

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A, vertegenwoordigd door mevrouw B, beiden te C, tegen D te E
Zaak : Laboratoriumonderzoek, vitale organenscan, alternatieve behandelingen
Zaaknummer : 2012.00991
Zittingsdatum : 19 december 2012

1. Partijen

De heer A, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw B, beiden te C,

tegen

D te E, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Top 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van laboratoriumonderzoek ten bedrage van € 959,39, van een vitale organenscan ten bedrage van € 130,87, en van alternatieve behandelingen (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 26 januari 2012 en 9 maart 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 5 april 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 14 augustus 2012 heeft verzoeker 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 en de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de

mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 oktober 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 oktober 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 oktober 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 november 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 17 oktober 2012 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 november 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012118429) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de aanvragen voor bloedonderzoek niet door de huisarts zijn gedaan; het echo-onderzoek niet voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding, en alternatieve geneeskundige zorg niet valt onder geneeskundige zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet. Een afschrift van het CVZ-advies is op 19 december 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 december 2012 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 7 januari 2013 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 14 januari 2013 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker is zes jaar geleden gediagnosticeerd met longkanker. Volgens zijn behandelend arts was sprake van uitzaaiingen, en kon hij niet meer worden behandeld. Dit was voor hem aanleiding alternatieve geneeswijzen te proberen.
- 4.2. Verzoeker heeft zich voor pijnbestrijding gewend tot dr. Bachrach. Dit is een BIG-geregistreerde arts. Hij is in totaal tien maal op consult geweest bij deze arts. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor alternatieve geneeswijzen tot een bedrag van € 25,- per consult. De ziektekostenverzekeraar dient derhalve € 250,- te vergoeden ter zake van de behandelingen door dr. Bachrach. Dit wordt echter geweigerd. Uit een oogpunt van privacy heeft verzoeker geen diepgaande informatie verstrekt aan de ziektekostenverzekeraar omtrent zijn behandeling. De zorgverlener heeft een overzicht met behandeldata en een schrijven over de pijnbestrijding aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De nota's vermelden een bedrag van € 35,- per consult, maar de werkelijke kosten overstijgen dit bedrag echter ruim-

schoots. Er is gekozen voor deze wijze van het opstellen van nota's in verband met het declareren ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 4.3. Voorts is een probleem ontstaan met een declaratie van consulten van dr. Trossel. Er is door verzoeker één nota gedeclareerd, waarop onder meer tweemaal € 37,50 is vermeld. De tweemaal € 37,50 betreft twee consulten. Hierbij is slechts één datum vermeld. Volgens verzoeker gaat het evenwel om twee afzonderlijke consulten op verschillende data. De assistente van de praktijk heeft uit praktisch oogpunt de twee consulten op één nota gezet. Verzoeker heeft niet eraan gedacht de twee data op deze nota te laten vermelden. De ziektekostenverzekeraar weigert daarom één consult te vergoeden.
- 4.4. Op voorschrift van de huisarts heeft een vitale organenscan plaatsgevonden bij Stichting Medisch Centrum Rhijnauwen (hierna: het MCR). De ziektekostenverzekeraar weigert over te gaan tot vergoeding van deze scan omdat de behandelaar bij het MCR geen arts zou zijn. Dit is pertinent onjuist. De arts van het MCR is BIG-geregistreerd en lid van de Artsenvereniging voor Biologische en Natuurlijke Geneeskunde (hierna: ABNG). Daarnaast heeft de huisarts de scan aangevraagd in verband met buikklachten van verzoeker. Uit de scan bleek dat geen sprake was van uitzaaiingen van longkanker, maar van een liesbreuk.
- 4.5. Aangezien de medische situatie van verzoeker niet goed was, heeft in oktober 2011 bloedonderzoek plaatsgevonden bij het MCR. Dit is geschied in opdracht van de huisarts. De ziektekostenverzekeraar weigert over te gaan tot vergoeding van de met dit onderzoek gemoeide kosten, omdat geen sprake zou zijn van een verwijzing door de huisarts. Verzoeker bestrijdt dit. Conform de polisvoorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op laboratoriumonderzoek dat wordt aangevraagd door de huisarts, zoals in zijn geval is gebeurd.
- 4.6. Verzoeker heeft volledig te goeder trouw gehandeld ter zake van de vitale organenscan en het bloedonderzoek bij het MCR. Het is incorrect dat hij, ondanks zijn uitgebreide aanvullende ziektekostenverzekering, moet opdraaien voor de kosten. Verzoeker benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar een zorgplicht heeft. Bovendien hebben de scan en het onderzoek bij het MCR een forse besparing opgeleverd. Verzoeker had zich hiervoor namelijk ook tot het ziekenhuis kunnen wenden, en dan waren de kosten veel hoger geweest. Behandeling bij het MCR was sneller en goedkoper. De ziektekostenverzekeraar hanteert als argument voor het niet vergoeden van de nota's van het MCR dat deze zorgaanbieder onderwerp van een onderzoek is. Volgens verzoeker wordt hiermee afbreuk gedaan aan de goede naam van het MCR. Bovendien speelt volgens verzoeker dit argument niet in de verhouding die hij heeft met de ziektekostenverzekeraar. Problemen met het MCR kunnen niet op hem worden afgewenteld.
- 4.7. Verzoeker stelt dat de diverse alternatieve behandelingen zijn gezondheid daadwerkelijk hebben verbeterd, en spreekt de hoop uit dat dit effect zich in de toekomst zal voortzetten. Een en ander is noemenswaardig na een diagnose (uitbehandelde) longkanker en een daaropvolgende longontsteking. Helaas zijn de meet deze behandelingen gepaard gaande kosten voor verzoeker nauwelijks op te brengen.
- 4.8. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Verzoeker benadrukt dat de uitslag van het bloedonderzoek bij het MCR wel degelijk naar de huisarts is gestuurd.

