



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E  
Zaak : Alternatieve geneeswijzen, laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, Liposomalgel (testosteron), toerekening aan zorgverzekering dan wel aanvullende ziektekostenverzekering  
Zaaknummer : 201302639  
Zittingsdatum : 16 april 2014

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 2012 en 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.8 Bzv, 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012 en 2013)

---

## 1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, tegen

- 1) C en
  - 2) D, beide te E
- hierna gezamenlijk 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 verzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Basis (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 Extra 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).

## 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 een bloedonderzoek, een urineonderzoek, een darmonderzoek en Liposomalgel alsmede diverse andere (genees)middelen (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 13 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 20 november 2013 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is daarbij geweest op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.4. Bij brief van 4 december 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten te vergoeden "welke gewoonlijk het gevolg zijn van een door een huisarts gelast bloed- urine- en ontlastingsonderzoek", ten laste van de zorgverzekering dan wel 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 18 februari 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 februari 2014 aan verzoeker gezonden.
  - 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 februari 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
  - 3.8. Bij brief van 20 februari 2014 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 21 maart 2014 heeft het CVZ (zaaknummer 2014021865) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het bloedonderzoek, het darmonderzoek en de testosterongel zijn voorgeschreven door een basisarts en niet door een huisarts of medisch specialist en daarom geen sprake is van verzekerde zorg. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
  - 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 15 april 2014 een overzicht gestuurd van de door verzoeker gedeclareerde kosten voor farmaceutische zorg en alternatieve geneeswijzen vanaf november 2012. Een afschrift hiervan is ter zitting aan verzoeker overhandigd.
  - 3.10. Verzoeker is op 16 april 2014 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
  - 3.11. Verzoeker heeft op 16 april 2014 - na afloop van de hoorzitting - de commissie een e-mailbericht gestuurd, waarin hij opmerkt dat in het ter zitting aan hem overhandigde overzicht van de ziektekostenverzekeraar de zorgkosten van 2014 niet zijn opgenomen. Verzoeker heeft hierbij afschriften van de nota's van de in 2014 door hem gemaakte zorgkosten gevoegd. Aangezien met verzoeker niet is afgesproken dat door hem na de hoorzitting nog stukken mochten worden ingebracht, heeft de commissie de betreffende afschriften als tardief aangemerkt en de inhoud hiervan voor kennisgeving aangenomen.
  - 3.12. Bij brief van 25 april 2014 heeft de commissie het CVZ afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting, de pleitnota en het door de ziektekostenverzekeraar aangeleverde overzicht gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 2 mei 2014 de commissie medegedeeld dat voornoemde stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft in 1973 een partiële dwarslaesie op cervicaal niveau opgelopen, waardoor hij onder meer kampt met ernstige sensibiliteitsstoornissen. Dit heeft geleid tot 100 percent blijvende invaliditeit. Het 'ziektebeeld' is gedurende 36 jaar stabiel gebleven. Begin mei 2010 begonnen zich echter plotseling neurologisch gerelateerde veranderingen aan te dienen in de vorm van constante tintelingen in handen en benen, een (nog) doffer gevoel in handen en benen, pijscheuten in onderarmen en voeten, uitvalsverschijnselen met daarbij een soort zwabberbenen, pijnlijke spieren, spierspasme en hevige krampen in de benen. Toen deze klachten erger werden, heeft verzoeker zich tot de dienstdoende weekendarts gewend. Deze heeft hem onderzocht en adviseerde hem zijn huisarts te consulteren. De huisarts heeft bloedonderzoek laten verrichten om een eventuele spierziekte uit te sluiten. Vervolgens is verzoeker doorverwezen naar een neuroloog. De neuroloog heeft een oppervlakkig neurologisch onderzoek verricht, maar er waren volgens hem geen andere neurologische problemen dan die welke reeds sinds 1973 bekend waren. Ook de neuroloog die de second opinion heeft verricht, had geen verklaring voor de recente klachten.
  - 4.2. Om de spierklachten tegen te gaan, heeft de huisarts verzoeker doorverwezen voor behandeling door een fysiotherapeut. Deze behandeling heeft de klachten echter niet kunnen wegnemen.

