

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, alternatieve zorg
Zaaknummer : 2012.00557
Zittingsdatum : 9 januari 2013

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna 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] Zorgverzekering (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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Plus Aanvullende verzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Tand Best Pakket is niet in geschil en blijft om die reden eveneens verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van alternatieve zorg, meer specifiek natuurlijke medicijnen, voedings-supplementen en acupunctuur (hierna: de aanspraak). Bij brief van 1 februari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat voor genoemde zorg geen machtiging hoeft te worden aangevraagd, en dat hiervoor een beperkte vergoeding conform de voorwaarden geldt.

3.2. Verzoekster heeft, met tussenkomst van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 16 april 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 8 oktober 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen (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 16 november 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 november 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 november 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 januari 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 januari 2013 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster lijdt aan ernstige reumatoïde artritis. Reguliere medicatie verdraagt zij niet. Deze veroorzaakt bijwerkingen, waaronder tintelingen, pijn en gewichtstoename. De behandelend artsen onderschrijven dit.
 - 4.2. Verzoekster heeft veel baat bij alternatieve zorg. Zij gebruikt natuurlijke medicijnen en voedingssupplementen, en ondergaat wekelijks een acupunctuurbehandeling. Hierdoor is haar ziekte stabiel en haar leven draaglijk. De kosten van alternatieve zorg zijn echter hoog en verzoekster heeft weinig financiële middelen. Het is onredelijk dat in haar geval de hoge kosten van reguliere zorg wel volledig worden vergoed, en die van alternatieve zorg niet.
 - 4.3. De behandelend reumatoloog heeft ter zake van verzoekster het volgende verklaard: *“[Verzoekster] is bij mij bekend met sinds jarenlang bestaande ernstige destructieve reumatoïde artritis waarbij in het verleden meerdere tweedelijns antireumatica ofwel onvoldoende effectief zijn gebleken, dan wel niet goed verdragen konden worden door [verzoekster]. Aangezien [verzoekster] niet goed de reguliere medicatie kan verdragen, zoekt ze haar heil in de alternatieve geneeswijze. Gezien de beperkte mogelijkheden in de reguliere geneeskunst kan ik mij haar handelswijze voorstellen..(..).”*
 - 4.4. De huisarts van verzoekster heeft het volgende verklaard: *“(..). [Verzoekster] is naar de acupunctuur verwezen in verband met chronische pijnklachten ten gevolge van haar destructieve reumatoïde artritis. De reguliere reuma en pijnstillende medicatie wordt door haar niet verdragen en moet na korte tijd wegens ernstige bijwerkingen worden gestopt. Tot op heden heeft [verzoekster] redelijk baat bij acupunctuur behandelingen.”*, en verzocht om vergoeding van de acupunctuur behandelingen.
 - 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij in het verleden een nekoperatie heeft ondergaan, en dat zij haar rug op twee plaatsen heeft gebroken. De oorzaak hiervan is gelegen in het gebruik van reguliere medicatie. Thans kan verzoekster kleding bijna niet verdragen. Met de alternatieve zorg die zij gebruikt zijn hoge kosten gemoeid. Verzoekster benadrukt dat reuma een erge ziekte is. Het is be-

langrijk het verloop hiervan zo langzaam mogelijk te laten gaan.

4.6. Verzoekster 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 kent een budget van € 800,-- per kalenderjaar voor alternatieve zorg. Omdat verzoekster veel van deze zorg nodig heeft, overschrijdt zij dit budget. Verzoekster wenst dat alle kosten van alternatieve zorg worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar stelt dat een coulancevergoeding enkel bij zeer hoge uitzondering wordt toegekend. In het geval van verzoekster bestaat hiertoe geen aanleiding. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoeksters situatie ernstig is. Helaas kan niet altijd rekening worden gehouden met dergelijke specifieke situaties. Als namelijk in één geval tot vergoeding wordt overgegaan, moet dat in vergelijkbare gevallen ook worden gedaan. Op deze manier kan het maken van één uitzondering grote gevolgen hebben, ook voor de premie. Het is dan ook niet mogelijk in dit geval alle kosten van alternatieve zorg te vergoeden.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

5.3. 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 is gehouden de kosten van alternatieve zorg alsnog volledig te vergoeden, 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 aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van 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.

(...)

2. homeopathische of antroposofische geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en homeopathische of antroposofische middelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben. De (genees)middelen moeten zijn voorgescreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige en worden geleverd door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.
(...)

Het totale budget alternatieve zorg bedraagt:

(...)

Plus Aanvullende Verzekering
maximaal € 800 per kalenderjaar

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van alternatieve zorg tot maximaal € 800,-- per kalenderjaar. Dit bedrag is aan verzoekster vergoed. Verzoekster vordert evenwel volledige vergoeding van alternatieve zorg, waarbij het de kosten betreft die voornoemd bedrag overstijgen. De aanvullende ziektekostenverzekering kent echter geen mogelijkheid tot het toekennen van een hogere vergoeding per kalenderjaar.
- 9.2. Door verzoekster is gesteld dat de afwijzing van de volledige vergoeding van alternatieve zorg in haar geval onredelijk is, aangezien alternatieve zorg gelet op haar gezondheidstoestand noodzakelijk is, deze zorg hoge kosten met zich brengt die zij niet (volledig) kan dragen, terwijl de kosten van reguliere zorg wel worden vergoed. Naar het oordeel van de commissie is niet gebleken van een dermate uitzonderlijke situatie dat onverkorte toepassing van artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Dat de kosten van reguliere zorg wel worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, en die van alternatieve zorg niet, is een keuze van de wetgever, waarin de commissie niet kan treden.
- 9.3. Voor zover verzoekster aanspraak maakt op een coulancevergoeding, geldt dat het toekennen van een zodanige vergoeding behoort tot het beleid van de ziektekostenverzekeraar, zodat de commissie hierin niet kan treden, tenzij hierbij sprake zou zijn van willekeur. Dit laatste is echter gesteld noch gebleken.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 januari 2013,

Voorzitter