Voorts brengt verzoeker in het schandelijk te vinden dat de ziektekostenverzekeraar niet wil erkennen dat er buiten het reguliere medische circuit mogelijkheden zijn om te genezen. Hij heeft de afgelopen jaren de medische, emotionele en financiële lasten van zijn ziekte moeten dragen. De ziektekostenverzekeraar is hem niet tegemoet gekomen. Tot slot stelt verzoeker dat behandelingen, en de daarmee gemoeide kosten, tot op heden doorlopen.

- 4.9. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Op 28 februari 2012 en 8 maart 2012 heeft telefonisch contact plaatsgevonden tussen verzoeker en de afdeling Declaraties. Het dossier van verzoeker is na het laatste gesprek overgedragen aan de afdeling Juridische Zaken. Na een eerste consultatie van de jurist met de medisch adviseur, heeft wederom contact plaatsgevonden met verzoeker. Bij die gelegenheid is hem verzocht aan te geven welke zorg dr. Bachrach heeft geleverd. Daarnaast zijn onder meer de consulten van dr. Trossel besproken en de gang van zaken rondom de vitale organenscan. Het gesprek werd op een bepaald moment onaangenaam, maar verzoeker is wel toegezegd dat een en ander zou worden besproken met de medisch adviseur. Nadien is verzoeker medegedeeld dat sprake is van alternatieve geneeswijzen, waarvan de kosten conform de polisvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering worden vergoed.
 - 5.2. Dr. Bachrach is een arts zonder specialisatie. Dit betekent dat hij geen medisch specialistische zorg kan leveren. Om die reden komen de betreffende behandelingen niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de zorgverzekering. De nota's van deze zorgverlener zijn voorts niet voldoende gespecificeerd om te kunnen beoordelen of de behandelingen vallen onder de dekking die de aanvullende ziektekostenverzekering biedt voor alternatieve geneeswijzen.
 - 5.3. In oktober 2011 heeft de huisarts een verwijzing afgegeven voor een vitale organenscan. De scan is via dr. Trossel uitgevoerd bij het MCR. Deze zorgverlener praktiseert als arts zonder specialisatie. Bovendien is geen sprake van zorg zoals huisartsen of medisch specialisten die plegen te bieden. Daarnaast is de aanvraag voor de vitale organenscan niet gedateerd, en ook niet gericht aan een specialist. Voor de ziektekostenverzekeraar is daarmee niet duidelijk met welke intentie de scan is aangevraagd (reguliere scan in het ziekenhuis of een scan bij dr. Trossel). In de aanvraag wordt specifiek gesproken over een "echo bovenbuik" en dat is niet de term die door het bedrijf dat de factoring verzorgt wordt gehanteerd.
 - 5.4. De nota van de consulten van dr. Trossel vermeldt "2x15 min d.d. 20-12-2011". In de aanvullende ziektekostenverzekering is opgenomen dat de kosten per behandeldatum maximaal éénmaal voor vergoeding in aanmerking komen, en dat op de nota de behandeldata dienen te worden gespecificeerd. De ziektekostenverzekeraar is derhalve overgegaan tot vergoeding van één consult.
 - 5.5. Er loopt al enige tijd een grootschalig onderzoek naar het MCR. De centrale vraag in dit onderzoek is wie de aanvrager van de laboratoriumonderzoeken is. Door het inzoomen op nota's van het MCR is gebleken dat een aanzienlijk aantal laboratorium-