- 4.3. Verzoeker heeft diverse alternatieve zorgverleners geconsulteerd, aangezien de huisarts geen oplossing kon bieden voor zijn klachten. Door verschillende behandelingen dan wel gebruik van voorgeschreven voedingssupplementen is een aantal klachten van verzoeker verminderd of verdwenen. Verzoeker is uiteindelijk onder behandeling gekomen van dr. Musarella. Deze arts heeft het bloed van verzoeker op een zeer groot aantal punten laten onderzoeken. Hierbij is niet alleen gekeken naar de waarden op zichzelf, maar ook naar die ten opzichte van elkaar. Daarnaast zijn een ontlastingsonderzoek en 24-uurs urineonderzoek uitgevoerd. Uit deze onderzoeken bleek dat verzoeker een schildklierafwijking heeft, alsmede drie parasieten en een candida schimmelinfectie in de darmen, een laag testosterongehalte, en afwijkingen/tekorten van bepaalde vitamines, mineralen en dergelijke. Om het geneesmiddel in verband met het lage testosterongehalte te mogen voorschrijven, heeft de arts eerst een prostaatonderzoek laten uitvoeren. Na het bekend worden van de uitslag hiervan is verzoeker Liposomalgel voorgeschreven. Daarnaast heeft de arts meerdere voedingssupplementen voorgeschreven.
- 4.4. Verzoeker heeft vrijwel alle kosten van voornoemde behandelingen, onderzoeken en consulten zelf voldaan, omdat zijn huisarts weigerde een onderzoek te laten uitvoeren (zoals voor het testosterongehalte), of niet op de gedachte is gekomen bedoelde onderzoeken te laten uitvoeren dan wel het nut ervan niet inzag. Verzoeker benadrukt dat de behandelend arts geen kwakzalver is, maar een afgestudeerde arts. De geneesmiddelen die door hem zijn voorgeschreven, kunnen ook door een 'normale' apotheek worden afgeleverd.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het CVZ ten onrechte ervan is uitgegaan dat de onderhavige kwestie alleen betrekking heeft op de kosten van het bloedonderzoek, het darmonderzoek en de Liposomalgel. Verzoeker heeft in zijn brief van 6 augustus 2013 verzocht hem "alsnog de noodzakelijk gemaakte bewijsbare zorgkosten over de afgelopen drie jaar te vergoeden, zulks na verrekening van het van toepassing zijnde (vrijwillige) eigen risico, (...)". Verzoeker benadrukt hierbij dat hij deze weg heeft moeten bewandelen omdat zijn huisarts niet genoeg kennis had.
- Uit een artikel in de Volkskrant blijkt dat 50 percent van de regulier erkende geneeskunde niet wetenschappelijk is onderzocht en/of bewezen. De Minister van VWS heeft de afgelopen jaren benadrukt dat dit wel het geval dient te zijn. Een groot aantal patiënten weet overigens uit ervaring dat zorg buiten het bewezen pakket werkzaam is. Daarom wenden zij zich met aanhoudende klachten, nadat zij het reguliere traject hebben doorlopen, tot artsen met een plus die een wat andere blik hebben en een wat breder pallet aan behandel mogelijkheden. Deze artsen met een plus hanteren namelijk een reguliere aanpak, maar indien deze onvoldoende resultaat oplevert worden behandelmethoden aangeboden die in andere westerse landen tot de reguliere geneeskunde behoren. Van de door of in opdracht van dr. Musarella uitgevoerde onderzoeken kan in redelijkheid niet worden gesteld dat deze niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, omdat uit de resultaten is gebleken dat deze onderzoeken als zeer degelijk kunnen worden aangemerkt en dat de gebleken afwijkende waarden voor de gezondheid van verzoeker zeker van belang waren.
- Verzoeker merkt verder op dat slechts een klein deel van de door hem gemaakte kosten door de ziektekostenverzekeraar is vergoed, en dat een aanzienlijk bedrag voor zijn rekening is gebleven. De ziektekostenverzekeraar stelt vast te houden aan de polisvoorwaarden, omdat hij deze voor iedere verzekerde op dezelfde wijze wil toepassen en bovendien geen precedent wil scheppen. Verzoeker wijst erop dat de ziektekostenverzekeraar in ieder geval in twee situaties - onder druk van de (social) media - coulancehalve zorgkosten heeft vergoed in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden.

4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat alleen aanspraak op vergoeding van onderzoekskosten en kosten van laboratoriumonderzoek indien deze zorg is voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist. Het ten behoeve van verzoeker uitgevoerde onderzoek is niet voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist. Daarom komen de hiermee gemoeide kosten niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking.
- 5.2. Op basis van de zorgverzekering bestaat aanspraak op geneesmiddelen indien deze zijn opgenomen in Bijlage 1 Rzv én de middelen zijn voorgeschreven door een huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-

arts. Verzoeker heeft geen recept overgelegd van één van deze zorgverleners. Daarom bestaat ten laste van de zorgverzekering geen aanspraak op de gevraagde geneesmiddelen.

