

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen D te E
Zaak : Alternatieve geneeswijzen, immunoscreeningsonderzoek bij alimentair geïnduceerde aandoeningen
Zaaknummer : 2012.02996
Zittingsdatum : 20 maart 2013

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen

D te E, hierna 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing.

Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra Zorg Polis Best (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en het Tand Beter Pakket afgesloten. Het Tand Beter Pakket is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing.

Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 “BASIS immunoscreeningsonderzoek compleet” (hierna: de aanspraak). Bij ongedateerd uitkeringsbericht 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 21 februari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 25 november 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 ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 februari 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 februari 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 11 februari 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 maart 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Op het moment dat verzoeker zich oriënteerde op een nieuwe aanvullende ziektekostenverzekering, in december 2011, was de Kliniek voor alimentair geïnduceerde aandoeningen in de 'Zorgvinder' van de ziektekostenverzekeraar opgenomen onder het kopje "natuurgeneeswijze". Begin januari 2012 is in deze kliniek bij verzoeker een onderzoek uitgevoerd naar voedselintolerantie. De kosten hiervan bedragen € 700,--.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding in eerste instantie afgewezen op de grond dat deze kliniek alleen zou zijn gecontracteerd voor behandelingen acupunctuur. Gebleken is dat dit eerst in februari 2012 in de 'Zorgvinder' is gewijzigd. Verzoeker vindt dit een verbijsterende gang van zaken. Van hem als verzekerde wordt verwacht dat hij een contract aangaat voor een jaar, terwijl de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft de hieraan verbonden voorwaarden eenzijdig tussentijds te wijzigen.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in een latere brief als afwijzingsgrond genoemd dat alleen vergoeding plaatsvindt indien het gaat om een behandeling of consult. Het bij verzoeker uitgevoerde onderzoek zou niet voldoen aan dit criterium. Uit de telefonische contacten met de ziektekostenverzekeraar, de informatie op de website, de brochures, en de polisvoorwaarden valt echter niet af te leiden dat een onderzoek niet wordt gezien als een behandeling. Op basis hiervan zou de ziektekostenverzekeraar in ieder geval vanwege gewekt vertrouwen moeten overgaan tot vergoeding.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat eenzelfde kwestie in het bindend advies van 10 oktober 2012 (2012.00604) is toegewezen. In de onderhavige kwestie dient dezelfde lijn te worden gekozen. Door de ziektekostenverzekeraar worden in de onderhavige kwestie geen nieuwe argumenten aangevoerd. De verwijzing naar de website van Medisynx is bijzonder. Het is niet van belang welke verwijzingen hier staan. Van belang is welke informatie verzoeker van de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Alternatieve zorg kan, gelet op artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering, worden vergoed indien het gaat om behandelingen en consulten die vallen onder de in artikel 9 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering ge-

noemde stromingen. Dit betekent dat onderzoeken niet voor vergoeding in aanmerking komen.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft onderzocht of sprake is geweest van een telefonische toezegging. Dit is niet het geval. Opgemerkt wordt dat de 'Zorgvinder' elke twee weken wordt bijgewerkt. De reden hiervoor is dat steeds nieuwe afspraken tot stand komen tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgverleners. Het maakt in de situatie van verzoeker niet uit of de zorgverlener is geregistreerd als "acupuncturist" of "natuurgeneeskundige", aangezien het hier gaat om een onderzoek en niet om een behandeling of consult.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat wijzigingen in de polisvoorwaarden alleen met ingang van 1 januari van elk kalenderjaar worden doorgevoerd. De zorggids wordt alleen aangepast om hieraan zorgverleners toe te voegen.
- 5.4. In zijn nader commentaar heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de medewerker in het telefoongesprek heeft opgemerkt dat Medisynx niet voorkomt in de zorggids. Op hetzelfde adres is ook gevestigd de Kliniek voor alimentaire geïnduceerde aandoeningen. Werkzaam in deze praktijk is de behandelend zorgverlener, die genezeres/acupuncturist is. Als deze zorgverlener de kosten van haar (acupunctuur) behandelingen declareert als alternatieve therapie, dan komen de kosten voor vergoeding in aanmerking. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat Medisynx en de Kliniek voor alimentaire geïnduceerde aandoeningen weliswaar samenwerken, maar gezien moeten worden als twee afzonderlijke zorgaanbieders. Alleen de laatstgenoemde is opgenomen in de zorggids.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de kliniek eerst onder 'natuurgeneeswijzen' stond geregistreerd, en later onder 'acupunctuur'. Er worden geen contracten gesloten met deze zorgverleners. De voorwaarden zijn niet gewijzigd. Het onderzoek valt niet onder behandelingen en consulten als bedoeld in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Het verschil van mening heeft betrekking op het telefoongesprek van 5 november 2011. Aangegeven is daarbij dat het ging om alternatieve therapie, en niet om voedingsintolerantie. Toen is gezegd dat het vergoed zou worden. Het kan van de medewerker niet worden verwacht dat hij of zij tot in de finesses weet wat er bij een bepaalde zorgverlener wordt uitgevoerd. Dit maakt voor de vergoeding niet uit. Door zorgverleners wordt zelf aangegeven of de weergave in de zorgvinder moet worden gewijzigd.
- 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende verzekeringsvoorwaarde relevant.
- 8.2. Artikel 9 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op alternatieve zorg 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 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; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet. (...)

