

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beiden te D
Zaak : Alternatieve geneeswijzen, wijziging polisvoorwaarden, maximale vergoeding, onderscheid aanspraak op alternatieve behandelingen en alternatieve geneesmiddelen
Zaaknummer : 2011.02693
Zittingsdatum : 21 maart 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C en

2) E beiden te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

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

Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Supertop Garant afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 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 behandeling door een osteopaat (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak deels is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven en, in reactie op een brief van verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar van 12 november 2011, bevestigd dat toekomstige alternatieve behandelingen alleen tot de in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering genoemde maximumbedragen voor alternatieve zorg worden vergoed.
- 3.3. Bij brief van 24 november 2011 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 en een ruimere mogelijkheid te bieden voor vergoeding van de diensten van alternatieve zorgverleners (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 februari 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 februari 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 februari 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.7. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 maart 2012 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft meerdere aandoeningen – waardoor sprake is van multimorbiditeit – waarvoor hij onder behandeling is bij diverse medisch specialisten, paramedici en alternatieve behandelaars. Voorts gebruikt hij, wegens een voedselallergie, voedings-supplementen, die hij overigens zelf bekostigt. Hij neemt dus zelf de verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid. Als gevolg van een ernstige medicijnallergie is verzoeker ernstig beperkt in zijn keuzevrijheid ten aanzien van medicijnen. Om de pijn dragelijk te houden en om zijn mobiliteit op peil te houden maakt verzoeker gebruik van de diensten van alternatieve genezers die zonder medicatie werken.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanspraak op alternatieve behandelingen in de aanvullende ziektekostenverzekering van 2011 beperkt tot maximaal € 1.000,-- per kalenderjaar. Verzoeker wordt hierdoor ernstig beknot in zijn behandelkeuze. Het budget van € 1.000,-- per jaar is voor verzoeker niet toereikend om zijn alternatieve behandelingen te bekostigen. Daarnaast is in de aanvullende ziektekostenverzekering van 2011 een budget van maximaal € 1.000,-- per jaar voor alternatieve geneesmiddelen opgenomen. Verzoeker kan alternatieve geneesmiddelen echter niet verdragen. Daarom heeft hij de ziektekostenverzekeraar verzocht ook het budget voor alternatieve geneesmiddelen te mogen aanwenden voor zijn alternatieve behandelingen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit verzoek evenwel afgewezen. Verzoeker benadrukt dat de alternatieve behandelingen voor hem de enige reële mogelijkheid zijn de pijn binnen acceptabele grenzen te houden.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar geeft misleidende informatie ten aanzien van de vergoedingen. De door de ziektekostenverzekeraar gebruikte term “zorgkeuzepolis” suggereert meer dan hij wil waarmaken. Door de expliciete onderverdeling tussen alternatieve behandelingen en alternatieve geneesmiddelen onthoudt de ziektekostenverzekeraar verzoeker de vrijheid een behandeling te kiezen waaraan hij de voorkeur geeft. Deze splitsing van aanspraken is slechts een budgettaire maatregel in het voordeel van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.4. Verzoeker merkt op dat verzekerden op de site van de ziektekostenverzekeraar gebruik kunnen maken van een persoonlijke pagina waarop ondermeer het zorggebruik kan worden gevolgd. Onder het tabblad “mijn maximale vergoedingen” staat expliciet vermeld “alternatieve geneeswijzen: aanvullende verzekering: maximale vergoeding € 2.000,-- per kalenderjaar”. Ook dit is volgens verzoeker misleidend.

- 4.5. In zijn brief van 22 februari 2012 voert verzoeker aan dat afzien van alternatieve zorg voor hem betekent dat hij zich tot de pijnpoli zal moeten wenden. Deze zorg zal echter op jaarbasis meer kosten dan waar hij nu om heeft verzocht.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoeker voornoemde stellingen herhaald. Ter aanvulling heeft hij aangevoerd dat de bejegening door de ziektekostenverzekeraar hem stoort. Hem is gezegd dat hij zich ook elders kan verzekeren, maar dat is voor hem echter niet mogelijk omdat hij door een andere ziektekostenverzekeraar niet wordt geaccepteerd voor de aanvullende verzekering. Verzoeker wenst geen maatwerk, maar een goede oplossing.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. In de aanvullende ziektekostenverzekering voor 2011 is een aanspraak opgenomen voor alternatieve behandelingen. De vergoeding bedraagt maximaal € 1.000,- per kalenderjaar. Daarnaast is een aanspraak opgenomen voor alternatieve geneesmiddelen van maximaal € 1.000,- per kalenderjaar. Dit zijn twee aparte aanspraken. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoeker veel baat heeft bij de alternatieve behandelingen. Dit is evenwel geen reden de vergoeding alleen voor verzoeker te verhogen. Dit zou niet eerlijk zijn ten opzichte van andere verzekerden; zij betalen immers dezelfde premie per maand.
- 5.2. Gezien de stijgende ziektekosten heeft de ziektekostenverzekeraar ervoor gekozen een aantal vergoedingsbeperkingen aan te brengen. Zonder deze beperkingen had de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering nog meer moeten stijgen. Daarom geldt voor 2011 een maximale vergoeding per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen. Het is niet mogelijk de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering af te stemmen op de individuele wensen van de verzekerden.
- 5.3. Op de persoonlijke pagina op de site van de ziektekostenverzekeraar staat, als nog niets is gedeclareerd, bij het kopje “alternatieve geneeswijzen” een link “bekijk uw polisvoorwaarden”. Als deze link wordt aangeklikt, komt het Vergoedingenoverzicht in beeld, waarop duidelijk is vermeld dat voor alternatieve behandelingen en alternatieve geneesmiddelen beide een maximale vergoeding van € 1.000,-- geldt. Als wel iets is gedeclareerd, is ook goed te zien dat voor beide onderdelen een maximale vergoeding van € 1.000,-- bestaat.
- 5.4. De term “zorgkeuzepolis” slaat alleen op de zorgverzekering. Deze verzekering geeft ook bij niet-gecontracteerde zorgverleners vergoeding tot 100 percent van het marktconforme tarief. Alternatieve behandelingen en geneesmiddelen kunnen niet uit deze verzekering worden vergoed.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoeker een maatwerkoplossing wil die is toegesneden op zijn situatie. Dit is echter niet mogelijk. Het is vervelend dat verzoeker zich onheus bejegend voelt.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A26 van de algemene voorwaarden 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 verzoeker voor de door hem ondergane alternatieve behandelingen aanspraak heeft op de vergoeding voor zowel alternatieve behandelingen als alternatieve geneesmiddelen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

