

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D en E te F, in deze vertegenwoordigd door G
te H
Zaak : Alternatieve geneeswijzen, Body Stress Release (BSR)
Zaaknummer : 2011.02836
Zittingsdatum : 27 juni 2012

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door G te H.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het [naam ziektekostenverzekeraar] Keuze Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Royaal verzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens afgesloten verzekering T Excellent is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een behandeling Body Stress Release (BSR) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 maart 2011 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 28 juli 2011 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 17 januari 2012 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.4. Bij brief van 31 maart 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 aanvullende ziektekos-

tenverzekering (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 21 mei 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 mei 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 26 mei en 4 juni 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is op 26 augustus 2009 gestart met de BSR-behandeling. In 2009 en 2010 stond de beroepsvereniging BSRAN niet vermeld op de lijst van door de ziektekostenverzekeraar aangewezen behandelaars. In 2011 is de BSRAN echter toegevoegd aan de lijst van 'Vergoedingen overzicht alternatieve beroepsverenigingen' voor de aanvullende ziektekostenverzekeringen Start en Extra.
- 4.2. Verzoeker krijgt de kosten van de BSR-behandeling niet vergoed op grond van zijn aanvullende ziektekostenverzekering. Als hij voor een minder uitgebreide – en dus ook goedkopere – aanvullende ziektekostenverzekering zou hebben gekozen, zou hij deze kosten wel (deels) vergoed krijgen. Verzoeker meent dat hij aanspraak heeft op minimaal hetgeen in de minder uitgebreide aanvullende ziektekostenverzekering is opgenomen. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar hem in 2010 niet erop geattendeerd dat specifieke alternatieve behandelingen, waaronder de BSR-behandeling, vanaf 1 januari 2011 in de goedkopere aanvullende pakketten voor vergoeding in aanmerking komen.
- 4.3. De zorgverlener van verzoeker heeft hem medegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de onderhavige behandeling heeft vergoed aan één andere verzekerde, die dezelfde aanvullende ziektekostenverzekering heeft als verzoeker. Ook verzoeker dient daarom in aanmerking te komen voor een dergelijke vergoeding.
- 4.4. 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 artikel 2 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van alternatieve geneeswijzen indien deze worden verleend door de in dit artikel genoemde zorgverleners. De zorgverlener behoort niet tot de in artikel 2 genoemde zorgverleners. Daarom komen de kosten van de behandeling niet voor vergoeding in aanmerking.

- 5.2. Omdat de dekking van de onderhavige aanvullende ziektekostenverzekering uitgebreider is dan die van de aanvullende ziektekostenverzekeringen Start en Extra, zijn aan de vergoeding van alternatieve geneeswijzen strengere voorwaarden verbonden.
- 5.3. In het wijzigingenoverzicht dat verzoeker eind 2010 heeft ontvangen is hierover niets vermeld, omdat de voorwaarden voor alternatieve geneeswijzen in 2011 niet zijn gewijzigd ten opzichte van 2010.
- 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 13 van de algemene voorwaarden 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 verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van behandelingen BSR ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden
- 8.1. Artikel 2 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op alternatieve geneeswijzen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“2.1 Alternatieve geneeswijzen en therapieën

Wij vergoeden de kosten van consulten van de volgende alternatieve genezers of therapeuten:

A Artsen:

(...)

B Niet-artsen:

Een in Nederland gevestigde acupuncturist, fysiotherapeut-acupuncturist, klassiek homeopaat, manueel therapeut, chiropractor, haptotherapeut of natuurgeneeskundig therapeut.

Vergoeding:

Voor deze zorgverleners tezamen wordt (mits sprake is van een in de beroepsgroep gebruikelijk consult) maximaal € 40,- per dag vergoed.

Gezamenlijke maximum vergoeding

Van de gezamenlijke kosten van de hiervoor onder A en B genoemde alternatieve genezers of therapeuten worden per kalenderjaar maximaal 20 consulten vergoed.

Voorwaarden:

- Bij een natuurgeneeskundig therapeut komen alleen de kosten van een natuurgeneeskundig consult voor vergoeding in aanmerking.

- De onder B genoemde genezers of therapeuten dienen lid te zijn van een voor hun discipline opgerichte landelijk erkende beroepsvereniging. Indien wij daarom verzoeken, dient verzekerde een schriftelijk bewijs van dit lidmaatschap aan ons te verstrekken.

- Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. Of dit het geval is, wordt door ons beoordeeld.

- Het consult wordt gegeven op individuele basis.

(...)”

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. In de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de kosten van consulten van artsen of een in Nederland gevestigde acupuncturist, fysiotherapeut-acupuncturist, klassiek homeopaat, manueel therapeut, chiropractor, haptotherapeut of natuurgeneeskundig therapeut voor vergoeding in aanmerking komen. Tussen partijen is niet in geschil dat de zorgverlener van verzoeker geen arts is. Hetgeen partijen verdeeld houdt is of de zorgverlener is aan te merken als zorgverlener als bedoeld in artikel 2 onder B van de aanvullende ziektekostenverzekering ('niet-artsen'). Hierbij staat vast dat beoogd is in het artikel een limitatieve opsomming te geven van deze 'niet-artsen'.
- 9.2. De onderhavige zorgverlener is een BSR practitioner die is aangesloten bij de beroepsvereniging BSRAN. Een BSR practitioner is niet aan te merken als een acupuncturist, fysiotherapeut-acupuncturist, klassiek homeopaat, manueel therapeut, chiropractor, haptotherapeut of natuurgeneeskundig therapeut. De vergoeding is dan ook terecht afgewezen.
- 9.3. Bepalend voor een bepaalde aanspraak is de in de toepasselijke polisvoorwaarden omschreven dekking. Dat op grond van een andere – minder uitgebreide en dus ook goedkopere – aanvullende ziektekostenverzekering wel aanspraak bestaat op vergoeding van deze zorg, maakt dit niet anders. Het staat de ziektekostenverzekeraar vrij verschillende verzekeringsproducten te voeren met een onderscheiden dekking. In dat verband kan hij besluiten een beperkte vergoeding te verlenen en een groot aantal zorgverleners aan te wijzen of juist een ruime vergoeding te hanteren bij een beperkte groep specifieke zorgverleners. Het is aan verzoeker die verzekering te kiezen die het beste past bij zijn individuele situatie en deze keuze zo nodig bij te stellen naar aanleiding van wijzigingen in de dekking of zijn behoeften.
- 9.4. Ten aanzien van de stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar één andere verzekerde wel een vergoeding heeft verleend voor de onderhavige behandeling overweegt de commissie als volgt. Verzoeker heeft voornoemde stelling op geen enkele wijze onderbouwd. Nu niet is gebleken dat de gestelde vergoeding volgt uit een bestendig vergoedingsbeleid van de ziektekostenverzekeraar, waarvan in het geval van verzoeker is afgeweken, kan het beroep hierop niet slagen.

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, 27 juni 2012,

Voorzitter