



Partijen : De heer A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar
UA te Tilburg en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar UA te Tilburg

Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, alternatieve geneeswijzen, wijziging
polisvoorwaarden, informatieplicht

Zaaknummer : 201802158

Zittingsdatum : 20 maart 2019



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019, art. 9 Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010) en art. 2 Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap)

1. Partijen

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

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA te Tilburg, 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 CZ Zorgkeuzepolis (restitutie) (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Supertop afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker met het overzicht 'wijzigingen zorgverzekering 2019' geïnformeerd over de wijzigingen in de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering. In het overzicht is vermeld dat met ingang van 1 januari 2019 nog maar een beperkt aantal behandelingen onder de vergoeding van alternatieve geneeswijzen valt.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 december 2018 en bij e-mailbericht van 27 december 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 16 januari 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar (i) gehouden is een vergoeding van maximaal € 1.000,- voor alternatieve geneeswijzen toe te kennen voor het kalenderjaar 2019, (ii) zijn informatieplicht jegens verzoeker heeft geschonden en (iii) jegens verzoeker niet integer heeft gehandeld (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 18 februari 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 februari 2019 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 28 februari 2019 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 maart 2019 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. In een telefoongesprek op 13 maart 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld toch telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 maart 2019 gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De wijze waarop de ziektekostenverzekeraar verzoeker heeft geïnformeerd over de wijziging van de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering is misleidend. Uit de betreffende informatie blijkt namelijk niet of consulten bij een arts voor algemene geneeskunde, leefstijlgeneeskunde en stresscounseling worden vergoed in 2019. Om hierover duidelijkheid te verkrijgen, heeft verzoeker telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. In het telefoongesprek heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de betreffende consulten niet meer voor vergoeding in aanmerking komen in 2019 en dat ervoor is gekozen bepaalde therapieën niet meer te vergoeden om de verzekering betaalbaar te houden.
- 4.2. De beslissing van de ziektekostenverzekeraar leidt tot een beperking in de vrije artskeuze, waarop verzoeker recht heeft op basis van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Het is aan verzoeker te bepalen tot welke zorgverlener hij zich wendt. Verzoeker heeft bewust ervoor gekozen zich te wenden tot een arts die alternatieve zorg levert en over wiens kwalificaties geen enkele twijfel mogelijk is. Verzoeker vraagt zich dan ook af wat de beweegredenen zijn voor de ziektekostenverzekeraar te besluiten de betreffende zorg niet meer te vergoeden.
- 4.3. Wat verzoeker nog meer tegen de borst stuit, is dat tijdens het aangehaalde telefoongesprek werd gesuggereerd na te gaan welke therapieën nog wél worden vergoed en deze te laten declareren door zijn zorgverlener. Hiermee zet de ziektekostenverzekeraar aan tot fraude. De ziektekostenverzekeraar handelt ook op andere punten niet integer. Zo werd door hem ook geadviseerd de aanvullende ziektekostenverzekering van de partner van verzoeker aan te passen en het premievoordeel dat dit oplevert aan te wenden om de kosten van alternatieve geneeswijzen te voldoen. Tevens werd gesuggereerd dat verzoeker kon overstappen naar een andere zorgverzekeraar als hij het niet eens was met de wijziging. Verzoeker maakt hieruit op dat de ziektekostenverzekeraar hem als 'lastige klant' wil weren.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de wijzigingen in de aanvullende ziektekostenverzekering in zijn optiek niet tot de bedoelde kostenbesparing zullen leiden. Immers, er bestaat nog steeds recht op een vergoeding van € 1000,-- per kalenderjaar. Of voor dit bedrag zorg wordt afgenomen bij de ene of bij de andere zorgverlener maakt financieel gezien geen verschil. Verder voert verzoeker aan dat de optie om de aanvullende ziektekostenverzekering te wijzigen, dan wel over te stappen naar een andere zorgverzekeraar geen reële opties zijn. De partner van verzoeker heeft de aanvullende verzekering SuperTop. Deze verzekering wordt voortgezet voor bestaande klanten, maar kan niet meer worden afgesloten. Indien een aanvullende verzekering wordt afgesloten met een lagere dekking is dit voor eeuwig. Verder geldt voor aanvullende verzekeringen met een uitgebreide dekking een acceptatiebeleid, op grond waarvan

verzekerden die veel zorg nodig hebben kunnen worden geweigerd. Gelet op het verwachte zorgverbruik van zijn partner en hemzelf betwijfelt verzoeker dus ten eerste dat hij een dergelijke uitgebreide aanvullende verzekering kan afsluiten bij de ziektekostenverzekeraar of een andere zorgverzekeraar.