- 8.1. Artikel D.7.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op alternatieve behandelingen bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“D.7.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat behandelingen op basis van alternatieve therapieën.

D.7.1.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden behandelingen op basis van alternatieve therapieën.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

(...)”

- 8.2. In het Vergoedingen Overzicht is bepaald dat aanspraak bestaat op maximaal € 50,-- per behandeldag tot maximaal € 1.000,-- per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen.

- 8.3. Artikel D.7.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op alternatieve geneesmiddelen bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“D.7.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat antroposofische en homeopathische geneesmiddelen en producten.

D.7.2.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden antroposofische en homeopathische geneesmiddelen en producten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

(...)”

- 8.4. In het Vergoedingen Overzicht is bepaald dat aanspraak bestaat op maximaal € 1.000,-- per kalenderjaar voor alternatieve geneesmiddelen.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.1. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op een vergoeding van maximaal € 1.000,-- per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen. Niet in geschil is dat verzoeker over 2011 deze maximale vergoeding heeft ontvangen. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of verzoeker de aanspraak op alternatieve

ve geneesmiddelen mag aanwenden ter bekostiging van de door hem in 2011 genoten alternatieve behandelingen.

- 9.2. De commissie overweegt dat in de aanvullende ziektekostenverzekering twee separate aanspraken zijn opgenomen die betrekking hebben op alternatieve geneeswijzen, te weten de aanspraak op maximaal € 1.000,-- per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen (artikel D.7.1) en de aanspraak op maximaal € 1.000,-- per kalenderjaar voor alternatieve geneesmiddelen (artikel D.7.2). Het onderscheid tussen beide is duidelijk in de polisvoorwaarden vermeld. Dat verzoeker geen gebruik maakt of kan maken van de aanspraak op alternatieve geneesmiddelen doet geen recht op een hogere vergoeding ontstaan. Hetzelfde geldt voor de – op zich niet onjuiste – vermelding op het tabblad “mijn maximale vergoedingen” dat de totale maximale vergoeding voor alternatieve geneeswijzen € 2.000,-- per kalenderjaar bedraagt. De ziektekostenverzekeraar is derhalve niet gehouden over te gaan tot vergoeding van alternatieve behandelingen boven het hiervoor toepasselijke maximum van € 1.000,-- per kalender.

Aanpassing polisvoorwaarden

- 9.3. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar het recht heeft de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering vast te stellen. Deze polisvoorwaarden kan de ziektekostenverzekeraar jaarlijks wijzigen. De verzekerden dienen tijdig op de hoogte te worden gesteld van de wijzigingen voor het volgende kalenderjaar, zodat zij, indien gewenst, de mogelijkheid hebben te kiezen voor een andere aanvullende ziektekostenverzekering. Niet in geschil is dat verzoeker tijdig op de hoogte is gesteld van de gewijzigde polisvoorwaarden voor 2011. De commissie concludeert dat verzoeker deze polisvoorwaarden stilzwijgend heeft geaccepteerd, zodat zij tussen partijen hebben te gelden. Dat hij zich mogelijk niet heeft gerealiseerd dat de maximale vergoeding voor alternatieve behandelingen na wijziging onvoldoende was om de kosten hiervan volledig te dekken, doet hier naar het oordeel van de commissie niet aan toe of af.

Misleiding

- 9.4. De commissie deelt niet de mening van verzoeker dat de door de ziektekostenverzekeraar gebruikte term “zorgkeuzepolis” misleidend is. Ten eerste betreft de zorgkeuzepolis de basisverzekering en heeft het onderhavige geschil betrekking op de aanvullende ziektekostenverzekering. Ten tweede betekent het eventuele gebruik van “zorgkeuze” in de naam van een aanvullende ziektekostenverzekering niet dat in die verzekering geen onderscheid gemaakt zou mogen worden tussen bijvoorbeeld alternatieve behandelingen en alternatieve geneesmiddelen.
- 9.5. Ten aanzien van de informatie op de persoonlijke pagina op de site van de ziektekostenverzekeraar is de commissie van oordeel dat deze evenmin misleidend is. Uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde schermprintjes blijkt dat ook deze informatie voldoende is gespecificeerd.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 april 2012,

Voorzitter