



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : EU/EER, Spanje, AV, alternatieve geneeswijzen, informatievoorziening, misleiding
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, Regeling informatieverstrekking
ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH-NR-017)
Zaaknummer : 202001673
Zittingsdatum : 2 december 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 29 september 2020 heeft verzoekster per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 november 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie hiervan is op 12 november 2020 aan verzoekster gezonden, waarna zij op 16 november 2020 per e-mail op de brief van de ziektekostenverzekeraar heeft gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 december 2020 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de IZZ Basisverzekering, variant Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering IZZ Zorg voor de Zorg + Extra 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft in de periode van 17 februari 2020 tot 1 juni 2020 behandelingen acupunctuur ondergaan in Alicante, Spanje. De kosten hiervan bedragen 19 x € 40,- = € 760,-. Zij heeft deze gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster meegedeeld dat de kosten van de behandelingen niet worden vergoed.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 24 juli 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de nota's uit Alicante van de behandelingen acupunctuur te vergoeden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 7.1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarde is vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de relevante bepalingen uit de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. Verzoekster verklaart dat zij last heeft van astma en allergieën. Daarnaast werd bij haar een hartritmestoornis vastgesteld. Zij verblijft een deel van de tijd in Spanje en heeft gekozen voor een restitutiepolis. Daarmee kan zij zelf haar zorgverlener kiezen. De ziektekostenverzekeraar dient de kosten te vergoeden tot het Nederlandse niveau. Dit volgt uit de Europese regelgeving en blijkt uit informatie van de NZa. De ingediende nota blijft binnen de verzekeringsdekking van € 800,- per kalenderjaar en het maximum van € 40,- per dag. De verzekeringsvoorwaarden bevatten geen beperking tot Nederland.

Verzoekster tekent hierbij aan dat haar echtgenoot in gelijke omstandigheden vijf jaar geleden wel een vergoeding ontving voor behandelingen in Spanje.

Zij stelt voorts te zijn misleid. Volgens de 'vergoedingenlijst' op de app van de ziektekostenverzekeraar worden de kosten namelijk vergoed. Pas bij doorklikken naar de derde pagina van de app blijkt dat hieraan voorwaarden zijn verbonden. Volgens verzoekster had de ziektekostenverzekeraar al op de eerste pagina moeten vermelden dat de zorg niet wordt vergoed indien deze in het buitenland wordt betrokken, want "zover lees je normaal niet".

6.3. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de verzekeringsvoorwaarden en licht toe dat de door hem aangewezen zorgverlener moet zijn aangesloten bij een erkende koepelorganisatie. Deze koepelorganisatie controleert of de zorgverlener voldoet aan de eisen betreffende kwaliteit en opleiding.

Dat de nota's van de echtgenoot destijds wel zijn vergoed hangt samen met het feit dat toen nog geen wettelijke eisen werden gesteld aan zorgaanbieders. Dit is veranderd toen in 2016 de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) in werking trad.

6.4. De commissie merkt op dat de aanvullende ziektekostenverzekering inderdaad een restitutiekarakter heeft. Dit betekent echter niet dat de 'vrije artskeuze' waarop verzoekster zich beroept absoluut is; de 'vrije artskeuze' kan feitelijk worden begrensd door de verzekeringsvoorwaarden. Restitutie ziet slechts op de wijze waarop de bestaande dekking is vorm gegeven, en niet op de omvang van de dekking, die immers wordt bepaald door de (overige) verzekeringsvoorwaarden.

Met betrekking tot die verzekeringsvoorwaarden stelt de commissie vast dat in artikel 9 is bepaald dat de vergoeding maximaal € 800,- per kalenderjaar bedraagt. Voor behandelingen en consulten geldt een maximumvergoeding van € 40,- per dag. Onder het kopje 'Hier kunt u terecht' is opgenomen: "Voor behandelingen en consulten kunt u alleen terecht bij een door ons aangewezen zorgverlener. Een overzicht hiervan vindt u op onze website." De door verzoekster bezochte zorgverlener komt in dit overzicht niet voor.

De stelling van verzoekster dat de verzekeringsvoorwaarden geen beperking van de dekking tot Nederland bevatten, is op zichzelf juist. De ziektekostenverzekeraar heeft daarmee de mogelijkheid opengelaten dat ook buitenlandse zorgverleners de verzekerde zorg kunnen leveren, mits zij door hem zijn aangewezen. Anders dan de zorgverzekering is de aanvullende ziektekostenverzekering geen onderwerp van harmonisatie of coördinatie op basis van Europese regelgeving. Die regelgeving staat er daarom niet aan in de weg overeen te komen dat een zorgverlener door de ziektekostenverzekeraar 'aangewezen' moet zijn.