4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar vergoedt alternatieve zorg onder bepaalde voorwaarden op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. Op het gebied van alternatieve zorg is zo veel mogelijk dat sprake was van een groot grijs gebied. Het was niet altijd duidelijk of het om reguliere of alternatieve zorg ging. Dit leidde tot veel vragen van verzekerden en leverde vervelende discussies op. Ook liepen de kosten van alternatieve geneeswijzen steeds verder op, wat de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering onder druk zette. Om deze redenen was het de ziektekostenverzekeraar duidelijk dat een nieuwe invulling moest worden gegeven aan de vergoeding voor alternatieve geneeswijzen.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn nota-administratie geanalyseerd om na te gaan welke vormen van alternatieve geneeswijzen in de praktijk het meest worden gedeclareerd. Ook heeft een klantonderzoek plaatsgevonden onder driehonderd verzekerden om na te gaan welke vormen van alternatieve geneeswijzen zij graag terugzien in de aanvullende ziektekostenverzekering. Na een vergelijking van de resultaten van deze onderzoeken heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering per 1 januari 2019 te wijzigen. Hierover is verzoeker, door middel van een leaflet, geïnformeerd op het moment dat aan hem de polis voor 2019 is toegezonden. In het leaflet wordt nadrukkelijk verwezen naar het vergoedingenoverzicht en de verzekeringsvoorwaarden. Hierin is namelijk duidelijk beschreven welke zorg nog voor vergoeding in aanmerking komt in 2019 en wat de hoogte van de vergoeding is waarop recht bestaat. Verder is in het leaflet expliciet opgenomen dat hieraan geen rechten kunnen worden ontleend.

5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft van verzoeker begrepen dat hij niet tevreden was met het telefonisch contact dat hij met het klant contact centrum heeft gehad. Hiervoor heeft de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aangeboden. Anders dan verzoeker stelt, volgt uit de registraties van de telefoongesprekken niet dat hij is aangezet tot fraude. De betreffende medewerker heeft verzoeker willen informeren over de behandelingen die in 2019 nog wel voor vergoeding in aanmerking komen en daarbij opgemerkt dat de behandeling die door verzoeker in 2018 is gedeclareerd in het jaar 2019 niet meer wordt vergoed. De ziektekostenverzekeraar betreurt het dat verzoeker dit gesprek anders heeft ervaren. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat een medewerker verzoeker telefonisch inderdaad heeft gewezen op andere aanvullende verzekeringen. Dit omdat het duidelijk was dat verzoeker niet tevreden was met de wijzigingen in de aanvullende ziektekostenverzekering. Deze informatie is aan verzoeker gegeven, omdat hij de mogelijkheid had zijn verzekering(en) voor het jaar 2019 te wijzigen of over te stappen naar een andere zorgverzekeraar.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij zich niet herkend in de stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar heeft aangezet tot het plegen van fraude. Sterker nog, de ziektekostenverzekeraar doet er alles aan om iedere vorm van fraude te voorkomen. Het is dan ook niet aannemelijk dat aan verzoeker is gezegd dat een andere vorm van zorg moet worden gedeclareerd dan daadwerkelijk is geleverd om alsnog een vergoeding te ontvangen. Dit blijkt ook niet uit de telefoonregistratie van het gesprek tussen verzoeker en de klantenservice. Hieruit blijkt wel dat verzoeker ten algemene is geïnformeerd over enerzijds de behandelingen die nog wél voor vergoeding in aanmerking komen in 2019 en dat hij daarnaast is gewezen op de mogelijkheid een andere aanvullende verzekering af te sluiten als de aanvullende ziektekostenverzekering niet aan zijn wensen voldoet.

