

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Alternatieve geneeswijzen, manuele therapie en acupunctuur
Zaaknummer : 2009.00954
Zittingsdatum : 4 november 2009

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.6 en bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

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 2 februari 2009. Met deze beslissing is het verzoek om vergoeding van de kosten van de behandeling van verzoekers echtgenote (hierna te noemen: verzekerde 1) en zijn zoon (hierna te noemen: verzekerde 2) door een fysiotherapeut/ manueel therapeut/acupuncturist afgewezen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag waren verzekerde 1 en 2 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde 1 en 2 bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Vrije Keuze Topfit afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzekerde 1 en 2 zijn onder behandeling bij een fysiotherapeut/ manueel therapeut/acupuncturist. Voor deze behandeling is met de nota van 25 november 2008 een bedrag van € 1.320,00 in rekening gebracht en met de nota van 15 december 2008 een bedrag van € 990,00. Met het uitkeringsbericht van 2 februari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar de vergoeding van deze kosten afgewezen, omdat uit de nota niet blijkt dat de zorgverlener is aangesloten bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging.
- 3.3. Verzoeker heeft op 10 maart 2009 de ziektekostenverzekeraar per email bericht dat hij zich niet kan vinden in de voornoemde beslissing. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 11 maart 2009 per email een toelichting gegeven op de bestreden beslissing.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 9 april 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld

zijn standpunt te handhaven.

- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 24 juni 2009 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 ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 31 juli 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. De ziektekostenverzekeraar zal op basis van coulance de kosten over het jaar 2008 vergoeden op basis van de aanspraak op alternatieve geneeswijzen; de maximale vergoeding bedraagt € 500,--. De kosten komen in 2009 niet meer voor vergoeding in aanmerking.
- 3.9. Een afschrift van de voornoemde brief is op 4 augustus 2009 aan verzoeker gezonden. Verzoeker is hierbij gevraagd of het geschil hiermee is opgelost. Verzoeker heeft bij brief van 16 augustus 2009 medegedeeld dat hij de coulanceregeling bijzonder op prijs stelt, maar dat het geschil hiermee niet is opgelost.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.11. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 november 2009 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de kosten van behandeling door deze zorgverlener al zeven jaar door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed en dat daardoor een 'recht' is ontstaan. Bovendien is door de jarenlange behandeling een vertrouwensband ontstaan met de zorgverlener, waardoor het herstel voorspoedig is geweest. Verzoeker stelt dat het feit dat de ziektekostenverzekeraar hem tijdig heeft geïnformeerd niet meer dan een constatering is. Verzoeker is van mening dat nu de betreffende zorgverlener op grond van de Wet BIG geregistreerd staat als fysiotherapeut, hij voldoet aan de eisen van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd, dat hij is benadeeld door het besluit van de ziektekostenverzekeraar om de kosten van zorg door behandelaars, die niet zijn aangesloten bij een door hem erkende beroepsorganisatie, niet te vergoeden. Zijn echtgenote heeft tien jaar geleden een hernia gekregen, waaraan zij geopereerd is. Na de operatie verliep het herstel niet voorspoedig, waardoor zij problemen had met lopen; de reguliere zorg bood hiervoor geen oplossing.

De echtgenote van verzoeker is hierop onder behandeling van de onderhavige zorgverlener gekomen en dankzij deze behandelingen kan zij weer gewoon lopen. Verzoeker benadrukt dat zijn echtgenote een vertrouwensrelatie heeft opgebouwd met deze zorgverlener.

