

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D, handelend onder de merknaam E in deze vertegenwoordigd door F te G
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, alternatieve geneeswijzen
Zaaknummer : 201302061
Zittingsdatum : 19 maart 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, handelend onder de merknaam E, in deze vertegenwoordigd door F te G.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [merknaam ziektekostenverzekeraar] Natura Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [merknaam ziektekostenverzekeraar] Den Haag afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Afkoop Eigen Risico is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 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 natuurgeneeskundige behandelingen ten bedrage van in totaal € 375,- (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 april 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft - door tussenkomst van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen - aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 2 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij brief van 23 oktober 2013 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij brief van 25 november 2013 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 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 januari 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 januari 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Verzoeker heeft de commissie op 30 en 31 januari 2014 aanvullende informatie gezonden. Afschriften hiervan zijn aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 30 januari 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 maart 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 maart 2014 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Op 27 oktober, 3, 10 en 16 november, en 14 december 2011 hebben de behandelingen, op vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, plaatsgevonden.
- 4.2. Verzoeker stelt dat de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak biedt op vergoeding van alternatieve behandelingen tot een bepaald bedrag. Voorwaarde voor vergoeding is dat de behandelaar is aangesloten bij een erkende beroepsvereniging of BIG-geregistreerd is. De praktijk voor natuurgeneeskundige therapieën waar verzoeker zich heeft laten behandelen voldoet hieraan. Zodoende dienen de behandelingen te worden vergoed door de ziektekostenverzekeraar.
- 4.3. Bovendien heeft een medewerker van de ziektekostenverzekeraar telefonisch aan verzoeker medegedeeld dat een vergoeding zou worden verleend voor de alternatieve behandelingen, uitgevoerd door de betreffende praktijk. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie gesteld dat geen vergoeding werd verleend omdat sprake was van consulten of healings. Verzoeker voert aan dat het feit dat de behandelaar "consult/healing" op de nota's zet, niets verandert aan het feit dat een alternatieve behandeling is uitgevoerd. Dit is de standaardwijze van vermelden van deze behandelaar. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar het standpunt ingenomen dat geen vergoeding werd verleend omdat de behandelaar niet BIG-geregistreerd is. Verzoeker wijst erop dat de voorwaarden van aansluiting bij een erkende beroepsvereniging en BIG-registratie niet cumulatief zijn. Aansluiting bij een erkende beroepsvereniging is facultatief en door hiertoe over te gaan voldoet de behandelaar van verzoeker aan de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Overigens is het de ziektekostenverzekeraar niet toegestaan de afwijzingsgrond tussentijds te wijzigen. Voorts stelt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar bij de behandelaar informatie had kunnen opvragen over de aard van de behandelingen. Dit is niet geschied. Daarnaast was het voor de ziektekostenverzekeraar duidelijk dat verzoeker hulp nodig had, gelet op het feit dat hij jarenlang psychiatrische behandelingen heeft ondergaan.
- 4.4. Verzoeker doet verder een beroep op het gelijkheidsbeginsel. Zijn moeder had in 2011 dezelfde aanvullende ziektekostenverzekering bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten en heeft in dat jaar dezelfde natuurgeneeskundige behandelingen als verzoeker ondergaan. Ook zij is met deze behandelingen gestart na telefonische goedkeuring door de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft aan de moeder van verzoeker volledige vergoeding van de betreffende behandelingen verleend. Niet valt in te zien waarom in het geval van verzoeker vergoeding wordt geweigerd.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij voorafgaand aan de behandelingen telefonisch contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Bij die gelegenheid werd hem medegedeeld dat de behandelaar moest zijn aangesloten bij een beroepsvereniging. Verzoeker voert aan dat de behandelaar in 2012 was aangesloten bij een beroepsvereniging, maar dat deze geen arts is. Tot zijn verbazing werd de declaratie afgewezen door de ziektekostenverzekeraar. De voorwaarden die gelden voor vergoeding van alternatieve geneeswijzen zijn volgens de ziektekostenverzekeraar cumulatief. Verzoeker stelt dat de voorwaarden facultatief zijn.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van alternatieve geneeswijzen. Verzoeker is in 2011 onder behandeling geweest van een praktijk voor natuurgeneeswijzen. In een eerdere brief aan verzoeker is hem medegedeeld dat de vergoeding is afgewezen vanwege de omschrijving "consult/healing" op de nota's. Dit was een onjuiste mededeling. De vergoeding is afgewezen omdat de zorgverlener geen arts is. In de betreffende polisvoorwaarde is vermeld dat ingeval het natuurgeneeswijzen betreft, de behandeling dient te worden uitgevoerd door een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij een in Nederland geregistreerde beroepsvereniging voor natuurgeneeswijzen. De therapeuten van de betreffende praktijk stonden ten tijde van de behandelingen niet als arts geregistreerd. Zodoende wordt niet voldaan aan de polisvoorwaarden en bestaat geen aanspraak op vergoeding.
- 5.2. Verzoeker verwacht, op grond van het gelijkheidsbeginsel, eenzelfde vergoeding van de behandelingen als die zijn moeder van de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het feit dat de moeder van verzoeker (ten onrechte) wel een vergoeding voor identieke consulten heeft ontvangen, de aanspraak op grond van de polis niet verandert. Verzoeker kan geen rechten ontlenen aan vergoedingen die aan andere verzekerden zijn verleend. Van schending van het gelijkheidsbeginsel is geen sprake. Het feit dat de moeder van verzoeker abusievelijk wel een vergoeding heeft ontvangen, geeft verzoeker nog geen aanspraak c.q. recht op eenzelfde vergoeding.
- 5.3. Er is één telefoongesprek met verzoeker uit 2013 geregistreerd. Uit de notitie blijkt dat door een medewerker aan verzoeker is medegedeeld dat zijn moeder geluk heeft gehad dat zij een vergoeding heeft ontvangen, en dat niet wordt overgegaan tot vergoeding van de zijn declaraties. Telefoonnotities van vóór genoemde datum inzake de vergoeding voor alternatieve zorg zijn niet aanwezig.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat omwille van de privacy niet teveel wordt ingegaan op de vergoeding die aan de moeder van verzoeker is verleend. Deze vergoeding berust op een fout. Het bedrag wordt echter niet teruggevorderd. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de vergoeding voor alternatieve geneeswijzen € 300,-- bedraagt. Als voorwaarde geldt dat de behandelaar een arts moet zijn die is aangesloten bij een erkende beroepsvereniging. Hiervan is in onderhavig geval geen sprake. Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar dat aan de omschrijving "healing" niet kan worden afgeleid wat is uitgevoerd.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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 is gehouden 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. De "Vergoedingen Aanvullende verzekering" van de aanvullende ziektekostenverzekering bepalen onder meer wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van alternatieve geneeswijzen bestaat. Voor zover hier van belang, luidt deze bepaling:

"Consulten, behandelingen en homeopathische geneesmiddelen"

Vergoeding [merknaam ziektekostenverzekeraar]:

100% voor consulten en behandelingen voor onderstaande vormen van alternatieve geneeswijzen en homeopathische geneesmiddelen tot een maximum van € 300 per kalenderjaar.

Alternatieve geneeswijzen: acupunctuur, gestaltpsychotherapie, (klassieke) homeopathie, mesologie, Moermantherapie, natuurgeneeswijze, neuuraaltherapie, osteopathie, cranio-sacraaltherapie, (ortho)manuele geneeskunde, chiropractie, haptonomie en shiatsu-therapie.*

Per dag wordt voor maximaal 1 consult/behandeling een vergoeding gegeven.

(...)

Voorwaarden alternatieve geneeswijzen:

De vergoeding wordt gegeven als:

- de behandeling is uitgevoerd door een in Nederland gevestigde arts of therapeut die is aangesloten bij een in Nederland geregistreerde beroepsvereniging. De betreffende alternatieve geneeswijze dient onder deze beroepsvereniging te vallen*
 - indien het natuurgeneeswijze betreft, dient de behandeling te zijn uitgevoerd door een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij een in Nederland geregistreerde beroepsvereniging voor natuurgeneeswijzen*
 - uit de vermelding op de nota dient te blijken dat er sprake is van een consult/behandeling van één van de genoemde vormen van alternatieve geneeswijzen*
- (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.1. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van consulten en behandelingen op het terrein van alternatieve geneeswijzen. De vergoeding bedraagt maximaal € 300,-- per kalenderjaar. Verzoeker maakt aanspraak op vergoeding van natuurgeneeskundige behandelingen. De voorwaarden die gelden voor deze vergoeding zijn: (i) de behandeling dient te worden uitgevoerd door een in Nederland gevestigde arts, (ii) de behandelaar dient te zijn aangesloten bij een in Nederland geregistreerde beroepsvereniging voor natuurgeneeswijzen, en (iii) uit de vermelding op de nota dient te blijken dat sprake is van een consult/behandeling van één van de in de polisvoorwaarden genoemde vormen van alternatieve geneeswijzen.
- 9.2. In eerste instantie is door de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de natuurgeneeskundige behandelingen niet voor vergoeding in aanmerking komen vanwege de omschrijving "consult/healing" op de nota's. Nadien is echter verklaard dat dit een onjuiste afwijzingsgrond is. De natuurgeneeskundige behandelingen komen niet voor vergoeding in aanmerking omdat deze niet zijn uitgevoerd door een in Nederland gevestigde arts.
- 9.3. Verzoeker heeft gesteld dat het de ziektekostenverzekeraar niet is toegestaan de afwijzingsgrond tussentijds te wijzigen, en dat de voorwaarden (i) en (ii) niet cumulatief zijn. Dienaangaande merkt de commissie het volgende op. Het wijzigen van de afwijzingsgrond lopende de klachtprocedure acht de commissie niet ongeoorloofd, aangezien niet gebleken is dat verzoeker hierdoor in zijn verdediging is geschaad, terwijl overigens niet blijkt van onzorgvuldig gedrag aan de zijde van de ziektekostenverzekeraar. Wat betreft de stelling van verzoeker dat de voorwaarden (i) en (ii) niet cumulatief zijn, en dat de kosten moeten worden vergoed omdat aan voorwaarde (ii) is voldaan, merkt de commissie op dat deze stelling geen doel treft; de polisvoorwaarden zijn op dit punt duidelijk en laten geen ruimte voor de door verzoeker bepleite interpretatie.
- 9.4. De door verzoeker ondergane behandelingen zijn niet uitgevoerd door een in Nederland gevestigde arts. Dit brengt met zich dat niet aan voorwaarde (i) wordt voldaan. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de natuurgeneeskundige behandelingen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Werking privaatrecht