- 5.3. Op grond van de artikelen E2 en E3 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op alternatieve behandelwijzen en alternatieve geneesmiddelen tot een maximum van € 400,- per kalenderjaar voor beide aanspraken tezamen. Onderzoek is expliciet uitgesloten van vergoeding. Van de nota's van dr. Musarella zijn alleen de kosten van de consulten voor 80 percent vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat geenszins is gesteld dat de betreffende zorgaanbieder een kwakzalver is. Echter, de zorgaanbieder is geen huisarts of medisch specialist maar basisarts, en daarom worden de kosten van de consulten vergoed onder de noemer alternatieve geneeswijzen, zoals opgenomen in de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.5. 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 algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie 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 onderhavige kosten alsnog volledig te vergoeden, 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 e.v. van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B18 van de zorgverzekering (2012 en 2013) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op huisartsenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"(...)*

*Welke zorg*

*-- U heeft recht op:*

*-- huisartsenzorg, behalve de griepvrij (tenzij daar een medische reden voor is),*

*-- door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek,*

*(...)*

*Welke zorgaanbieder*

*Voor huisartsenzorg gaat u naar de huisarts. Huisartsenzorg kan ook worden verleend door een hulpverlener die onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts werkt, bijvoorbeeld een doktersassistente, nurse practitioner, praktijkondersteuner of door een zorgaanbieder waarmee [naam ziektekostenverzekeraar] afspraken heeft gemaakt over huisartsenzorg. (...)"*

- 8.4. Artikel B24 van de zorgverzekering 2013 bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op medisch specialistische zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

*"Een medisch specialist is een arts die na zijn basisopleiding een specialistische opleiding heeft gevolgd en als medisch specialist geregistreerd is. Er zijn in Nederland ongeveer 30 verschillende specialismen. De meeste medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.*

**Welke zorg**

*U heeft recht op vergoeding van kosten van:*

- onderzoek en diagnostiek,*
  - behandeling,*
  - materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*
  - laboratoriumonderzoek,*
- (...)"*

In 2013 is een vergelijkbare bepaling opgenomen in artikel B24 van de zorgverzekering.

- 8.5. Artikel B17 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op farmaceutische zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

*"(...)*

**Welke zorg**

*Geregistreerde geneesmiddelen*

*Met uitzondering van de uitgesloten middelen bedoeld onder het kopje 'Preferentiebeleid', heeft u recht op vergoeding van kosten van alle geneesmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke geneesmiddelen dat zijn, is te vinden in Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering.. (...)*

**Welke zorgaanbieder**

*U kunt voor geneesmiddelen naar een apotheek of een apotheekhoudend huisarts. (...)*

**Recept**

*U heeft een recept nodig van een huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts. (...)"*

In 2013 is een vergelijkbare bepaling opgenomen in artikel B17 van de zorgverzekering.

- 8.6. De artikelen B17, B18 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv.
- 8.8. 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.
- 8.9. Artikel E2 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2012 en 2013) regelt de aanspraak op alternatieve behandelwijzen 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: € 400,--.*

*Het maximumbedrag geldt voor de alternatieve behandelwijzen en de alternatieve geneesmiddelen tezamen.*

*(...)*

*U krijgt geen vergoeding voor:*

*(...)*

*-- Onderzoekskosten, zoals bloedonderzoek, allergietesten en beeldvormend onderzoek;*

*(...)"*

- 8.10. Artikel E3 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2012 en 2013) regelt de aanspraak op alternatieve geneesmiddelen en luidt, voor zover hier van belang:

*"Alternatieve geneesmiddelen zijn onder andere homeopathische- en antroposofische geneesmiddelen. Soms worden homeopathische geneesmiddelen speciaal voor u gemaakt (magistrale bereiding). Het is wenselijk uw huisarts of medisch specialist op de hoogte te stellen als u gebruik maakt of wil maken van alternatieve geneesmiddelen.*

*U krijgt een vergoeding voor homeopathische en antroposofische geneesmiddelen van 80% tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar: € 400,--.*

*Het maximumbedrag geldt voor de alternatieve behandelwijzen en de alternatieve geneesmiddelen tezamen.*