- 4.3. Verzoeker begrijpt dat regels gesteld moeten worden aan de vergoeding van alternatieve geneeswijzen, maar het menselijke aspect is in dit kader relevant. Zijn echtgenote liep op haar 39^e met een rollator; dankzij deze zorgverlener is dit nu niet langer het geval. Verzoeker heeft de betreffende zorgverlener gevraagd zich aan te sluiten bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging, maar dat heeft de zorgverlener geweigerd.
- 4.4. De behandelingen door deze zorgverlener bestaat met name uit manuele therapie. In uitzonderlijke gevallen is ook acupunctuur toegepast.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de vergoedingsvoorwaarden van de aanvullende verzekering per 1 januari 2008 aanzienlijk zijn aangescherpt. Voor acupunctuur en manuele therapie betekent dit dat de kosten van de behandeling alleen nog voor vergoeding in aanmerking komen indien de behandelaar een arts is of is ingeschreven bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging. De zorgverlener is geen arts en is evenmin ingeschreven bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat verzoeker medio november 2007 door middel van een brief en brochure is geïnformeerd over de wijzigingen in de vergoedingen.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat de betreffende zorgverlener weliswaar is geregistreerd als fysiotherapeut, maar de behandelingen, die hij in het onderhavige geval heeft gedeclareerd, heeft hij niet als fysiotherapeut uitgevoerd. In de polis is wel een aanspraak opgenomen voor vergoeding van manuele therapie, maar daarvoor dient de betreffende fysiotherapeut als manueel therapeut ingeschreven te staan in het KNGF-register. De onderhavige therapeut is niet als zodanig ingeschreven.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan verzoeker de kosten van de behandeling van verzekerde 1 en 2 door de zorgverlener te vergoeden. Dienaan-

gaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier 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 3 tot en met 22 van deel B van de zorgverzekering. Artikel 14 van deel B van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op paramedische bestaat.

Voor zover hier van belang, luidt artikel 14 van de zorgverzekering als volgt:

“De aanspraak op de vergoeding van kosten van paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefen­therapie, ergotherapie, logopedie en dieetadvisering. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefen­therapeuten, logopedisten, ergothera­peuten en diëtisten plegen te bieden.

Fysiotherapie en oefen­therapie omvat de noodzakelijke behandelingen, door een fysiothera­peut, manueel therapeut, oefen­therapeut Mensendieck/oefen­therapeut Cesar, bekkenthera­peut dan wel oedeemtherapeut, in geval er sprake is van een indicatiestelling en in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandel­duur niet is overschreden. Deze bijlage is verkrijgbaar bij de zorgverzekeraar. Voor ver­ze­kerden van 18 jaar en ouder geldt deze regeling vanaf de tiende behandeling.”

In artikel 1 van deel A van de zorgverzekering is, voor zover hier van belang, bepaald dat:

“Fysiotherapeut: een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voor­waar­den, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnastmasseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

(...)

Manueel therapeut: een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voor­waar­den als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut is inge­schreven in het Register Ver­bijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Ge­nootschap voor Fysiotherapeuten.”

- 7.3. Artikel 14 van deel B van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van deel A van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Re­geling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. 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. Paramedische zorg, waaronder ook fysiotherapie en oefen­therapie vallen, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) en bijla­ge 1 van genoemd besluit.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie stelt vast dat de onderhavige zorg is verleend door een fysiotherapeut; het betreft echter geen zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden als bedoeld in artikel 14 van de zorgverzekering. De commissie is derhalve van oordeel dat de

kosten van deze zorg op grond van de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.7. Voor zover hier van belang, luidt artikel 2 van deel B van de aanvullende ziektekostenverzekering als volgt:

“De hulp verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar. De kosten van de volgende behandelingen worden vergoed tot een gezamenlijk maximum van € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar, mits voorgeschreven door de behandelend huisarts of specialist.”

