



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Zwolle
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, alternatieve geneeswijzen, shiatsu, voorwaarden
t.a.v. zorgverlener
Zaaknummer : 201402160
Zittingsdatum : 22 april 2015



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)



(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen



Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,



tegen



N.V. Univé Zorg te Zwolle, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Extra Zorg Polis Beter 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). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd waarom de kosten van de behandeling door de shiatsu-therapeut van haar keuze niet worden vergoed. Bij e-mailbericht van 23 mei 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de betreffende zorgaanbieder niet voldoet aan de polisvoorwaarden.
- 
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 20 juni, 7 en 18 juli 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. Nadat verzoekster de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar op 26 augustus 2014 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoekster is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 
- 3.4. Bij brief van 21 november 2014 heeft verzoekster 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 ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 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.
- 

-  3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 januari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 februari 2015 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 februari 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 april 2015 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstende bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.9. Verzoekster is op 22 april 2015 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

-  4.1. Verzoekster wil vanwege haar zwangerschap worden behandeld door een shiatsu-therapeut. De zorgaanbieder die haar voorkeur heeft, is evenwel niet door de ziektekostenverzekeraar aangewezen. Hierdoor komen de kosten van de behandeling door deze zorgaanbieder niet voor vergoeding in aanmerking. Verzoekster heeft zich daarom noodgedwongen tot een andere shiatsu-therapeut moeten wenden, die wél door de ziektekostenverzekeraar is aangewezen. Zij merkt hierbij op dat zij de aanvullende ziektekostenverzekering speciaal heeft gesloten vanwege de aanspraak op vergoeding van behandeling door eerstgenoemde therapeut, omdat deze is gespecialiseerd in de behandeling van zwangere vrouwen.
-  4.2. Verzoekster begrijpt niet waarom de ziektekostenverzekeraar de kosten van behandeling door de ene shiatsu-therapeut wel vergoedt en die door de andere niet. Voornoemde shiatsu-therapeuten hebben dezelfde opleiding genoten en zijn aangesloten bij dezelfde beroepsvereniging. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar een overgangsregeling voor alternatieve genezers. Door de kosten van de behandelingen van de ene zorgaanbieder wél en de andere niet te vergoeden, is sprake van willekeur.
-  4.3. Verzoekster is onvoldoende voorgelicht over het beleid en de voorwaarden die de ziektekostenverzekeraar stelt ter zake van alternatieve zorg. De ziektekostenverzekeraar hanteert namelijk specifiekere voorwaarden voor de vergoeding van alternatieve geneeswijzen dan andere verzekeraars. De ziektekostenverzekeraar acht het lidmaatschap van bepaalde beroepsverenigingen niet meer voldoende en eist bovendien op termijn een afgeronde hbo-bacheloropleiding. Dat de ziektekostenverzekeraar deze richting op gaat ter zake van de alternatieve zorg, en daarom een overgangsregeling hanteert die alleen voor sommige alternatieve behandelaars geldt, blijkt niet uit de polisvoorwaarden of uit andere voorlichting die is gegeven. Het verwijzen naar een zorggids vindt verzoekster niet afdoende en niet redelijk, omdat dit veronderstelt dat verzekerden op alle fronten kunnen voorzien welke zorg zij in het komende jaar nodig zullen hebben. Zij merkt hierbij op dat haar zwangerschap pas op 4 februari 2014 is bevestigd via een echo.
-  4.4. De ziektekostenverzekeraar is niet ingegaan op het bestaan van een overgangsregeling voor alternatieve zorg. Hierdoor heeft geen inhoudelijke behandeling van de klacht van verzoekster plaatsgevonden. Verzoekster is daarnaast van mening dat bij de afhandeling van haar klacht sprake is geweest van tunnelvisie. Ook is zij hierbij aan het lijntje gehouden.
-  4.5. Verzoekster wil om principiële redenen weten wat zij als betalende klant mag verwachten bij het afsluiten van een aanvullende verzekering. Zij vindt het summier verwijzen naar artikel 9 van de

 aanvullende ziektekostenverzekering en de zorggids niet voldoende, gezien de ruim € 18,-- die zij maandelijks betaalt voor deze verzekering.

 4.6. Verzoekster vordert vergoeding van de zes behandelingen die zij heeft gehad van de zorgaanbieder van haar keuze, en waarvan zij de kosten zelf heeft betaald. Voorts vordert zij de eigen bijdrage van € 15,-- per behandeling voor de zes behandelingen die zij noodgedwongen bij een andere zorgaanbieder heeft moeten afnemen.