*U krijgt een homeopathisch geneesmiddel vergoed als:*

*-- het geneesmiddel geregistreerd is volgens de Nederlandse Geneesmiddelenwet (zie [www.cbg-meb.nl](http://www.cbg-meb.nl) onder 'Geneesmiddelen Informatiebank voor mensen'),*

*-- het geneesmiddel gemaakt is door een fabrikant die daarvoor een vergunning heeft,*

*-- een arts het geneesmiddel voorschrijft, en*

*-- een apotheek of een apotheekhoudend huisarts het geneesmiddel aflevert.*

*-- U krijgt een speciaal voor u gemaakt homeopathisch geneesmiddel (magistrale bereiding) vergoed als:*

*-- een arts het geneesmiddel voorschrijft, en*

*-- een apotheek of een apotheekhoudend huisarts het geneesmiddel aflevert.*

*U krijgt een antroposofisch geneesmiddel vergoed als:*

*-- het een WALA of Weleda product is,*

*-- een arts het geneesmiddel voorschrijft, en*

*-- een apotheek of een apotheekhoudend huisarts het geneesmiddel aflevert.*

*(...)"*

9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Aanspraak op laboratoriumonderzoek - zoals een bloed-, urine-, of darmonderzoek - bestaat indien dit wordt aangevraagd door de huisarts of behandelend medisch specialist. In het onderhavige geval zijn de laboratoriumonderzoeken aangevraagd door een orthomoleculair/natuurgeneeskundig arts. Dit is geen huisarts of medisch specialist zoals bedoeld in artikel B18 respectievelijk artikel B24 van de zorgverzekering. Daarom bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van het onderhavige bloed-, urine-, en darmonderzoek ten laste van de zorgverzekering. Dat de huisarts en de neuroloog verzoeker naar zijn zeggen niet verder hebben kunnen helpen, maakt het voorgaande niet anders.
- 9.2. Op grond van artikel B19 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op farmaceutische zorg. Het geneesmiddel dient te zijn opgenomen in Bijlage 1 Rzv én het middel moet zijn voorgeschreven door een huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts. Voorts moet het middel zijn afgeleverd door een apotheek of

apothekhoudend huisarts. De Liposomalgel is voorgeschreven door een orthomoleculair natuurgeneeskundig arts. Daarom komt dit middel niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Verzoeker heeft ter zitting verklaard dat zijn verzoek ook alle overige, door hem gebruikte (genees)middelen betreft waarvan de nota's in het dossier aanwezig zijn. Ten aanzien van de betreffende middelen - behoudens het middel Polycosanol - overweegt de commissie dat deze - zo zij al zijn aan te merken als geneesmiddel als bedoeld in de zorgverzekering - niet zijn voorgeschreven door een huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts. Daarom komen deze middelen reeds om deze reden niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Het middel Polycosanol is op 19 maart 2013 door een huisarts voorgeschreven aan verzoeker. Dit middel is echter geen geneesmiddel, maar een voedingssupplement. Bovendien is het middel geleverd door een drogist en niet door een apotheek of apothekhoudend huisarts. Daarom bestaat geen aanspraak op het middel Polycosanol ten laste van de zorgverzekering.

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.3. Op grond van artikel E2 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van alternatieve behandelwijzen. In dit artikel zijn onderzoekskosten expliciet uitgesloten van vergoeding. Daarom bestaat geen aanspraak op vergoeding van de onderhavige bloed- en darmonderzoeken ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.4. Ingevolge artikel E3 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van alternatieve geneesmiddelen. In dit artikel is bepaald dat maximaal 80 percent van de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen wordt vergoed, tot maximaal € 400,-- per kalenderjaar. Deze maximale vergoeding geldt voor de alternatieve behandelwijzen en alternatieve geneesmiddelen tezamen. Het homeopathische en antroposofische geneesmiddel dient te zijn geleverd door een apotheek of apothekhoudend huisarts. Van de in het jaar 2012 geleverde middelen is gebleken dat deze niet zijn geleverd door een apotheek of apothekhoudend huisarts. Daarom bestaat geen aanspraak op vergoeding van deze middelen. Voor het jaar 2013 is gebleken dat aan verzoeker reeds de maximale vergoeding van € 400,-- is verleend. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op een hogere vergoeding. De beoordeling of de onderhavige middelen zijn aan te merken als homeopathische of antroposofische geneesmiddelen kan daarom achterwege blijven.

### **Conclusie**

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

### 10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 mei 2014,

Voorzitter