



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V.,
beide te Wageningen

Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, alternatieve geneeswijzen, behandeling door
familielid, mantelzorg

Zaaknummer : 201600879

Zittingsdatum : 12 oktober 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

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

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen
- hierna gezamenlijk 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 ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering GarantVerzorgd 3 + G1 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). De zorgverzekering en de eveneens afgesloten aanvullende verzekering Garant Tandverzorgd 1 zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.

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 (para)medische hulp, begeleiding, verpleging, verzorging en huishoudelijke hulp (hierna: de aanspraak). Bij declaratieoverzicht van 17 april 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar € 179,60 van het totaalbedrag van € 36.120,- vergoed en het overige deel van € 35.940,40 afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 15 oktober 2015 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 mei 2016 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 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 e-mailbericht van 11 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 augustus 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 18 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 september schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 oktober 2016 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster werd in april 2013 plotseling ernstig ziek en had hierdoor acute zorg nodig. Zij had het gevoel dat zij niet lang meer te leven had en belde in paniek haar moeder op, met het dringende verzoek direct te komen. In de periode van april tot en met augustus 2013 heeft haar moeder (para)medische hulp, alsmede begeleiding, verpleging, verzorging en huishoudelijke hulp verleend aan verzoekster. Verzoekster heeft de ziekte van Lyme. De ziekte ging gepaard met onder andere uitvalsverschijnselen, door de benen zakken, pijnen in de armen en benen, een evenwichtsstoornis, koorts, tremoren en hartritmestoornissen. Aangezien verzoekster door haar ziekte niet meer de zorg aan haar eigen dochter kon verlenen, viel ook deze onder de verzorging door haar (groot)moeder. Naast de noodzakelijke zorg, had de dochter van verzoekster door de situatie ook steeds meer individuele begeleiding nodig.
- 4.2. Bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (hierna: CIZ) werd een aanvraag gedaan voor persoonlijke verzorging en begeleiding vanuit een persoonsgebonden budget (PGB) voor minimaal twee uren per dag. Dit kostte enorm veel moeite en is niet geheel zonder problemen verlopen. Er zijn meerdere brieven naar het CIZ gestuurd om de nood van de situatie te benadrukken, echter het CIZ bleef zich laks opstellen. Het duurde weken voordat werd gereageerd op de zorgvraag en in de tussentijd moest de moeder van verzoekster steeds pendelen tussen Leusden en Groningen om de noodzakelijke zorg aan haar dochter en kleindochter te kunnen verlenen. Verzoekster woonde destijds, vrij geïsoleerd, in Groningen waardoor niemand in de nabije omgeving de tussentijdse mantelzorg kon verzorgen. Het CIZ was er gemakshalve van uitgegaan dat wel een familiaal beschikbaar zou zijn om de nodige hulp te bieden, ongeacht de geografische afstand en of deze al dan niet capabel is.
Niet alleen omdat het haar dochter is, maar ook vanwege haar (para)medische achtergrond en deskundigheid, was het voor de moeder van verzoekster een vanzelfsprekendheid en verplichting haar te hulp te schieten. Zij achtte zich belast met een zorgplicht jegens haar dochter en kleindochter, zowel in haar hoedanigheid van (groot)moeder als in haar hoedanigheid van therapeut.
- 4.3. Bij de verzorging is de moeder van verzoekster over haar fysieke en psychische grenzen gegaan. Dit was noodzakelijk teneinde te voorkomen dat verzoekster nog zieker zou worden, alsmede om te voorkomen dat maatregelen zouden worden getroffen ter bescherming van de minderjarige dochter

van verzoekster. Deze kans was aanwezig, aangezien de huisarts al meerdere malen had gedreigd dat de Raad voor de Kinderbescherming zou worden ingeschakeld.

Met name de fysieke belasting zorgde voor een verdere verlaging van de al verminderde weerstand, hetgeen leidde tot een verzakking van de baarmoeder, terugkomende ontstekingen en bronchitis. Deze omstandigheden hebben op de moeder van verzoekster lichamelijk, geestelijk, maatschappelijk en in financiële zin een behoorlijke impact gehad. De verzorging van verzoekster is ten koste gegaan van de werkzaamheden in haar eigen praktijk.

