

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C te D
Zaak	: Alternatieve geneeswijzen, kosten chiropractie
Zaaknummer	: 2008.02058
Zittingsdatum	: 25 maart 2009

Zaak: 2008.02058 (Alternatieve geneeswijzen, kosten chiropractie)

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 5 februari 2008, waarbij behandelingen chiropractie slechts gedeeltelijk, tot een bedrag van € 35,00 per behandeling, worden vergoed.

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 de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). De zorgverzekering blijft in het vervolg buiten beschouwing, aangezien partijen over de uitleg van de polisvoorwaarden van die verzekering niet van mening verschillen. Verder waren ten behoeve van verzoekster de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 3 sterren, Beter Af Tandarts Polis 2 sterren en het Beter Af Extra Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekeringen). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft in 2008 zes behandelingen chiropractie ondergaan ten bedrage van € 45,-- elk. De daarmee gemoeide totaalkosten van € 270,-- heeft zij bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. In de jaren 2006 en 2007 werden deze behandelingen geheel vergoed. Bij uitkeringsbericht van 5 februari 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster laten weten dat de door haar ingediende declaraties worden vergoed tot een bedrag van maximaal € 35,-- per keer. Verzoekster kan zich hiermee niet verenigen en vordert volledige vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekeringen (hierna: de aanspraak).
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 10 juli 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.5. Bij brief van 4 januari 2009 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 ziektekostenverzekeringen (hierna: het verzoek).
- 3.6. 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 is een afschrift van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 16 februari 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 februari 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 februari 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 maart 2009 schriftelijk medegedeeld gehoord te willen worden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 maart 2009 in persoon gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij het niet eens is met de gedeeltelijke vergoeding van de behandelingen die zij bij een chiropractor heeft ondergaan. Haar is door de ziektekostenverzekeraar nooit medegedeeld dat in 2008 een wijziging is opgetreden in de vergoeding ten opzichte van de jaren 2006 en 2007. Verzoekster mocht daarom ervan uitgaan dat op dit punt niets was gewijzigd. Zou zij hebben geweten dat het anders was, dan was zij overgestapt naar een andere ziektekostenverzekeraar.
 - 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat in het vergoedingenoverzicht van 2009 een toevoeging staat die in 2008 nog ontbrak.
 - 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 de polisvoorwaarden in de jaren 2006 en 2007 niet op de juiste wijze zijn gehanteerd. Het is altijd de bedoeling geweest pas een extra vergoeding uit het Beter Af Extra Pakket uit te keren, nadat de maximale vergoeding per kalenderjaar vanuit de Beter Af Plus Polis is bereikt. Met ingang van 2008 is deze regeling op de juiste wijze gehanteerd. De polisvoorwaarden zijn in de jaren 2006, 2007 en 2008 nagenoeg gelijk gebleven; daarom is hiervan geen melding gemaakt op het overzicht van belangrijke wijzigingen dat aan verzekerden is gezonden.
 - 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in 2008 een beleidswijziging is doorgevoerd, wat ertoe heeft geleid dat de polisvoorwaarden

strikt worden uitgelegd. Het gaat derhalve niet om een wijziging van de voorwaarden, maar om wijziging in de uitvoering daarvan.

- 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 de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan verzoekster het niet vergoede bedrag van (zes maal € 10,--) € 60,-- inzake behandelingen chiropractie alsnog te vergoeden, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekeringen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Artikel 8 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering 2008 regelt, voor zover hier van belang:

“Artikel 10 Alternatieve geneeswijzen en therapieën

Wij vergoeden de kosten van consulten van alternatieve behandelaars

Voorwaarden

- de alternatief genezer of therapeut moet voldoen aan de door ons opgestelde kwaliteitseisen voor alternatieve genezers of therapeuten. (...)

Beter Af Plus Polis

(...)

3 sterren maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 350,- per persoon per kalenderjaar

(...)

Beter Af Extra Pakket

Wij vergoeden na het bereiken van de maximale vergoeding per kalenderjaar uit de Beter Af Plus Polis aanvullend maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 125,- per persoon per kalenderjaar”

- 7.3. Op de vergoedingenoverzichten van de jaren 2006, 2007 en 2008 is vermeld, dat het overzicht een samenvatting betreft van de toepasselijke polisvoorwaarden, waaraan geen rechten kunnen worden ontleend. De polisvoorwaarden, waaraan – gezien het gemaakte voorbehoud – in dit verband doorslaggevende betekenis moet worden toegekend, waren in de jaren 2006 en 2007 gelijk. In de polisvoorwaarden van 2008 is daarentegen de vergoeding uit het Beter Af Extra Pakket geclausuleerd. Een declaratie kan slechts ten laste van genoemd pakket worden gebracht, nadat de maximale vergoeding per kalenderjaar uit de Beter Af Plus Polis is bereikt. Deze toevoeging stond echter voorheen in artikel 7.4 van de polisvoorwaarden. Een ziektekostenverzekeraar dient wijzigingen die hij in polisvoorwaarden aanbrengt kenbaar te maken door zijn verzekerden de mogelijkheid te geven van die wijzigingen kennis te nemen door het, al dan niet op verzoek, beschikbaar stellen van de (gewijzigde) polisvoorwaarden. Nu de polisvoorwaarden nagenoeg gelijk zijn gebleven, is veeleer sprake van een beleidswijziging. Van deze beleidswijziging is verzoekster geen mededeling

gedaan. Zij mocht er daarom op vertrouwen dat de kosten als voorheen – eventueel in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden – zouden worden vergoed. De commissie is daarom van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de kosten dient te betalen tot de datum waarop hij verzoekster heeft ingelicht over de beleidswijziging.

- 7.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 22 april 2009,

Voorzitter