosten van deze zorg, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.4. Het CVZ concludeert in zijn advies van 4 augustus 2011 dat de kosten van het consult wel voor vergoeding in aanmerking komen, omdat dit een conservatieve hande-

ling betreft waarbij de patiënt nog niet wordt behandeld. De commissie neemt die conclusie over en maakt deze tot de hare.

- 9.5. Uit het voorgaande volgt dat het consult ten laste van de zorgverzekering dient te worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting medegedeeld dat dit zou leiden tot een lagere vergoeding. Aangezien verzoekster echter nadrukkelijk heeft verzocht de kosten ten laste van de zorgverzekering te brengen, dient dit verzoek te worden toegewezen, en dient de ziektekostenverzekeraar het bedrag te corrigeren en verzoekster het passantentarief te vergoeden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. Aangezien de zorg, met uitzondering van het consult, niet onder de zorgverzekering kan worden vergoed als huisartsenzorg, is deze door de ziektekostenverzekeraar terecht aangemerkt als alternatieve zorg. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt hiervoor een gedeeltelijke dekking. Het bijbehorende bedrag is aan verzoekster uitgekeerd.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met dien verstande dat de kosten van het consult dienen te worden vergoed, ten laste van de zorgverzekering. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met dien verstande dat de kosten van het consult dienen te worden vergoed, ten laste van de zorgverzekering. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 14 september 2011,

Voorzitter