 4.7. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de eisen die de ziektekostenverzekeraar stelt aan alternatieve genezers voor verzekerden onvoldoende duidelijk zijn voor verzekerden. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de zorggids. Een verzekerde zou dan iedere keer de naam van een behandelaar moeten invoeren. De gekozen constructie is juridisch dubieus. Verzoekster maakt bezwaar tegen het feit dat de zorgaanbieder moet zijn aangewezen door de ziektekostenverzekeraar. Het lijkt erop dat de ziektekostenverzekeraar op termijn alleen nog de kosten wil vergoeden van zorgaanbieders die BIG-geregistreerd zijn. Deze zorgaanbieders verlenen ook reguliere zorg.
Om benadrukken dat de polisvoorwaarden ook anders kunnen worden geformuleerd, heeft verzoekster de polisvoorwaarde voor alternatieve zorg van een andere verzekeraar overgelegd.

 4.8. Verzoekster 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 aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van (een deel van) de kosten van alternatieve geneeswijzen indien sprake is van een zorgverlener die is opgenomen in de zorggids van de ziektekostenverzekeraar, of als de zorgverlener in het BIG-register is vermeld als 'overig arts'. De shiatsu-therapeut die de voorkeur van verzoekster heeft, voldoet niet aan deze voorwaarden. Daarom komen de kosten van de behandeling door deze therapeut niet voor vergoeding in aanmerking.

 5.2. Zorgaanbieders zijn via de website van de ziektekostenverzekeraar op de hoogte van het beleid. Deze site is voor iedereen toegankelijk. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster erop gewezen, dat de zorgaanbieder zelf contact kan opnemen met de afdeling Zorginkoop indien zij van mening is dat zij ten onrechte niet is opgenomen in de zorggids. De zorgaanbieder heeft dit evenwel niet gedaan en heeft kennelijk ook niet de behoefte (gehad) om dit te doen. In de onderhavige kwestie is de door verzoekster aangehaalde overgangsregeling verder niet relevant.

 5.3. De polisvoorwaarden zijn helder. Verzoekster wist en/of kon weten dat de zorgaanbieder van haar voorkeur niet door de ziektekostenverzekeraar was aangewezen, en dat daarom de kosten van de behandeling door deze zorgaanbieder niet zouden worden vergoed. Zij kan geen rechten ontlenen aan wat andere verzekeraars ten laste van een aanvullende verzekering vergoeden.

 5.4. Verzoekster heeft enerzijds verklaard dat zij de aanvullende ziektekostenverzekering met name heeft afgesloten vanwege de vergoeding van behandelingen door de shiatsu-therapeut van haar voorkeur. Anderzijds meldt zij dat zij pas in februari 2014 wist dat zij zwanger was. Verzekeren gaat bij uitstek over het feit dat bij het sluiten van een overeenkomst geen zekerheid bestaat dat, wanneer of tot welk bedrag enige uitkering moet worden gedaan.

 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster in 2014 diverse consulten en behandelingen heeft gehad. Er is echter maar één nota ingediend. Deze is afgewezen onder verwijzing naar artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Daar staat welke zorg is verzekerd en wie deze mag verlenen. Dit is een BIG-geregistreerd arts of een aangewezen zorgaanbieder. De onderhavige zorgaanbieder heeft geen BIG-registratie en is niet aangewezen. De verzekeringsvoorwaarden zijn duidelijk. Via de website of telefonisch kan worden nagegaan of een zorgaanbieder aan de voorwaarden voldoet. De voorwaarden voor de

aanvullende ziektekostenverzekering mogen door de ziektekostenverzekeraar worden bepaald. Dat een andere verzekeraar een ruimere vergoeding kent, is niet van belang.

5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 7 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 verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de zes behandelingen door de shiatsu-therapeut van haar keuze alsmede van de eigen bijdrage van € 15,- per behandeling voor de zes behandelingen die zij bij een andere shiatsu-therapeut heeft afgenomen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Daarnaast is in geschil of de polisvoorwaarden ten aanzien van de vergoeding van alternatieve geneeswijzen voldoende duidelijk zijn en of de ziektekostenverzekeraar deze voorwaarden als zodanig mag hanteren.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende verzekeringsvoorwaarde relevant.

8.2. Artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op alternatieve zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving:

Alternatieve zorg bestaat uit:

1. behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:

- a. acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen;*
- b. antroposofische alternatieve geneeswijzen;*
- c. homeopathie;*
- d. natuurgeneeswijzen;*
- e. psychosociale zorg.*

Wie mag de zorg verlenen:

- voor de zorg onder a tot en met d: een arts met een BIG-registratie (Wet op de individuele beroepen) of een door ons aangewezen zorgaanbieder;

- voor de zorg onder e: een door ons aangewezen zorgaanbieder.

Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voor in de verzekeringsvoorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet

(...)

Het totale budget alternatieve zorg bedraagt: maximaal € 500 per kalenderjaar

voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag

(...)”

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Op grond van artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van alternatieve zorg tot maximaal € 45,- per dag, en maximaal € 500,- per kalenderjaar. Hierbij is als voorwaarde gesteld dat de zorg wordt verleend door een arts met een BIG-registratie, of een door de ziektekostenverzekeraar aangewezen zorgaanbieder.