Verder voert de ziektekostenverzekeraar aan dat hij verzoeker niet kwijt wil als verzekerde ongeacht de hoeveelheid zorg waarop hij aanspraak maakt. Het is immers de taak van de ziektekostenverzekeraar deze zorg te vergoeden.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22 van de algemene voorwaarden van zorgverzekering en 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 (i) gehouden is een vergoeding van maximaal € 1.000,-- voor alternatieve geneeswijzen toe te kennen voor het kalenderjaar 2019, (ii) zijn informatieplicht jegens verzoeker heeft geschonden en (iii) jegens verzoeker niet integer heeft gehandeld.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. Artikel A.5.3. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het recht heeft de verzekeringsvoorwaarden te veranderen en dat de verzekeringnemer in die situatie de verzekering onder bepaalde voorwaarden kan wijzigen of opzeggen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"Wij hebben het recht de verzekeringsvoorwaarden te veranderen. Is de verandering in uw nadeel (en gaat het om een wijziging in een verzekering die u hebt afgesloten), dan hebt u (verzekeringnemer) het recht de verzekering op te zeggen of te wijzigen. Opzeggen moet u schriftelijk doen. U hebt hiervoor in ieder geval 30 dagen de tijd nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gebracht. Uw verzekering eindigt of wijzigt op de dag dat de verandering ingaat. Het recht tot opzeggen of wijzigen van de verzekering geldt niet als de verandering van de verzekeringsvoorwaarden het gevolg is van een wijziging van de wetgeving."

8.3. Artikel D.7.1. van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt op welke alternatieve behandelingen en psychosociale zorg een verzekerde recht heeft. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden de volgende vormen van behandelingen:

- acupunctuur;
- chiropractie;
- homeopathie;
- osteopathie;
- natuurgeneeswijzen. Hieronder vallen:
 - o antroposofisch consult;
 - o auriculotherapie (ooracupunctuur);
 - o haptonomie/haptotherapie;
 - o kinesiologie;
 - o musculoskeletale geneeskunde;
 - o orthomanuele geneeskunde;
 - o reflexzonetherapie/voetreflextherapie;
 - o shiatsu.

Andere vormen van natuurgeneeskunde worden niet vergoed.

- Psychosociale zorg. (...)"

- 8.4. Artikel 9 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010) van de Nederlandse Zorgautoriteit bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar zijn verzekerden moet informeren over wijzigingen in de polisvoorwaarden. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"9.1 De ziektekostenverzekeraar informeert de verzekerde tijdig over wijzigingen ten nadele van de verzekerde in de polisvoorwaarden.

9.2 De ziektekostenverzekeraar vermeldt alle onder artikel 9.1 bedoelde wijzigingen op de website, en in het prolongatiepakket wanneer het gaat om wijzigingen per 1 januari."

- 8.5. Artikel 2 van de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap bevat algemene gedragsregels en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

De zorgverzekeraar is een integere en betrouwbare partner. Hij biedt zekerheid door beloftes na te komen en eerlijk en rechtvaardig te handelen. De zorgverzekeraar biedt duidelijkheid over de wederzijdse rechten en plichten van hemzelf, verzekerden, zorgaanbieders, tussenpersonen en andere betrokken partijen. Hij staat open voor kritiek en treedt deze op constructieve wijze tegemoet. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Vergoeding alternatieve geneeswijzen