□ Extra Zorg polis Best

maximaal € 800 per kalenderjaar

Bijzonderheden:

onder alternatieve zorg verstaan wij niet consulten en (groeps)behandelingen voor:

- *preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;*
- *sociaal (maatschappelijke) dienstverlening;*
- *werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;*
- *schoonheidsbevordering;*
- *het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen (zie artikel 17).”*

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt onder andere dekking voor behandelingen en consulten die vallen onder de stromingen acupunctuur en natuurgeneeswijzen. Door verzoeker is gesteld dat bij de betreffende zorgverlener, bij het aangaan van de aanvullende ziektekostenverzekering, in de ‘Zorgvinder’ als zorgsoort “natuurgeneeswijze” was genoemd. Dit is door de ziektekostenverzekeraar niet bestreden. Het blijkt tevens uit de gemaakte telefoonnotitie van 5 december 2011. Eerst in februari 2012 is verzoeker medegedeeld dat deze zorgverlener alleen was aangewezen voor “acupunctuur”.
- 9.2. De commissie merkt hierover op dat een verzekerde bij het aangaan van de verzekering duidelijkheid dient te hebben over de afspraken die door de ziektekostenverzekeraar met zorgverleners zijn gemaakt. Het gaat niet aan deze gedurende de looptijd van de verzekering te veranderen, te meer daar de verzekerde de verzekering voor een jaar aangaat. Niet gebleken is dat verzoeker tijdig op de hoogte is gesteld van de

wijziging. Evenmin is gebleken dat verzoeker in de gelegenheid is gesteld vanwege deze wijziging de verzekering tussentijds te beëindigen. Een en ander kan hem dan ook niet worden tegengeworpen.

- 9.3. Aangezien de zorgverlener, gelet op het voorgaande, door de ziektekostenverzekeraar was aangewezen voor “natuurgeneeswijzen”, althans dit mocht verzoeker na raadpleging van de ‘Zorgvinder’ aannemen, rest de vraag of de onderzoeken die zijn uitgevoerd zijn aan te merken als “behandeling” of “consult”. Deze begrippen zijn in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering niet nader uitgewerkt. Vast staat echter dat het onderzoek heeft bestaan uit een bloedafname, waarbij het bloed is onderzocht op voedselintolerantie. Dit is niet aan te merken als een consult. Het is evenmin aan te merken als een behandeling. Gelet hierop bestaat op grond van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking voor het door verzoeker ondergane onderzoek.

Telefoongesprek 5 december 2011

- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft een weergave gegeven van de gemaakte telefoonnotities. De notitie van 5 december 2011 luidt: *“Mw. gesproken en eea uitgelegd. Het gaat niet om voedselintolerantie, maar een alternatieve therapie. De zorgverlener Medisynx staat niet in de zorgvinder onder die naam, maar is wel via adres te vinden (...) zorgsoort: natuurgeneeswijze. Als zij het gaan declareren als alternatieve, dan wel vergoeding mogelijk uit AV”.*
- 9.5. Uit de telefoonnotitie blijkt dat gesproken is over de zorg die de betreffende zorgverlener verleent. Bij raadpleging van de website van deze zorgverlener wordt duidelijk dat de zorg bestaat uit onderzoek naar voedselintolerantie met aansluitend behandelingen acupunctuur. Aangezien deze zorgverlener – gelet op de telefoonnotitie, waarbij geen onderscheid is gemaakt tussen Medisynx en de Kliniek voor alimentaire geïnduceerde geneeswijzen, maar waarin is genoteerd dat Medisynx niet onder die naam, maar wel op het adres is te vinden in de zorggids – door de ziektekostenverzekeraar is aangewezen, mag worden verwacht dat de medewerker beschikt over informatie betreffende de aard van de zorg die deze zorgverlener verleent. Derhalve had de medewerker een onderscheid moeten maken tussen het onderzoek – waarvan de kosten niet onder de dekking vallen – en de behandelingen acupunctuur, die wel zijn gedekt. Zonder enig voorbehoud is echter gezegd dat indien de zorg zou worden gedeclareerd als alternatieve zorg, vergoeding mogelijk is vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker is op deze informatie afgegaan, heeft de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten en de zorg bij de zorgverlener betrokken. Als gevolg van de onjuiste mededeling heeft hij schade geleden. De ziektekostenverzekeraar is gehouden hem deze schade, ten bedrage van € 700,--, te vergoeden.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.5.
- 9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek toe.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 3 april 2013,

Voorzitter