onderzoeken niet op basis van eigen reguliere geneeskundige diagnostiek wordt aangevraagd. In onderhavige kwestie is geconcludeerd dat de aanvraag voor het laboratoriumonderzoek niet op initiatief van de huisarts is ingediend. De verklaring van de huisarts, en het feit dat de uitslagen van het laboratoriumonderzoek niet naar de huisarts, maar naar het Preventief Medisch Centrum B.V. te Rotterdam (hierna: het PMC) zijn verstuurd, zijn voor de ziektekostenverzekeraar voldoende aanleiding om aan te nemen dat het PMC, in de persoon van dr. Trossel, als aanvrager moet worden gezien. In artikel 17 lid 1.2 van de zorgverzekering is bepaald dat een verwijzing van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig is voor medisch specialistische zorg. Dr. Trossel is een geregistreerde arts, maar geen huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist als bedoeld in de polisvoorwaarden. Hij is als alternatief arts werkzaam voor het PMC. Dit is volgens het internet een centrum voor complementaire (alternatieve) geneeskunde en geneeswijzen. Alternatief werkende artsen kunnen geen laboratoriumonderzoeken aanvragen die ten laste van de zorgverzekering komen. Derhalve komt de nota voor het laboratoriumonderzoek bij het MCR niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking.

- 5.6. Voor het overgaan tot een coulancevergoeding is niet relevant wat de gerealiseerde besparing is. De ziektekostenverzekeraar ziet dan ook geen aanleiding een coulancevergoeding te verlenen.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het bloedonderzoek bij het MCR op initiatief van dr. Trossel heeft plaatsgevonden, en niet op initiatief van de huisarts. De uitslag van het onderzoek is ook niet naar de huisarts gestuurd. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat in verband met de behandelingen door dr. Bachrach nadere informatie is opgevraagd. Deze is niet gegeven. Pijnbestrijding is een ruim begrip. De behandelingen door dr. Bachrach kunnen enkel als alternatieve zorg in de zin van de aanvullende ziektekostenverzekering worden aangemerkt. Ook op die grond kan echter geen vergoeding worden verleend.
- 5.8. 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 is gehouden 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 in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 15 tot en met 35 van de zorgverzekering (2011-2012).

Artikel 16 van de zorgverzekering (2011) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van huisartsenzorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

*“lid 1 Te vergoeden zorgkosten
Wij vergoeden de zorg die huisartsen plegen te bieden en onderzoek dat te maken heeft met deze huisartsenzorg. Als de betrokken huisarts aangesloten is bij een zorggroep waarmee wij een overeenkomst hebben afgesloten in het kader van ketenzorg voor chronische aandoeningen, omvat deze zorg ook de activiteiten van de huisarts, zoals overeengekomen met de betreffende zorggroep.*

*lid 2 Voorwaarden
De zorg wordt verleend door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen BIG-geregistreeerde arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is.*

(...)”

Eenzelfde regeling is opgenomen voor het jaar 2012.