- 9.1. De ziektekostenverzekeraar bepaalt de inhoud en de omvang van de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit betekent dat hij naar eigen inzicht kan besluiten bepaalde vormen van zorg niet langer op te nemen in de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft hierin een grote mate van beleidsvrijheid, waarin de commissie niet kan treden. Anders dan verzoeker lijkt te veronderstellen, is het niet van belang op basis waarvan de ziektekostenverzekeraar tot het besluit komt de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering te wijzigen. Veelal zullen hieraan (mede) financiële overwegingen ten grondslag liggen, zo ook in de onderhavige situatie.
- 9.2. Indien de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt gewijzigd, dit voor de verzekerde nadelig is en de wijziging niet het gevolg is van veranderde wetgeving, heeft hij het recht de aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen. Het is daarbij van belang dat de ziektekostenverzekeraar de verzekerde tijdig over zijn voornemen informeert. Het staat vast dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker over de voorgenomen wijziging heeft geïnformeerd op het moment dat aan hem in november 2018 de polis voor 2019 is verstrekt. Hierop volgend heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker in een telefoongesprek de voorgenomen wijziging toegelicht. Dit betekent dat verzoeker tijdig is geïnformeerd en dat hij voldoende tijd had te besluiten of hij de aanvullende ziektekostenverzekering al dan niet wilde beëindigen. Het feit dat verzoeker van deze mogelijkheid geen gebruik heeft gemaakt, is de ziektekostenverzekeraar niet tegen te werpen. De commissie concludeert dat aldus is voldaan aan het gestelde in artikel A.5.3. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.3. Hetgeen door verzoeker overigens is aangevoerd - met name ten aanzien van het recht op vrije artskeuze - kan niet leiden tot een andere uitkomst. Voor zover dit recht al bestaat, blijft dat beperkt tot de zorg die onder de dekking van de verzekering valt. Het recht kan niet worden ingeroepen om de omvang van de dekking uit te breiden of een beperking hiervan ongedaan te maken.

Informatieplicht

- 9.4. De commissie overweegt dat de tekst van het wijzigingenoverzicht 2019, waar ook de voorgenomen wijziging van de vergoeding voor alternatieve geneeswijzen is opgenomen, niet als misleidend is aan te merken. Hoewel uit het overzicht niet expliciet volgt welke vormen van zorg niet langer worden vergoed, is duidelijk dat de vergoedingen voor alternatieve geneeswijzen met ingang van 1 januari 2019 veranderen ten opzichte van het voorgaande jaar. Ook is vermeld op grond van welke aanvullende verzekeringen deze zorg wordt vergoed, wordt expliciet verwezen naar de (inhoud van de) verzekeringsvoorwaarden en worden verzekerden uitgenodigd contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar voor vragen. In het overzicht is ook opgenomen dat hieraan geen rechten kunnen worden ontleend.
- Van de ziektekostenverzekeraar wordt niet verwacht dat hij alle wijzigingen in de (aanvullende) verzekeringen uitputtend vermeldt in het wijzigingenoverzicht. Dat zou de leesbaarheid van het overzicht waarschijnlijk niet ten goede komen. Bovendien is in de verzekeringsvoorwaarden - en in het bijzonder artikel D.7.1. van de aanvullende ziektekostenverzekering - duidelijk beschreven welke zorg met ingang van 1 januari 2019 wordt vergoed op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hiermee is voldaan aan het gestelde in artikel 9 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraar aan consumenten (TH/NR-010) van de Nederlandse Zorgautoriteit.
- 9.5. Overigens merkt de commissie op dat het wijzigingenoverzicht verzoeker ertoe heeft aangezet contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar om zich te laten informeren over de voorgenomen wijzigingen. Het staat vast dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker in een telefoongesprek heeft geïnformeerd dat de consulten bij een arts voor algemene geneeskunde met ingang van 1 januari 2019 niet meer worden vergoed. Voor zover het wijzigingenoverzicht dus al onduidelijk was voor verzoeker, is hij nadien alsnog tijdig en volledig geïnformeerd over de gevolgen van de voorgenomen wijzigingen in de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering in zijn specifieke situatie.

