

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C te D
Zaak	: Alternatieve geneeswijzen, acupunctuur, hoogte vergoeding
Zaaknummer	: 2009.00091
Zittingsdatum	: 15 juli 2009

Zaak: 2009.00091 (Alternatieve geneeswijzen, acupunctuur, hoogte vergoeding)

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: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 7 oktober 2008 behandelingen met inbegrip van consulten acupunctuur te vergoeden tot maximaal € 75,-- per dag.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Keuze Zorgplan (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing. Verder was ten behoeve van verzoekster de aanvullende ziektekostenverzekering Royaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3.2. Verzoekster heeft in 2008 achttien nota's acupunctuur ingediend. De nota's met behandeldata 15 januari, 11 februari, 15 februari, 10 maart, 17 maart en 7 april 2008 zijn volledig vergoed. Van de nota's met behandeldata 25 april en 29 april 2008 is enkel de behandeling vergoed, en niet het consult. De nota's met behandeldata 26 mei, 29 mei en 6 juni 2008 zijn volledig vergoed; de nota met behandeldatum 13 juni 2008 is niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed. De nota's met behandeldata 15 juli, 22 juli, 19 september, 3 oktober, 17 oktober en 28 oktober 2008 zijn vergoed tot een maximaal bedrag van € 75,--.

Bij brief van 7 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de kosten van de behandelingen acupunctuur tot maximaal € 75,-- per dag worden vergoed. Bij brief van 10 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat zij een bedrag van € 75,-- diende terug te betalen. Bij brief van 23 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster nogmaals aangeschreven met de mededeling dat het bedrag van € 75,-- onterecht was gevorderd.

- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 1 april 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de behandelingen acupunctuur volledig te vergoeden, 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 ad € 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 van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 4 juni 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 juni 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 juni 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 juli 2009 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de eerste zes behandelingen volledig zijn vergoed. Toen behandelingen zeven en acht slechts gedeeltelijk werden vergoed, heeft verzoekster telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Volgens verzoekster is haar tijdens dit telefoongesprek medegedeeld dat de behandelingen volledig zouden worden betaald. Behandelingen negen tot en met elf werden volledig vergoed. Vervolgens werd een maximaal bedrag van € 75,-- per nota uitgekeerd. Eerst op 7 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat zij al het gehele jaar slechts recht had op een vergoeding van € 75,-- per dag, maar dat abusievelijk meer was uitgekeerd. Verzoekster stelt dat dit erg laat in het jaar is en zij toen aldus ook niet de ruimte had om de behandel frequentie aan de nieuwe situatie aan te passen. Vooraf heeft zij zich goed laten informeren, en aangezien de behandelingen steeds werden vergoed, mocht zij erop vertrouwen dat dit voor het gehele jaar zou gelden en zonder verder aan een bepaald maximum per behandeling te zijn gebonden.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij in december bij de ziektekostenverzekeraar heeft geïnformeerd naar de vergoeding. Er is haar toen medegedeeld dat zij twintig behandelingen vergoed zou krijgen. Na enkele maanden volgde een uitkeringsbericht waaruit bleek dat een consult niet werd vergoed. Desgevraagd was de uitleg dat het ging om een reguliere, en niet om een alternatieve arts. Ook daarna werd het niet duidelijker. Dit duurde voort tot oktober. Daarna kon het behandelplan niet meer worden aangepast.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar 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 verzoekster recht heeft op vergoeding van 20 behandelingen tot een maximaal bedrag van € 75,-- per dag. Deze zijn aan haar vergoed.
Wegens een administratieve fout is aan verzoekster een hoger bedrag per dag vergoed dan waarop zij volgens de polisvoorwaarden aanspraak heeft. Het teveel betaalde is niet bij haar teruggevorderd.
De nota's met behandeldata 25 en 29 april 2008 zijn later gecorrigeerd. Op deze nota's is een onterecht onderscheid gemaakt tussen de behandeling en het consult; de bedragen hiervan hadden moeten worden opgeteld en worden uitgekeerd tot een maximaal bedrag van € 75,--. Omdat reeds het maximale bedrag van € 1.500,-- aan verzoekster was uitgekeerd, heeft deze correctie niet geleid tot een nabetaling.
Ondanks de gemaakte fouten bij de verwerking van de declaraties, is bij verzoekster nimmer de indruk gewekt dat een vergoeding mogelijk zou zijn van meer dan € 1.500,-- per kalenderjaar voor de kosten van acupunctuur.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij beaamt dat bij verzoekster verwachtingen zijn gewekt. Vanaf 7 mei 2005 is sprake van een verandering. Hij deelt het standpunt van verzoekster dat eerst in oktober duidelijkheid is geboden.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en/of de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is alle behandelingen acupunctuur volledig te vergoeden, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.2. Artikel 2 van 'hoofdstuk 4' van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt, voor zover hier van belang:

*"Art. 2 Dekking
(...)*

*1. Alternatieve geneeswijzen en homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.
De volgende alternatieve genezers of therapeuten en homeopathische en antroposofische geneesmiddelen worden vergoed:*

A. Artsen

Consulten door een in Nederland gevestigde arts-acupuncturist, homeopathisch arts, arts voor natuurgeneeswijzen, antroposofisch arts, arts-enzymtherapeut, Sickness-arts, manueel arts of Moerman-arts.(...)