Artikel 17 van de zorgverzekering (2011) regelt de aanspraak op vergoeding van medisch-specialistische zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)”

*lid 1.1.2 Medisch-specialistische zorg zonder opname
Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname geleverd door een instelling voor medisch-specialistische zorg. Onder de vergoeding vallen de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.*

*lid 1.2 Voorwaarden
Algemeen
Het gaat om zorg die medisch specialisten plegen te bieden.
(…) Verwijzing
U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist (behalve als het gaat om spoedeisende zorg).
(…) Zorgverlener
De zorg wordt verleend door een medisch specialist.*

(...)”

Eenzelfde regeling is opgenomen voor het jaar 2012.

- 8.3. De artikelen 16 en 17 van de zorgverzekering (2011-2012) zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering (2011-2012) 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.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.5. 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.
- 8.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op alternatieve (niet reguliere) geneeswijzen. Het vergoedingenoverzicht 2011 luidt, voor zover hier van belang:

“Alternatieve (niet reguliere) geneeswijzen

Voor vergoeding komen in aanmerking:

(...)

- *natuurgeneeskunde: kosten van consulten verleend door artsen;*

(...)

De kosten komen per behandeldatum

maximaal eenmaal voor vergoeding in aanmerking.

Op de nota dienen de behandeldata dan ook te worden gespecificeerd.

De maximale vergoeding per kalenderjaar geldt voor alle alternatieve geneeskundige behandelingen tezamen.

AV-Top

(...)

maximaal € 25,- per behandeldatum,

maximaal € 450,- per kalenderjaar”

Eenzelfde regeling is opgenomen voor het jaar 2012.

Artikel 1 van de “Algemene Voorwaarden” van de aanvullende ziektekostenverzekering (2011) omschrijft het begrip arts als volgt:

“Een in Nederland gevestigde arts die als zodanig staat ingeschreven in het BIG-register en bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunde, dan wel een in het buitenland gevestigde arts die volgens de aldaar geldende wet- en regelgeving bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunde.”

Eenzelfde begripsomschrijving is opgenomen voor het jaar 2012.

Artikel 6 lid 3 van de “Algemene Voorwaarden” van de aanvullende ziektekostenverzekering (2011) bepaalt dat een verzekerde verplicht is ervoor zorg te dragen dat uitsluitend originele nota's worden ingediend, die zodanig moeten worden gespecifi-

ceerd dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden.

Eenzelfde regeling is opgenomen voor het jaar 2012.

9. Beoordeling van het geschil

Laboratoriumonderzoek

- 9.1. Aanspraak op laboratoriumonderzoek ten laste van de zorgverzekering bestaat indien dit onderzoek wordt aangevraagd door de huisarts of behandelend medisch specialist. In het onderhavige geval is het laboratoriumonderzoek (bloedonderzoek) aangevraagd door de huisarts. Derhalve zou ingevolge artikel 16 van de zorgverzekering (2011) aanspraak bestaan op vergoeding van dit laboratoriumonderzoek ten laste van de zorgverzekering.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft hier tegenin gebracht dat ter zake van het laboratoriumonderzoek niet wordt voldaan aan de geldende polisvoorwaarden, aangezien geen sprake is van zorg zoals huisartsen en medisch specialisten die plegen te bieden en de onderhavige zorg niet wordt verleend in het kader van een behandeling door de huisarts of een medisch specialist.
- 9.3. Uit de door partijen overgelegde stukken blijkt dat de huisarts verzoeker heeft verwezen naar het MCR. Later heeft de huisarts echter verklaard dat het onderzoek niet op zijn initiatief heeft plaatsgevonden. De betreffende onderzoeken zouden zijn uitgevoerd in het kader van de behandeling door dr. Trossel, niet zijnde een huisarts of medisch specialist.
- 9.4. De commissie is van oordeel dat ter zake van het laboratoriumonderzoek niet is voldaan aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Hoewel verzoeker beschikt over een verwijzing van de huisarts, is niet gebleken dat het laboratoriumonderzoek is te beschouwen als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden of dat de zorg is verleend in het kader van een behandeling door een medisch specialist. In dit verband is vooral van belang dat verzoeker zich bewust is van het feit dat hij gebruik maakt van alternatieve zorg en dat hij wist of behoorde te weten dat het laboratoriumonderzoek uitsluitend plaatsvond ten behoeve van een alternatieve behandeling door dr. Trossel, en niet ten behoeve van een medisch specialist bij wie hij onder behandeling is of op dat moment was. Derhalve bestaat geen aanspraak op vergoeding van het laboratoriumonderzoek ten laste van de zorgverzekering.
- 9.5. De commissie merkt nog op dat zij, gelet op het voorgaande, niet toekomt aan de beoordeling voor wiens risico het mogelijk ongeoorloofd handelen van de huisarts en/of het MCR komt.