Niet ter discussie staat dat de shiatsu-therapeut die de voorkeur heeft van verzoekster, geen arts is met een BIG-registratie. Evenmin staat ter discussie dat deze therapeut niet is aangewezen door de ziektekostenverzekeraar. Daarom heeft verzoekster op grond van de polisvoorwaarden geen aanspraak op vergoeding van de kosten van behandeling door deze therapeut.

- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de polisvoorwaarden vastgelegd dat alleen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van behandeling door een alternatieve therapeut, niet zijnde een arts, indien deze door hem is aangewezen. De ziektekostenverzekeraar stelt bepaalde eisen aan de kwalificaties waaraan alternatieve behandelaars moeten voldoen. Deze eisen zijn vastgelegd in het 'Beleid Alternatieve zorg Coöperatie VGZ'. De commissie is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar een overgangsbeleid voert ten aanzien van de alternatieve therapeuten die vóór 1 januari 2011 waren aangesloten bij een door hem erkende koepelorganisatie, maar die nog niet voldoen aan de aangescherpte voorwaarden. Deze therapeuten hebben tot 1 januari 2017 de tijd om alsnog te voldoen aan de kwalificatie-eisen. Voor de therapeuten die vanaf 1 januari 2011 lid zijn geworden van een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging en/of koepelorganisatie gelden direct de aangescherpte kwalificatie-eisen. Ook dit overgangsbeleid is vastgelegd in het 'Beleid Alternatieve zorg Coöperatie VGZ'. Aangezien het beleid ter zake van de kwalificatie-eisen voor alternatieve therapeuten duidelijk is vastgelegd in voornoemd document, en dit document is gepubliceerd op een openbaar gedeelte van de website van de coöperatie waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort, is de commissie van oordeel dat zowel de kwalificatie-eisen als het overgangsbeleid duidelijk en voldoende kenbaar zijn. In deze procedure is gesteld noch gebleken dat de ziektekostenverzekeraar alternatieve zorgaanbieders heeft aangewezen die niet voldoen aan de kwalificatie-eisen of die niet voldoen aan de voorwaarden ter zake van de overgangsregeling. Het beroep van verzoekster op willekeur kan dan ook niet slagen. Dat verzoekster het niet eens is met de door de ziektekostenverzekeraar gestelde kwalificatie-eisen of het door hem gevoerde overgangsbeleid maakt het voorgaande niet anders.
- 9.3. Verzoekster stelt dat zij onvoldoende is voorgelicht over het beleid en de voorwaarden die gelden ter zake van alternatieve zorg, ondermeer omdat de ziektekostenverzekeraar hiervoor specifiekere voorwaarden stelt dan andere verzekeraars. Het staat verzekeraars vrij de voorwaarden van de door hen aangeboden aanvullende verzekeringen vast te stellen. Dat andere verzekeraars minder strenge voorwaarden stellen aan alternatieve zorgaanbieders, leidt er niet toe dat de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering onduidelijk zijn, of dat verzoekster op grond hiervan - en in afwijking van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden - aanspraak heeft op vergoeding van de behandeling door de zorgaanbieder die haar voorkeur heeft.
- 9.4. Het principe van een verzekering is dat het risico van een onzekere gebeurtenis door een andere partij - in dit geval de ziektekostenverzekeraar - wordt gedragen tegen betaling van de premie. Vanwege de onzekerheid van de gebeurtenis dient de verzekerde voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering een inschatting te maken van de kans dat het verzekerde risico zich zal voordoen en de schade die hierdoor eventueel ontstaat, en dit mogelijke schadebedrag af te zetten tegen de premie die verschuldigd is voor de verzekering. Bij deze inschatting dienen ook de vergoedingsvoorwaarden te worden betrokken. De stelling van verzoekster dat een verwijzing naar de zorggids niet afdoende en onredelijk is, omdat zij voorafgaand niet wist dat zij kosten ging maken voor alternatieve zorg, treft daarom geen doel.
- 9.5. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat zij de aanvullende ziektekostenverzekering speciaal heeft afgesloten vanwege de aanspraak op vergoeding van behandeling door de shiatsu-therapeut van haar voorkeur, merkt de commissie het volgende op. Verzoekster heeft voorafgaand aan het kalenderjaar de zorggids van de ziektekostenverzekeraar kunnen raadplegen om na te gaan of deze therapeut door de ziektekostenverzekeraar is aangewezen. Blijkbaar heeft zij dit niet gedaan. Verzoekster heeft niet gesteld dat deze therapeut in 2013 wél in de zorggids van de ziektekostenverzekeraar stond vermeld. Het beroep van verzoekster op gewekt vertrouwen kan daarom niet slagen.

- 9.6. Gezien het voorgaande heeft verzoekster geen aanspraak op de door haar gevorderde vergoeding van de zes behandelingen die zij heeft gehad van de zorgaanbieder van haar keuze, noch op de eigen bijdrage van € 15,- per behandeling voor de zes behandelingen die zij bij de andere zorgaanbieder heeft afgenomen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 mei 2015,

prof. mr. A.I.M. van Mierlo