Voor de kosten van consulten van de hiervoor genoemde artsen tezamen wordt (mits sprake is van een in de beroepsgroep gebruikelijk consult) een vergoeding verleend tot maximaal € 75,- per dag. (...)

Gezamenlijke maximum vergoeding

Van de gezamenlijke kosten van de hiervoor onder A en B genoemde alternatieve genezers of therapeuten worden per kalenderjaar maximaal 20 consulten vergoed. (...)"

- 7.3. De commissie stelt vast dat door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een bedrag van € 1.580,- is vergoed ter zake van de achttien in het jaar 2008 door haar ondergane behandelingen acupunctuur. Blijkens de polisvoorwaarden had zij recht op vergoeding van een bedrag van maximaal (18 x € 75,- per dag) € 1.350,-. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve meer uitgekeerd dan waar verzoekster volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak op heeft, zodat zij in die zin geen financiële schade heeft geleden.
- 7.4. Voor zover verzoekster stelt dat haar telefonisch een toezegging is gedaan door een, niet bij naam genoemde, helpdeskmedewerker, en deze haar de mededeling heeft gedaan dat de behandelingen acupunctuur volledig ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering worden vergoed, wijst de commissie op allereerst op het navolgende.
- 7.5. Een ziektekostenverzekeraar kan niet gebonden worden geacht aan alle zijnerzijds gedane uitlatingen waardoor bij een verzekerde verwachtingen zijn gewekt ten aanzien van een door de ziektekostenverzekeraar te volgen gedragslijn. Met name indien het gaat om reacties op een verzoek van een verzekerde om inlichtingen aangaande de inhoud van de polisvoorwaarden, dan wel andere door de ziektekostenverzekeraar in acht te nemen regelgeving, noopt het belang dat de verzekerden erbij hebben dat de ziektekostenverzekeraar zijn voorlichtende taak onbelemmerd kan vervullen ertoe te aanvaarden dat het risico van een onjuiste inlichting in de regel voor rekening van de betrokken verzekerde blijft.
- 7.6. Bijzondere omstandigheden kunnen aanleiding geven van die regel af te wijken en de ziektekostenverzekeraar aan dergelijke inlichtingen gebonden te achten, maar daartoe zal ten minste vereist zijn, vooreerst dat die inlichtingen niet zo duidelijk in strijd zijn met de polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende regeltoepassing, dat de betrokken verzekerde redelijkerwijs hun onjuistheid had kunnen en moeten beseffen en voorts, dat zij afgaande op die onjuiste inlichtingen een handeling heeft verricht of nagelaten, ten gevolge waarvan zij schade lijdt.
- 7.7. Indien het daarentegen gaat om als toezeggingen op te vatten uitlatingen van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, waaraan een verzekerde het vertrouwen heeft mogen ontlenen dat de ziektekostenverzekeraar, na kennisneming van alle daartoe vereiste bijzonderheden van het de verzekerde zelf betreffende geval, aan vorenbedoelde polisvoorwaarden en regelgeving, zo omtrent de toepasselijkheid of de toepassing daarvan vragen zijn gerezen, in zijn geval een bepaalde toepassing zal geven, moet bij een afweging als voormeld aan het vertrouwensbeginsel doorslaggevende betekenis worden toegekend. Daarbij moet wel het voorbehoud worden gemaakt dat de door de verzekerde aan de ziektekostenverzekeraar verschaft, voor diens toezegging relevante gegevens juist zijn en dat de gedane toezegging niet zo duidelijk in strijd is met een juiste toepassing van de polisvoorwaarden en de daaraan

ten grondslag liggende regelgeving dat de verzekerde op nakoming van die toezegging niet mocht rekenen.

- 7.8. De toezeggingen zullen voor de verzekerde doorgaans van zodanig gewicht zijn dat in de regel verwacht mag worden dat zij deze harerzijds schriftelijk aan de ziektekostenverzekeraar zal bevestigen dan wel een schriftelijke bevestiging van de ziektekostenverzekeraar zal vragen. Het gaat echter te ver om te oordelen dat een verzekerde zich op dergelijke toezeggingen uitsluitend zou mogen beroepen indien deze hetzij van haar zijde, hetzij van de zijde van de ziektekostenverzekeraar schriftelijk zijn bevestigd.
 - 7.9. Nog afgezien van hetgeen hierboven is overwogen, is de commissie in het onderhavige geval van oordeel dat door verzoekster niet voldoende aannemelijk is gemaakt dat het gestelde telefoongesprek heeft plaatsgevonden, althans wat er tijdens dit gesprek over en weer is gezegd. In elk geval is niet gebleken dat zij vervolgens heeft gehandeld op basis van informatie die haar zou zijn verschaft door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar, in dit geval door een met de zorgverlener overeengekomen behandelplan van bepaalde omvang en duur over te leggen. Evenmin kan aan de ziektekostenverzekeraar worden tegengeworpen dat verzoekster doordat zij eerst in oktober was gewezen op het ingevolge de polisvoorwaarden geldende maximumbedrag van de jaarvergoeding, het te laat was om de frequentie van de behandelingen daaraan nog aan te passen.
 - 7.10. 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