

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Alternatieve geneeswijzen, chiropractor, erkenning
Zaaknummer : 2010.00773
Zittingsdatum : 3 november 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P.Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2009 en 2010, artt. 10 en 11 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009 en 2010)

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.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 15 april 2009 de kosten van verdere behandelingen door een chiropractor van het Rug Medisch Centrum (RMC) Nootdorp (hierna: de aanspraak) niet te vergoeden..

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in het geding en blijft daarom verder onbesproken. Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Compleet afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering [naam ziektekostenverzekeraar] TandenGaaf 750 biedt geen dekking voor het gevraagde en komt in het vervolg daarom niet meer aan de orde. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij herhaling om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 11 januari en 25 februari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt 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 30 juni 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak voor de rest van 2009 en voor 2010 alsnog in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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 20 augustus 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 augustus 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 28 augustus 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker is op 3 november 2010 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker claimt vergoeding van de na 15 april 2009 uitgevoerde behandelingen. Het gaat daarbij om twee behandelingen in 2009 à € 35,- en vijf behandelingen in 2010 à € 40,-.
- 4.2. Verzoeker stelt dat hij in het verleden is nagegaan of de behandelingen bij RMC Nootdorp zouden worden vergoed. Dit bleek het geval, en deze zijn vervolgens ook jarenlang vergoed. Hij was er dan ook niet op bedacht dat de enkele toevoeging van de woorden “door ons” in de polisvoorwaarden met ingang van 2009, tot gevolg zou hebben dat verdere behandelingen voor eigen rekening zouden blijven. Zeker niet nu de indruk werd gewekt dat de dekking juist was verruimd. Volgens verzoeker is sprake van “kleine lettertjes”. Hij voelt zich misleid. Zijns inziens had de ziektekostenverzekeraar de verzekerden een lijst van erkende beroepsverenigingen kunnen sturen of hem specifiek kunnen informeren. Zeker nu het hier een lopende behandeling betreft. De betrokken zorgverlener kan zich niet aansluiten bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging, omdat hij een Zweeds diploma heeft en andere verenigingen behoren tot de ‘Amerikaanse school’. Verzoeker meent dat dit “politiek” is, en niets met kwaliteit van doen heeft. Overigens distantieert de Consumentenbond zich volgens hem van de wijze waarop de ziektekostenverzekeraar de lijst van onderzochte beroepsverenigingen hanteert. Verzoeker verklaart dat de zorgverlener reeds in 2009 contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar teneinde door deze te worden erkend. Dit heeft echter tot op heden niets opgeleverd. Verzoeker benadrukt dat hij lijdt aan complexe, chronische klachten, en dat het voor hem van belang is de behandeling, die uitgaat van een integrale benadering, bij deze zorgverlener voort te zetten.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker benadrukt dat sprake is van een lopende behandeling. Het is belangrijk dat hij niet van behandelaar wisselt. De ziektekostenverzekeraar heeft de wijziging van de polisvoorwaarden niet voldoende kenbaar gemaakt.
- 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. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de betrokken zorgverlener niet is aangesloten bij een door hem erkende beroepsvereniging. De eis van erkenning geldt met ingang van het jaar 2009. Verzoeker is daarover eind 2008 geïnformeerd en heeft verklaard de betreffende informatie ook te hebben ontvangen. De ziektekostenverzekeraar licht toe zich bij de keuze van de beroepsverenigingen die hij heeft erkend, te hebben laten leiden door de Consumentenbond. Hieraan zijn beroepsverenigingen toegevoegd waar hij zelf onderzoek naar heeft gedaan. Bij brief van 15 april 2009 heeft hij verzoeker medegedeeld dat de ingediende nota's coulancehalve zouden worden vergoed, maar dat verdere declaraties zouden worden afgewezen. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid open gelaten dat RMC Nootdorp zich kan aanmelden om eventueel te worden erkend. Volgens de ziektekostenverzekeraar kan verzoeker de behandeling elders voortzetten.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoeker tijdig is geïnformeerd over de wijzigingen in de polisvoorwaarden. Het is aan de verzekerde kennis te nemen van de wijzigingen. De behandelaar van verzoeker is niet aangesloten bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging. Dit is tijdig aan verzoeker medegedeeld.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