Integriteit van de ziektekostenverzekeraar

- 9.6. Verzoeker heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar in een telefoongesprek tegen hem heeft gezegd dat hij moest nagaan welke vormen van alternatieve geneeswijzen nog wél worden vergoed in 2019, zodat die zorg kan worden gedeclareerd. Dit heeft verzoeker geïnterpreteerd als aanzetten tot fraude, dan wel valsheid in geschrifte. Verder heeft verzoeker gesteld dat hem is gezegd dat hij de aanvullende ziektekostenverzekering van zijn partner kon aanpassen, zodat hij met het premievoordeel dat dit zou opleveren de gewenste zorg kon bekostigen. Ook zou aan hem zijn gezegd dat hij de aanvullende ziektekostenverzekering kon opzeggen als de wijziging hem niet zinde. Volgens verzoeker is dit advies gegeven omdat hij als een 'lastige klant' wordt beschouwd. Verzoeker concludeert dat het handelen van de ziektekostenverzekeraar niet integer is.
- De ziektekostenverzekeraar heeft de stellingen van verzoeker betwist. Hij heeft verklaard dat een medewerker verzoeker telefonisch heeft willen informeren over de behandelingen die vanaf 2019 nog wel onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering vallen, maar heeft daarbij niet aangezet tot fraude. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoeker is gewezen op de mogelijkheid van het wijzigen van zijn aanvullende ziektekostenverzekering, omdat deze mogelijkheid bestond aan het einde van het jaar en hij met zijn klacht kenbaar had gemaakt niet tevreden te zijn met de wijzigingen in de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering.

9.7. Uit de verklaringen van verzoeker en de ziektekostenverzekeraar blijkt dat zij de gevoerde telefoongesprekken eind 2018 beide anders hebben ervaren. De commissie kan niet met zekerheid vaststellen wat er tijdens deze gesprekken is gezegd. In het bijzonder is niet na te gaan wat er precies is gevraagd, welke antwoorden er zijn gegeven en hoe deze antwoorden moeten worden geïnterpreteerd. Dit betekent overigens niet dat de commissie uitsluit dat het gesprek heeft plaatsgevonden zoals verzoeker heeft gesteld, maar dit niet objectief is vast te stellen. De commissie om die reden niet tot het oordeel komen dat de ziektekostenverzekeraar niet integer zou hebben gehandeld.

Dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker op de mogelijkheid heeft gewezen dat hij de aanvullende ziektekostenverzekering kon opzeggen als hij het niet eens was met de voorgenomen wijziging, ligt overigens volledig in lijn met artikel A.5.3. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Het is om die reden niet aannemelijk dat dit aan hem is medegedeeld om hem als "lastige klant" te weren.

9.8. De commissie hecht er waarde aan ten algemene nog het volgende op te merken. Als een klacht telefonisch wordt behandeld verdient het de voorkeur heeft dat goed wordt vastgelegd hoe dit is gebeurd. Alleen dan is het mogelijk achteraf te beoordelen of de klacht op juiste wijze is afgehandeld. De commissie geeft de ziektekostenverzekeraar om die reden in overweging dergelijke gesprekken op te nemen, dan wel na het gesprek een schriftelijke bevestiging aan verzekerde te sturen. Overigens is de ziektekostenverzekeraar verplicht dit laatste te doen als een verzekerde hier om vraagt op grond van artikel 5 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010) van de Nederlandse Zorgautoriteit. Daarbij is het dan mogelijk voor een verzekerde hiervan kennis te nemen en hierop te reageren als hij zich niet kan vinden in de weergave van het gesprek. Daarnaast bestaat voor verzekerde ook de mogelijkheid het gesprek zelf samen te vatten en hiervan een afschrift te sturen aan de zorgverzekeraar. Het is dan eventueel aan de zorgverzekeraar hierop te reageren als hij zich niet kan vinden in de weergave het gesprek. De commissie meent dat hiermee mogelijke misverstanden over de interpretatie van een telefoongesprek kunnen worden voorkomen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie beslist dat:

1. Verzoeker geen recht heeft op een andere of hogere vergoeding voor alternatieve geneeswijzen dan beschreven in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering (2019);
2. de ziektekostenverzekeraar zijn informatieplicht jegens verzoeker niet heeft geschonden;
3. de ziektekostenverzekeraar in zijn optreden jegens verzoeker integer heeft gehandeld.

Zeist, 3 april 2019,

H.A.J. Kroon