- 9.5. Door verzoeker is gesteld dat hem telefonisch de toezegging is gedaan dat de natuurgeneeskundige behandelingen voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking komen. De

commissie is van oordeel dat door verzoeker niet aannemelijk is gemaakt dat een dergelijke toezegging door de ziektekostenverzekeraar is gedaan. Door de ziektekostenverzekeraar is één telefoongesprek geregistreerd, maar uit de bijbehorende notitie is niet af te leiden dat een vergoeding is toegezegd. Integendeel, er is medegedeeld dat niet wordt overgegaan tot vergoeding. Bovendien geldt dat het moeilijk is achteraf de exacte vraagstelling en de beantwoording van een telefoongesprek te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat.

- 9.6. Verzoeker beroept zich voorts op het gelijkheidsbeginsel, omdat de natuurgeneeskundige behandelingen die zijn moeder - eveneens in 2011 - heeft ondergaan bij dezelfde praktijk wél door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit kader verklaard dat indien onterecht een vergoeding is verleend, de betreffende verzekerde hierover wordt geïnformeerd. Aan verzoeker kan geen informatie worden gegeven over een vergoeding, verleend aan een andere verzekerde, in verband met de privacy. Ten aanzien van het voorgaande merkt de commissie het volgende op.
- 9.7. Van een schending van het gelijkheidsbeginsel kan worden gesproken als sprake is van een begunstigend beleid van de ziektekostenverzekeraar dan wel van een "oogmerk tot begunstiging" van (een) bepaalde verzekerde(n). Daarnaast wordt ook bij schending van de zogenoemde meerderheidsregel strijd met het gelijkheidsbeginsel aangenomen. Bij toepassing van die regel gaat het erom of in de meerderheid van de met verzekerde vergelijkbare gevallen een juiste toepassing van de polisvoorwaarden achterwege is gebleven. Indien deze vraag bevestigend wordt beantwoord, dient deze - in de meerderheid van de vergelijkbare gevallen door de ziektekostenverzekeraar gevolgde - gedragslijn ook in het geval van verzekerde te worden gevolgd. Uit jurisprudentie is op te maken dat het aan een verzekerde is feiten aan te voeren en aannemelijk te maken waaruit blijkt dat sprake is van ongelijke behandeling van gelijke gevallen (Rechtbank Noord-Holland, 17 december 2013, ECLI:NL:RBNHO:2013:13052), in dit kader concrete gevallen te noemen (Rechtbank Den Haag, 5 november 2013, ECLI:NL:RBDHA:2013:15253), en dat het voor een geslaagd beroep op de meerderheidsregel niet voldoende is te wijzen op één ander geval waarin een juiste toepassing achterwege is gebleven (Rechtbank Gelderland, 24 oktober 2013, ECLI:NL:RBGEL:2013:4003).
- 9.8. De commissie is van oordeel dat het beroep van verzoeker op het gelijkheidsbeginsel faalt. Weliswaar zijn de natuurgeneeskundige behandelingen die zijn moeder heeft ondergaan gelijk aan die verzoeker heeft ondergaan en hadden beiden dezelfde aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten, maar gesteld noch gebleken is dat sprake is van een begunstigend beleid of het "oogmerk tot begunstiging" aan de zijde van de ziektekostenverzekeraar. Evenmin is sprake van schending van de meerderheidsregel, omdat verzoeker slechts één concreet geval heeft aangevoerd van onjuiste toepassing van de polisvoorwaarden.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 april 2014,

Voorzitter