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 ziektekostenverzekeraar gehouden is de na 15 april 2009 door verzoeker ondergane behandelingen bij RMC Nootdorp te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.
- 8.2. In het Vergoedingen Overzicht per 1 januari 2009 is ter zake van alternatieve behandelingen en –geneesmiddelen opgenomen dat maximaal € 1.500,- per jaar wordt vergoed voor beide tezamen. Daarbij wordt verwezen naar de artikelen 14.4 (antroposofische en homeopathische geneesmiddelen of producten) en 18 (alternatieve behandelingen). Artikel 18 luidt, voor zover hier van belang:

“18.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

*U hebt recht op vergoeding van alternatieve behandelingen zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:
(...)*

Zorgverlener

De behandelingen worden uitsluitend gegeven door:

- a. een arts voor alternatieve geneeswijzen. Dit mag ook een arts zijn die geen huisarts of medisch specialist is;*
- b. een therapeut die geen arts is maar wel lid is van een beroepsvereniging van alternatieve geneeswijzen die naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt;*
- c. een therapeut die geen arts is maar wel is ingeschreven in een register voor alternatieve geneeswijzen dat naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt.*

Toelichting “Kwaliteit alternatieve behandelingen”

*Er zijn veel verschillende vormen van alternatieve behandelingen. Zo kunt u behandeld worden door acupuncturisten, homeopaten, natuurgenezers, osteopaten, enzovoorts. De zorgverlener moet arts zijn of lid zijn van een beroepsvereniging die naar ons oordeel de kwaliteit van haar leden op een goede wijze controleert en hen goed begeleidt. Als uw alternatieve therapeut voldoet aan die voorwaarden, vallen de kosten onder de vergoeding. U kunt bij ons informeren of de zorgverlener die u wilt raadplegen, erkend is. Neem daarvoor contact op met ons of kijk op onze internetsite.
(...)”*

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat de betrokken zorgverlener geen arts is en dat hij niet is aangesloten bij een beroepsvereniging van alternatieve geneeswijzen die – naar de mening van de ziektekostenverzekeraar – voldoende kwaliteit waarborgt, dan wel is ingeschreven in een register voor alternatieve geneeswijzen dat naar de mening van de ziektekostenverzekeraar voldoende kwaliteit waarborgt. Aldus is niet voldaan aan de voorwaarden voor vergoeding zoals deze met ingang van 1 januari 2009 van toepassing zijn in het kader van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.2. Door verzoeker is betoogd dat hij niet tijdig en niet behoorlijk zou zijn geïnformeerd over de voorwaardenwijziging. Er zou sprake zijn van “misleiding” en van “kleine lettertjes”. Door de ziektekostenverzekeraar is daartegenover gesteld, en door verzoeker niet, althans onvoldoende bestreden, dat verzoeker eind 2008 informatie met betrekking tot de wijziging heeft ontvangen.
- 9.3. Deze wijziging van de polisvoorwaarden behelst – anders dan verzoeker stelt – meer dan de enkele toevoeging van een tweetal woorden. In 2008 luidde artikel 17 onder b namelijk als volgt:

*“b. consulten, behandelingen en/of diagnostisch onderzoek ten behoeve van deze behandelingen, in rekening gebracht door een arts of therapeut die is aangesloten bij een Nederlandse beroepsgroep van de volgende alternatieve geneeswijzen:
(...)
- Chiropractie, inclusief de kosten van eventuele röntgenfoto's;
(...)”*

Niet alleen de redactie, maar ook de lay-out van de verzekeringsvoorwaarden is bij de overgang van 2008 naar 2009 ingrijpend gewijzigd. Het had op de weg van verzoeker gelegen hier de nodige aandacht aan te besteden, en na te gaan welke mogelijke consequenties een en ander zou hebben in zijn specifieke situatie. Hierover had hij contact kunnen opnemen met de ziektekostenverzekeraar of hij had diens website kunnen raadplegen.

- 9.4. De commissie stelt verder vast dat de kosten van de behandelingen die vóór 15 april 2009 bij de ziektekostenverzekeraar zijn gedeclareerd, door deze coulancehalve zijn vergoed. Met betrekking tot de nadien opgekomen kosten geldt dat verzoeker op basis van de brief van de ziektekostenverzekeraar wist dat deze niet zouden worden vergoed. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst.

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, 17 november 2010,

Voorzitter