

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Orthomanuele therapie, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2009.02247
Zittingsdatum : 22 september 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, 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 8 september 2009 een behandeling "orthomanele therapie" (hierna: de aanspraak) slechts gedeeltelijk, tot een bedrag van € 46,-, 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 Zorgkeuze-polis (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 Excellent (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Tandarts afgesloten. De tandartsverzekering is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 8 september 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak deels is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 13 november 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 maart 2010 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 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 brief van 11 mei 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 mei 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 september 2010 telefonisch medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 17 mei 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 16 juni 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010066517) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat orthomanuele geneeskunde niet kan worden aangemerkt als zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Een afschrift van het CVZ-advies is op 21 juli 2010 aan partijen gezonden.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar is op 22 september in persoon gehoord. Verzoekster heeft telefonisch de hoorzitting bijgewoond. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 24 september 2010 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 28 september 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend neuroloog heeft bij verzoekster het volgende bij onderzoek vastgesteld: "Motoriek geen bijzonderheden. Reflexen matig levendig symmetrisch opwekbaar. Coördinatie ongestoord. Sensibiliteit: iets verminderd aan de laterale rechter kuit. Status lokalis: Lasègue beiderzijds negatief. Er is extreem kloppen op de lumbale wervelkolom. Zij wordt bijna onwel van de pijn. Na enkele minuten zakt dit gelukkig weer. De Naffziger geeft toename van de rugpijn."
- 4.2. Op 20 augustus 2009 heeft een behandeling orthomanuele therapie plaatsgevonden, op de volledige vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt.
- 4.3. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de behandelaar waar zij de orthomanuele therapie ondergaat een medisch specialist is. De (volledige) vergoeding dient daarom ten laste te komen van de zorgverzekering.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de ondergane behandeling geen therapie betreft maar geneeskunde. Zij licht toe dat hij echtgenoot orthoma-neel geneeskundige was. De deskundigheid van deze geneeskundigen gaat veel

verder dan die van de therapeuten.

- 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 betreffende behandelaar geen medisch specialist is, aangezien hij niet voldoet aan de daarvoor gestelde criteria. Voor orthomanele therapie en andere alternatieve geneeswijzen bestaan geen wettelijke tarieven. In de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is een maximum gesteld aan het uit te keren bedrag, namelijk € 46,-- per behandeldag, en dit is aan verzoekster uitgekeerd.

- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de polisvoorwaarden en de wet duidelijk zijn. De behandelingen zullen helpen, maar het betreft hier geen zorg door een huisarts of medisch specialist. Zo moet een medisch specialist BIG-geregistreerd zijn en deze zorgverlener is dat niet.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt terecht tot een bedrag van € 46,-- ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering is vergoed.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de aanvraag volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 46,-- dient te worden ingewilligd, 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 19 tot en met 43 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.

Artikel 20 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname. (...)

Het gaat om zorg die medisch-specialisten normaal gesproken verlenen. (...)"

- 8.3. Artikel 20 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverze-

keringswet (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. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 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 behandelingen en luidt, voor zover hier van belang:

“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. (...)”

In ‘Deel 1: Vergoedingen Overzicht’ is ten aanzien van alternatieve behandelingen de volgende maximumvergoeding van toepassing:

“Alternatieve behandelingen maximaal € 46,- per behandeldag”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Medisch-specialistische zorg kan blijkens artikel 20 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering worden vergoed wanneer het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Een medisch specialist wordt in de begripsomschrijving in artikel 1 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering als volgt omschreven: *“Een arts, die als medisch-specialist is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC).”* Nog daargelaten of orthomaneuele therapie kan worden aangemerkt als zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, is niet gebleken dat de behandelaar van verzoekster aan genoemd vereiste voldoet, zodat reeds om die reden geen vergoeding kan worden verleend ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat de behandelingen tot een maximaal bedrag van € 46,-- per behandeldag aan verzoekster zijn vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, zodat de bespreking van deze verzekering verder achterwege kan blijven.

Conclusie

9.3. 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