

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C en E te D
Zaak	: Alternatieve geneeswijzen, chiropractor
Zaaknummer	: 2009.00820
Zittingsdatum	: 12 augustus 2009

Zaak: 2009.00820 (Alternatieve geneeswijzen, chiropractor)

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

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

1) C te D, en
2) E te D,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 24 januari 2008 de kosten van behandelingen chiropractie 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 Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en zal daarom in het vervolg buiten beschouwing blijven.
Verder was ten behoeve van verzoeker 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. Verzoeker heeft een chiropractor bezocht en de kosten daarvan gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar (hierna: de aanspraak). Met het uitkeringsbericht van 24 januari 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 18 maart 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven. Bij brief van 29 april 2008 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht zijn beslissing te herzien.
- 3.4. Bij brief van 6 april 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).

- 3.5. 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 van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 23 juni 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 juni 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 juli 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 juli 2009 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij begin 2008 naar een chiropractor is geweest. Zijn gebruikelijke behandelaar was op dat moment met vakantie. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld dat de betreffende chiropractor niet is aangesloten bij een door hem erkende beroepsvereniging. Verzoeker is van mening dat hij zich in 2007, toen hij ervoor koos bij de ziektekostenverzekeraar aanvullend verzekerd te blijven, niet op de hoogte kon zijn van dit vereiste. Voorts stelt hij dat het vereiste dat een behandelaar aangesloten dient te zijn bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsorganisatie onredelijk is.
- 4.2. 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 uit de nota van de betreffende chiropractor blijkt dat hij niet is aangesloten bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging. Vergoeding van de nota ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering is derhalve niet mogelijk.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, is de commissie bevoegd van het geschil met betrekking tot de aanvullende ziektekostenverzekering 2008 kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering 2007, omdat voor die verzekering geen bindend adviesovereenkomst tussen partijen bestond.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de behandeling chiropractie te vergoeden, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Artikel 5 van ‘Deel B Omvang Dekking’ van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt, voor zover hier van belang:

“Alternatieve geneeswijzen

lid 1

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.

lid 2

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 de begripsomschrijvingen in het onderdeel ‘Algemene bepalingen’ van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is het volgende bepaald:

“Arts

Een arts die als zodanig geregistreerd staat conform de Wet BIG.

(...)

Behandelaar

Een zorgverlener die ingeschreven staat in het register van een erkende beroepsorganisatie die relevant is voor de betreffende beroepsgroep. Een opgave van de door de verzekeraar erkende beroepsorganisaties is bij hem verkrijgbaar. De hulp die wordt verleend, dient in de beroepsgroep als gebruikelijk te worden aanvaard en dient te worden berekend volgens de officiële dan wel in de beroepsgroep algemeen gebruikelijke tarieven. Voor zover een beroepsorganisatie normtarieven hanteert, zijn deze leidend.”

- 7.3. Tussen partijen staat niet ter discussie dat de behandelaar die verzoeker heeft geadviseerd geen arts is in de zin van de polisvoorwaarden. Voorts heeft verzoeker de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de behandelaar niet is aangesloten bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging niet bestreden, zodat moet worden geconcludeerd dat evenmin sprake is van een ‘behandelaar’ als bedoeld in de begripsomschrijvingen, respectievelijk artikel 5 lid 2 van ‘Deel B Omvang Dekking’.
- 7.4. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gerechtigd is in de aanvullende voorwaarden de bepaling op te nemen dat een behandelaar van alternatieve geneeswijzen aangesloten dient te zijn bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging. De commissie stelt in dat kader voorop dat de ziektekostenverzekeraar binnen de grenzen van het recht vrij is de inhoud van de aanvullende ziektekostenverzekering te bepalen. Bij het sluiten van de verzekering verklaart de verzekerde zich met deze voorwaarden akkoord. De bestreden bepaling is onder andere uit een oogpunt van waarborg van kwaliteit naar het oordeel van de commissie niet onredelijk.
- 7.5. Voor zover verzoeker stelt dat hij niet op de hoogte kon zijn van deze bepaling is de commissie gebleken dat de wijzigingen in de polis met ingang van 1 januari 2008

eind 2007 aan alle verzekerden kenbaar zijn gemaakt. Deze wijzigingen zijn destijds meegezonden met het polisblad 2008. Aangezien verzoeker laatstgenoemd document heeft ontvangen, acht de commissie het aannemelijk dat de wijzigingen in de polis ook door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker ter hand zijn gesteld.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 augustus 2009,

Voorzitter