- 4.4. De werkzaamheden van de moeder van verzoekster zijn duidelijk meer omvattend geweest dan alleen uit hoofde van haar hoedanigheid van natuurgeneeskundige. Zij heeft verzoekster in grote mate mantelzorg verleend, die gelet op de kritieke situatie noodzakelijk was. Derhalve kan niet worden gezegd dat het hier uitsluitend alternatieve zorg betreft. De ziektekostenverzekeraar heeft bij de vergoeding van de nota voor de verrichte werkzaamheden slechts naar de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering gekeken, zonder rekening te houden met de bijzondere omstandigheden van het geval. Dit is onaanvaardbaar, mede omdat *"de ziektekostenverzekeraar deels verantwoordelijk moet worden gehouden voor het ontstaan van een uiterst kritieke situatie, waarin het eenvoudig heeft ontbroken aan een adequate zorgindicatie."* Verzoekster betaalt een hoge premie voor haar ziektekostenverzekering. Hiervoor mag ook iets van de ziektekostenverzekeraar worden verwacht, indien dat nodig is. De ziektekostenverzekeraar had in deze situatie ten minste een zekere coulance moeten toepassen.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster zich beroepen op de dekking die bestaat voor mantelzorg op grond van de polisvoorwaarden en op het in de polisvoorwaarden opgenomen mantelzorgarrangement. Voorts heeft verzoekster gesteld dat de beperking tot € 500,- voor alternatieve geneeswijzen haar – gelet op de omstandigheden van het geval – naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid niet kan worden tegengeworpen.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De zorg die door de moeder van verzoekster is verleend, betreft alternatieve geneeswijzen. Dit blijkt uit de gedeclareerde nota's, waarbij de moeder van verzoekster in haar hoedanigheid van natuurgeneeskundige declareert. De moeder van verzoekster is een natuurgeneeskundige en APS-therapeute, aangesloten bij een door de ziektekostenverzekeraar aangesloten erkende beroepsvereniging. Alternatieve geneeswijzen vormen geen verzekerde prestatie vanuit de zorgverzekering, derhalve kunnen de nota's enkel worden vergoed vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. De betreffende aanvullende ziektekostenverzekering biedt een vergoeding van 80 percent van de kosten tot een maximum van € 500,-, waarvan reeds € 320,40 voor alternatieve geneeswijzen was uitgekeerd. Hierdoor kon slechts € 179,60 worden vergoed.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor mantelzorg. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar gesteld dat het mantelzorgarrangement er alleen is om de mantelzorger vrijaf te kunnen geven. Bij verzoekster is hiervan geen sprake.
- 5.3. Bij brief van 20 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld dat geen aanleiding bestaat voor een coulancevergoeding. De ziektekostenverzekeraar is niet op de hoogte gebracht van het bestaan van een noodsituatie. De ingediende nota's zijn op de juiste wijze vergoed.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover 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 aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.

8.2. Artikel E3 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op alternatieve geneeswijzen en luidt, voor zover hier van belang:

"Alternatieve behandelwijzen (complementaire behandelwijzen) zijn andere dan de gebruikelijke (reguliere) behandelingen. Zij vormen daar vaak een aanvulling op, maar kunnen ook op zichzelf staan. Het is wenselijk uw huisarts of medisch specialist op de hoogte te stellen als u gebruik maakt van alternatieve behandelwijzen. Alternatieve behandelwijzen kunnen zijn: homeopathie, antroposofie, acupunctuur, acupressuur, natuurlijke geneeswijzen, zorg voor houding en beweging of alternatieve psychologische hulpverlening. U krijgt een vergoeding voor consulten en behandelingen van 80% tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar € 500,- (bij GarantVerzorgd 3); (...)"

8.3. Artikel E52 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vervangende mantelzorg en het mantelzorgers-arrangement en luidt, voor zover hier van belang:

"E52.1 Vervangende mantelzorg

Mantelzorg kan voor u, hoe graag u het ook doet, een hele belasting zijn. Zeker als u langdurig en zeer intensief mantelzorg verleent. Daarom is er de mogelijkheid een vervanger in te schakelen als u bijvoorbeeld vakantie neemt. U krijgt maximaal 15 dagen per kalenderjaar vervangende mantelzorg vergoed; (...)