Vitale organenscan

- 9.6. Aanspraak op een vitale organenscan ten laste van de zorgverzekering bestaat indien deze scan wordt aangevraagd door de huisarts of behandelend medisch specialist, het gaat om zorg die medisch specialisten plegen te bieden, en de zorg wordt verleend door een medisch specialist. In het onderhavige geval is de scan aangevraagd door de huisarts. De aanvraag dateert van 30 september 2011, maar deze is niet gericht aan een specialist. De ziektekostenverzekeraar stelt op grond hiervan dat niet duidelijk is met welke intentie de scan is aangevraagd.
- 9.7. De commissie is van oordeel dat ter zake van de vitale organenscan niet is voldaan aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Hoewel verzoeker beschikt over een verwijzing van de huisarts, is niet gebleken dat de scan heeft plaatsgevonden in het kader van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden of dat de zorg is verleend in het kader van een behandeling door een medisch specialist. In dit verband is vooral van belang dat verzoeker zich bewust is van het feit dat hij gebruik maakt van alternatieve zorg en dat hij wist of behoorde te weten dat de scan uitsluitend plaatsvond ten behoeve van een alternatieve behandeling door dr. Trossel, en niet ten behoeve van een medisch specialist bij wie hij onder behandeling is of op dat moment was. Derhalve bestaat geen aanspraak op vergoeding van de vitale organenscan ten laste van de zorgverzekering.

Alternatieve geneeswijzen

- 9.8. Verzoeker heeft zich tot een tweetal alternatieve artsen gewend. Er heeft pijnbestrijding plaatsgevonden bij dr. Bachrach; daarnaast is verzoeker onder behandeling bij dr. Trossel van het PMC te Rotterdam.
- 9.9. Verzoeker wenst vergoeding van de consulten van dr. Bachrach ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft dit afgewezen op de grond dat de nota's onvoldoende informatie bevatten om te kunnen beoordelen of de consulten vallen onder de dekking voor alternatieve geneeswijzen. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.
De aanvullende ziektekostenverzekering stelt als voorwaarde dat het moet gaan om natuurgeneeskundige consulten verleend door een arts. Uit de nota van dr. Bachrach is op te maken dat betrokkene BIG-geregistreerd is, zodat deze zorgverlener is te beschouwen als arts in de zin van de aanvullende ziektekostenverzekering. Uit de nota is echter niet op te maken om wat voor consulten het gaat, zodat aan de hand hiervan niet kan worden vastgesteld of sprake is van natuurgeneeskunde of een andere alternatieve geneeswijze. Op grond van artikel 6 lid 3 van de "Algemene Voorwaarden" van de aanvullende ziektekostenverzekering dient een nota voldoende te zijn gespecificeerd, hetgeen hier duidelijk niet het geval is. Ondanks dat navraag is gedaan, heeft verzoeker over de aard van de consulten geen duidelijkheid geboden, waarbij hij zich heeft beroepen op zijn privacy. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar terecht vergoeding van de consulten van dr. Bachrach heeft afgewezen.
- 9.10. In het dossier bevindt zich een nota van 20 december 2011 van dr. Trossel. Verzoeker stelt ter zake van deze nota dat het twee consulten op verschillende data betreft, en niet één zoals de nota doet vermoeden. De commissie overweegt hiertoe dat uit

de nota niet anders kan worden geconcludeerd dan dat sprake is van één consult, aangezien slechts één datum is vermeld. Ingevolge de in het vergoedingsoverzicht van de aanvullende ziektekostenverzekering gestelde voorwaarden, dienen op de nota de behandeldata te worden gespecificeerd. Aangezien hieraan niet is voldaan, is de ziektekostenverzekeraar terecht overgegaan tot vergoeding van slechts één consult. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bedraagt de vergoeding hiervoor € 25,--.

Conclusie

9.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 januari 2013,

Voorzitter