Voor zover hier van belang, luidt artikel 5 van deel B van de aanvullende ziektekostenverzekering als volgt:

*“De kosten van het consulteren van of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder arts acupuncturist en arts haptotherapeut. De vergoeding bedraagt maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar, maximaal € 85,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag.
De kosten van het consulteren van of behandeling door een behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder acupuncturist en haptotherapeut. De vergoeding bedraagt maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar, maximaal € 65,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag.”*

In artikel 1 van deel A van de aanvullende ziektekostenverzekering is, voor zover hier van belang, bepaald dat:

*“Acupuncturist: een in Nederland gevestigde arts of behandelaar die lid is van een door de verzekeraar erkende beroepsorganisatie die relevant is voor de betreffende beroepsgroep.
(...)*

*Alternatieve geneeswijzen: Behandelingen en/of onderzoeksmethoden die genezing of behandeling van een ziekte tot doel hebben, maar in de reguliere geneeskunde niet worden erkend. Het wetenschappelijk bewijs, volgens de methoden en standaards van de reguliere geneeskunde ontbreekt.
(...)*

Manueel therapeut: Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.”

- 7.8. De commissie constateert dat op de nota's staat vermeld dat sprake is van acupunctuur/manuele therapie. De geleverde zorg is derhalve niet aan te merken als zijnde fysiotherapie. De commissie is van oordeel dat de betreffende behandelaar niet kan worden aangemerkt als een manueel therapeut, zoals bedoeld in de polisvoorwaarden, aangezien hij niet als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en hij evenmin als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten. Gezien het voorstaande bestaat op grond van artikel 2 van deel B van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak op vergoeding van deze kosten.
- 7.9. Op grond van artikel 5 van deel B van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van alternatieve geneeswijzen; hieronder valt ook de behandeling door een acupuncturist. De commissie is gebleken dat de

betreffende zorgverlener geen arts is en dat hij voorts niet is aangesloten bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsorganisatie die relevant is voor de betreffende beroepsgroep. De commissie concludeert derhalve dat de zorgverlener niet voldoet aan de in de polisvoorwaarden vastgestelde criteria. Dat de zorgverlener op grond van de Wet BIG geregistreerd staat als fysiotherapeut doet hier niet aan toe of af. De commissie is daarom van oordeel dat het verzoek om vergoeding van deze kosten terecht is afgewezen.

- 7.10. De commissie concludeert dat de aanvullende verzekering geen dekking biedt voor hetgeen verzoeker heeft verzocht

Werking privaatrecht

- 7.11. De kosten van behandeling door de zorgverlener zijn gedurende zeven jaar door de ziektekostenverzekeraar vergoed. De commissie is gebleken dat de polisvoorwaarden vóór 1 januari 2008 zodanig waren dat de kosten van behandeling door deze zorgverlener voor vergoeding in aanmerking kwamen. De ziektekostenverzekeraar heeft om hem moverende redenen de polisvoorwaarden voor alternatieve geneeswijzen met ingang van 1 januari 2008 gewijzigd. Hierdoor komen de kosten van behandeling door deze zorgverlener niet meer voor vergoeding in aanmerking. De ziektekostenverzekeraar is op grond van artikel 8 van deel A van de aanvullende ziektekostenverzekering gerechtigd om de polisvoorwaarden te wijzigen. Het is niet in geschil dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker tijdig heeft geïnformeerd over de wijzigingen in de polisvoorwaarden; de commissie neemt dit derhalve als vaststaand aan. Nu de polisvoorwaarden met ingang van 1 januari 2008 zodanig zijn gewijzigd dat de kosten van de behandeling door deze zorgverlener niet langer voor vergoeding in aanmerking komen en verzoeker daarvan tijdig kennis heeft genomen dan wel heeft kunnen nemen, is de commissie van oordeel dat het beroep van verzoeker op "het ontstaan van een recht" niet kan slagen. Dat er in de loop der jaren een vertrouwensband is ontstaan met deze zorgverlener, doet hier naar het oordeel van de commissie niet aan toe of af.
- 7.12. De commissie is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de door verzoeker gemaakte kosten voor deze behandelingen over het jaar 2008 alsnog te vergoeden tot maximaal € 500,--. De commissie is van oordeel, in het licht ook van het bovenoverwogene dat verzoeker daarmee voor een redelijke periode in staat is gesteld zich aan te passen aan de gewijzigde situatie.

Conclusie

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

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 november 2009,

Voorzitter