E52.2 Mantelzorgers-arrangement

Een Mantelzorgers-arrangement geeft de mantelzorger en verzorgde de mogelijkheid een aantal dagen per jaar te ontspannen en op adem te komen. Dit kan door een aantal dagen alleen of samen met de verzorgde te verblijven in een prettige omgeving waar ontspanning en ontmoeting van lotgenoten centraal staat. Er is tijdens een arrangement aandacht voor opleiding en ontwikkeling, waarvoor deskundige begeleiding aanwezig is; (...)"

9. Beoordeling van het geschil

9.1. In geschil is of de door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerde kosten die volgens haar betrekking hebben op (para)medische hulp, begeleiding, verpleging, verzorging en huishoudelijke hulp volledig dienen te worden vergoed, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoekster stelt dat het hier niet uitsluitend alternatieve zorg betreft, maar dat de werkzaamheden door haar moeder duidelijk meer omvattend zijn geweest dan alleen uit hoofde van haar hoedanigheid van natuurgeneeskundige. Er is in grote mate noodzakelijke mantelzorg verleend waarvan de kosten, ten laste dienen te komen van de aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie overweegt te dien aanzien als volgt.

- 9.2. Dat door de moeder van verzoekster tussen april en augustus 2013 mantelzorg is verleend, is door de ziektekostenverzekeraar niet bestreden. Echter, de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering kennen hiervoor geen dekking. In de verzekeringsvoorwaarden zijn slechts tijdelijke vervanging van de mantelzorger en het mantelzorgarrangement opgenomen. In het onderhavige geval is aan de in dat verband toepasselijke voorwaarden niet voldaan, zodat op grond van deze regelingen geen aanspraak op vergoeding bestaat. Verzoekster heeft hulp door een natuurgeneeskundige gedeclareerd. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt een vergoeding van 80 percent van de kosten tot een maximum van € 500,- voor kosten gemaakt in het kader van alternatieve geneeswijzen, indien de zorgverlener is aangesloten bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging. Verzoekster had in het kalenderjaar 2013 reeds een vergoeding ontvangen van € 320,40 voor alternatieve geneeswijzen, waardoor zij nog recht had op een bedrag van € 179,60. Laatstgenoemd bedrag is door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
- 9.3. Voorts stelt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar zich niet op de beperking tot € 500,- mag beroepen omdat zulks naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid leidt tot een uitkomst die onaanvaardbaar is.. Het beroep op bijzondere omstandigheden faalt, in die zin dat - gelet op de jurisprudentie van de Hoge Raad ter zake (HR 19 december 2014, 13/04451) - aan de derogerende werking van de redelijkheid en billijkheid bij verzekeringsovereenkomsten alleen onder zeer strikte voorwaarden wordt toegekomen. Aan deze strikte voorwaarden wordt in casu niet voldaan. Daarbij zou het ter zijde stellen van de beperking alleen gevolgen hebben voor de dekking voor alternatieve geneeswijzen, en de stelling van verzoekster is nu juist dat de werkzaamheden door haar moeder veel meer hebben omvat dan alleen het verlenen van die zorg.
- 9.4. Voor zover verzoekster met haar beroep op de bijzondere omstandigheden wenst te stellen dat de ziektekostenverzekeraar coulance dient te betrachten, merkt de commissie op dat de bevoegdheid tot toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het door deze ter zake gevoerde beleid kan de commissie niet treden. Dit is slechts anders indien de ziektekostenverzekeraar een beleid zou voeren waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Gesteld noch gebleken is dat hiervan in de onderhavige situatie sprake is.
- 9.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de kosten heeft vergoed conform de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering en dat verzoekster derhalve geen recht heeft op een hogere vergoeding dan € 179,60, welk bedrag reeds aan haar is uitgekeerd.

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, 9 november 2016,

A.I.M. van Mierlo