

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E
te F en G te H
Zaak : Alternatieve geneeswijzen, immunoscreeningsonderzoek bij
alimentair geïnduceerde aandoeningen
Zaaknummer : 2012.00604
Zittingsdatum : 10 oktober 2012

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te D,

tegen

1) E te F en

2) G te H,

hierna gezamenlijk 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 [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 verzoekster 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. Verzoekster 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 verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 februari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing 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 13 juni 2012 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 22 augustus 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 augustus 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 september 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 september 2012 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Op het moment dat verzoekster en haar gezinsleden zich oriënteerden op een nieuwe aanvullende ziektekostenverzekering, in december 2011, was de Kliniek voor alimentaire geïnduceerde aandoeningen in de 'Zorgvinder' opgenomen onder het kopje "natuurgeneeswijze". Begin januari 2012 is in deze kliniek een onderzoek uitgevoerd naar voedselintolerantie. De kosten daarvan 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. Verzoekster vindt dit een verbijsterende gang van zaken. Van haar als verzekeringnemer wordt verwacht dat zij een contract aangaat voor een jaar, terwijl de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft de hieraan verbonden voorwaarden eenzijdig tussentijds te wijzigen.
- 4.3. In zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar als afwijzingsgrond genoemd dat alleen vergoeding plaatsvindt indien het gaat om een behandeling of consult. Het bij verzoekster uitgevoerde onderzoek zou niet voldoen aan dit criterium. Uit de 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. Verzoekster 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 genoemde stromingen. Dit betekent dat onderzoeken niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 5.2. Naar aanleiding van een vraag van de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar onderzocht of sprake is geweest van een telefonische toezeg-

ging. Dit is niet het geval. Opgemerkt is dat de 'Zorgvinder' elke twee weken wordt bijgewerkt. De reden hiervoor is dat steeds nieuwe contractafspraken tot stand komen tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgverleners. Het maakt in de situatie van verzoekster 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. 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 verzekeringsvoorwaarde

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**Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.1. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt onder andere dekking voor behandelingen en consulten die vallen onder de stromingen acupunctuur en natuurgeneeswijzen. Door verzoekster 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, en blijkt tevens uit de gemaakte telefoonnotitie van 5 december 2011. Eerst in februari is verzoekster medegedeeld dat de zorgverlener alleen was gecontracteerd voor “acupunctuur”.
- 9.2. De commissie merkt hierover op dat een verzekerde bij het aangaan van de verzekering duidelijkheid dient te hebben over de contracten die door de ziektekostenverzekeraar met zorgverleners zijn gesloten. Het gaat niet aan deze gedurende de looptijd van de verzekering te wijzigen, te meer daar de verzekerde de verzekering voor een jaar aangaat. Niet gebleken is dat verzoekster tijdig op de hoogte is gesteld van de wijziging, en dat zij in de gelegenheid is gesteld vanwege deze wijziging de verzekering tussentijds te beëindigen. Een en ander kan haar dan ook niet worden tegengeworpen.
- 9.3. Aangezien de zorgverlener, gelet op het voorgaande, door de ziektekostenverzekeraar was gecontracteerd voor “natuurgeneeswijzen”, althans dit mocht verzoekster 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 noch aan te merken als een consult, noch als een behandeling. Gelet hierop bestaat op grond van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking voor het door verzoekster ondergane onderzoek.

Telefoongesprek 5 december 2011

- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij zijn reactie aan de Ombudsman Zorgverzekeringen afschriften gevoegd 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 Medisyncx 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 door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, mag de medewerker bekend worden verondersteld met 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. Verzoekster is op deze informatie afgegaan, heeft de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten en de zorg bij de zorgverlener betrokken. Als gevolg van de onjuiste mededeling heeft zij schade geleden. De ziektekostenverzekeraar is gehouden haar 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 verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,-.

Zeist, 10 oktober 2012,

Voorzitter