- 6.5. Verzoekster heeft voorts verwezen naar de app van de ziektekostenverzekeraar. Haar stelling is tweeledig. In de eerste plaats heeft zij aangevoerd dat volgens de “vergoedingenlijst” de kosten van de behandelingen acupunctuur worden vergoed. Daarnaast stelt zij dat de nadere voorwaarden reeds op de eerste pagina hadden moeten worden vermeld, met name de voorwaarde dat zorg niet wordt vergoed indien deze in het buitenland wordt betrokken. Verzoekster concludeert dat zij is misleid.
- 6.6. De commissie stelt vast dat de informatie in de app strookt met de verzekeringsvoorwaarden (artikel 9). De volgende tekst is opgenomen: “Hier kunt u terecht. Alternatieve zorgverlener die wij hebben aangewezen (...) Niet-aangewezen zorgverlener (...) € 0 vergoed: u betaalt de kosten zelf. Zoals onder 6.4 is overwogen is de zorgverlener van verzoekster niet door de ziektekostenverzekeraar aangewezen. Hieruit volgt dat de eerste stelling van verzoekster faalt.
- 6.7. Ten aanzien van haar tweede stelling geldt dat de door verzoekster benoemde beperking, te weten dat zorg niet wordt vergoed indien deze in het buitenland wordt betrokken, niet is opgenomen. Relevant is niet of de zorgverlener zich in het buitenland bevindt, maar of deze door de ziektekostenverzekeraar is aangewezen. Deze voorwaarde blijkt uit de verzekeringsvoorwaarden, de website - waarop de verzekeringsvoorwaarden zijn te raadplegen - en de app, waarmee is voldaan aan artikel 22, eerste lid, van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), inzake vergoeding van grensoverschrijdende zorg. Voorts is voldaan aan het gestelde in artikel 26 van genoemde regeling. De informatie over de vergoeding van alternatieve geneeswijzen is vindbaar en staat op een logische, toegankelijke en relevante plek. Dat bij gebruik van de app via de telefoon deze informatie verdeeld staat over drie schermen, en dat een extra handeling moet worden verricht, hangt vooral samen met de beperkingen die het scherm van de telefoon stelt. Ook het argument “zover lees je normaal niet”, kan niet overtuigen. Al is het maar omdat op die zelfde plek de gemaximeerde vergoeding wordt vermeld, waarvan verzoekster wel kennis heeft genomen. Van misleiding, zoals door haar gesteld, is dan ook geen sprake.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 december 2020,



G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

22. Vergoeding grensoverschrijdende zorg

1. De zorgverzekeraar vermeldt op de website welke voorwaarden er gelden voor het indienen van buitenlandse nota's en welke vergoedingen hiervoor gelden.
2. De zorgverzekeraar informeert de verzekerde over de mogelijkheden om op grond van EU-regels gebruik te maken van zorg in een andere EU-lidstaat door in ieder geval informatie over de twee procedures voor vergoeding van zorg die geleverd is in een andere EU-lidstaat op grond van Richtlijn nr. 2011/24/EU en Verordening (EG) nr. 883/2004 op de website te vermelden.
3. De zorgverzekeraar vermeldt op de website dat de verzekerde op grond van Richtlijn nr. 2011/24/EU zorg die verzekerd is vanuit de zorgverzekering in een andere lidstaat kan gebruiken en dat hierbij de vergoeding gelijk is aan de vergoeding bij zorggebruik in Nederland.
4. De zorgverzekeraar vermeldt op de website onder welke voorwaarden de verzekerde op grond van Verordening (EG) nr. 883/2004 de volledige kosten van de behandeling in het buitenland vergoed kan krijgen en dat de verzekerde voor deze procedure toestemming nodig heeft van de zorgverzekeraar.

26. Vindbaarheid

Ziektekostenverzekeraars clusteren de informatie die ze op grond van deze regeling op de website vermelden zodanig dat de informatie per onderwerp overzichtelijk gepresenteerd wordt. Daarnaast vermelden ziektekostenverzekeraars de informatie op de website zodanig dat deze vindbaar is. Informatie is vindbaar wanneer deze op een logische, toegankelijke en relevante plek staat.

II. IZZ Zorg voor de Zorg

ALTERNATIEVE ZORG

Artikel 9. Alternatieve zorg

Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

- behandelingen en consulten die vallen onder acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen, antroposofische alternatieve geneeswijzen, chiropractie, craniosacraaltherapie, haptotherapie, adem- en ontspanningstherapie Van Dixhoorn, homeopathie, manuele therapie E.S, musculoskeletale geneeskunde, natuurgeneeswijzen, osteopathie en psychosociale zorg
- Homeopathische of antroposofische (genees)middelen die
 - volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd
 - in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben

Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
<ul style="list-style-type: none"> • geen vergoeding 	<ul style="list-style-type: none"> • maximaal € 300 per kalenderjaar; • voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 40 per dag 	<ul style="list-style-type: none"> • maximaal € 500 per kalenderjaar; • voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 40 per dag 	<ul style="list-style-type: none"> • maximaal € 800 per kalenderjaar; • voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 40 per dag

Dit krijgt u niet vergoed

Onder alternatieve zorg vallen niet de consulten en (groeps-)behandelingen voor:

- preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
- sociaal (maatschappelijke) dienstverlening, coaching en counseling;
- werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
- relatietherapie;
- schoonheidsbevordering;
- het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen;
- celtherapie en chelatietherapie.

U heeft geen recht op vergoeding van kosten voor:

- diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek;
- onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Hier kunt u terecht

Voor behandelingen en consulten kunt u alleen terecht bij een door ons aangewezen zorgverlener. Een overzicht hiervan vindt u op onze website. Voor de geneesmiddelen kunt u naar een apotheker. Een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige schrijft de geneesmiddelen voor.



Welk middel wordt vergoed?

Wilt u weten of een middel wordt vergoed? U kunt het Z-index artikelnummer bij uw zorgverlener opvragen en contact met ons opnemen. Ons telefoonnummer vindt u op onze website. Met dit nummer kunnen wij voor u kijken of het middel wordt vergoed. Uw apotheek of apotheekhoudend huisarts kan ook nakijken of het middel een HA- of HM-registratie in de Taxe Homeopathie heeft.