

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs. C te D en E te F
Zaak : Paramedische zorg, manuele therapie
Zaaknummer : 2008.01631
Zittingsdatum : 11 februari 2009

Zaak: 2008.01631 (paramedische zorg, manuele therapie)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.6 Bzv, bijlage 1, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D en E te F, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 19 mei 2008 de kosten verbonden aan een behandeling manuele therapie ter grootte van € 75,00 te vergoeden tot een bedrag van € 40,00.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Plus Polis 3 sterren, Beter Af Extra Pakket, en Beter Af Tandarts Polis 2 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekeringen). De Beter Af Tandarts Polis 2 sterren blijft in dit kader buiten beschouwing. Het betreft hier schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Door verzoeker is een behandeling manuele therapie ad € 75,00 gedeclareerd. Bij een ongedateerd uitkeringsbericht heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat een bedrag van € 40,00 wordt vergoed, ten laste van de aanvullende verzekering. Verzoeker meent recht te hebben op volledige vergoeding, nu het Beter Af Extra Pakket aanvulling verleent tot maximaal € 35,00 per dag met een maximum van € 125,00 per persoon per kalenderjaar (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 mei 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 2 juli 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 9 juli 2008 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 (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek was een afschrift van de door verzoeker 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 5 november 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 november 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 december 2008 schriftelijk meegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 februari 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 februari 2009 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat in het verleden steeds een aanvullende vergoeding is verleend op grond van het Beter Af Extra Pakket. Met een wijziging van de polisvoorwaarden met ingang van het jaar 2008 is verzoeker niet bekend. Deze voorwaarden zijn hem ook niet toegezonden. Het door de ziektekostenverzekeraar aangehaalde artikel 7.4 kent verzoeker niet. Verzoeker tekent aan dat het hier geen coulancevergoeding betreft, maar een recht op basis van de door hem gesloten aanvullende verzekering. Dat toepassing van dit recht voor de ziektekostenverzekeraar tot hogere kosten leidt, doet niet ter zake.
 - 4.2. Volgens verzoeker komt hij, indien de door de ziektekostenverzekeraar voorgestane berekeningswijze wordt gevolgd, nooit voor de aanvullende vergoeding in aanmerking. Meer dan vier tot vijf behandelingen per jaar zijn namelijk medisch niet verantwoord, zodat hij aan de maximale vergoeding volgens de Beter Af Plus Polis 3 sterren nooit toekomt, en daarmee ook niet aan bedoelde aanvullende vergoeding.
 - 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij telefonisch contact heeft gehad met het kantoor van de ziektekostenverzekeraar in Rotterdam. In dit telefoongesprek werd hem medegedeeld dat hij voor 2008 geen rechten meer had. Verzoeker was hier zeer verbaasd over aangezien hem uit niets is gebleken dat in 2008 een wijziging van de voorwaarden zou plaatsvinden.
 - 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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 aan de aanvullende vergoeding op grond van het Beter Af Extra Pakket eerst wordt toegekomen nadat de maximale vergoeding conform de Beter Af Plus Polis 3 sterren is verleend. Dit volgt uit artikel 7.4. In het verleden is niet in overeenstemming met deze bepaling gehandeld. Zulks doet echter geen voortgezet recht op vergoeding ontstaan. Tot een onverplichte vergoeding ziet de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding, met name vanwege het risico van een grote schadelast, zonder dat daar premie-inkomsten tegenover staan.
Het afsluiten van een aanvullende verzekering betekent niet automatisch dat altijd maximaal gebruik kan worden gemaakt van de onder die verzekering gedekte zorg.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de polisvoorwaarden niet uit eigen beweging aan verzoeker zijn toegezonden, doch dat verzoeker er ook niet zelf om heeft verzocht.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker 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 ziektekostenverzekeringen, bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.1. Niet in geschil is dat de onderhavige kosten niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen. De commissie zal daarom de zorgverzekering verder onbesproken laten.

Ten aanzien van de aanvullende verzekeringen

- 7.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de nota van de 'Specialistisch manueel therapeut' beoordeeld in het kader van artikel 10 van de Beter Af Plus Polis dat betrekking heeft op alternatieve geneeswijzen en therapieën en op welke bepaling verzoeker zich, ter zake van de vergoeding, eveneens heeft beroepen. Op grond van deze bepaling bestaat recht op vergoeding van maximaal € 35,00 per dag tot maximaal € 350,00 per persoon per kalenderjaar.
Artikel 10 bepaalt:

“Wij vergoeden na het bereiken van de maximale vergoeding per kalenderjaar uit de Beter Af Plus Polis aanvullend maximaal € 35,00 per dag tot maximaal € 125,00 per persoon per kalenderjaar.”

Het door de ziektekostenverzekeraar aangehaalde artikel 7.4 van de voorwaarden van de aanvullende verzekering(en) luidt als volgt:

“Wanneer u meerdere verzekeringen bij ons heeft afgesloten, komen de door u ingediende nota’s achtereenvolgens ten laste van:

- de Beter Af Polis;*
- de Beter Af Tandarts Polis;*
- de Beter Af Plus Polis;*
- het Beter Af Extra Pakket.”*

- 7.3. De commissie stelt voorop dat artikel 7.4 weliswaar een volgorde van afwikkeling van ingediende nota’s regelt, maar niet eraan in de weg staat dat vergoeding wordt verleend op grond van verschillende (aanvullende) verzekeringen. Het beroep van de ziektekostenverzekeraar op deze bepaling kan om die reden niet slagen.
- 7.4. Artikel 10 stelt nadrukkelijk dat de aanvullende vergoeding conform het Beter Af Extra Pakket eerst aan de orde is na het bereiken van de maximale vergoeding per kalenderjaar uit de Beter Af Plus Polis. Bij de door verzoeker gekozen variant bedraagt deze maximale vergoeding € 350,00 per persoon per kalenderjaar. Zoals door verzoeker is erkend, komt hij aan deze vergoeding niet toe, aangezien jaarlijks slechts vier tot vijf behandelingen plaatsvinden. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden kan door hem daarom geen aanspraak worden gemaakt op de aanvullende vergoeding.
- 7.5. De vraag is of verzoeker, in afwijking van het voorgaande, recht kan doen gelden op een aanvullende vergoeding in verband met een door de ziektekostenverzekeraar tot 1 januari 2008 gevoerd beleid.
- 7.6. In dit verband constateert de commissie dat in de verzekeringsvoorwaarden voor het jaar 2007 in artikel 8 (alternatieve geneeswijzen en therapieën) het volgende is opgenomen:

“Extra aanvulling maximaal €125,00 per persoon per kalenderjaar.”

- 7.7. Anders dan door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, zijn de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, met name met artikel 10 daarvan dus wel gewijzigd met ingang van het jaar 2008. Voorts is van een vergoeding per abuis geen sprake, nu het oude artikel 8 niet de beperking kent van het huidige artikel 10, te weten dat eerst de maximale vergoeding per kalenderjaar uit de Beter Af Polis moet zijn bereikt.
- 7.8. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij de polisvoorwaarden voor het jaar 2008 nimmer heeft ontvangen. Gesteld noch gebleken is dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker niet een redelijke kans heeft geboden van de polisvoorwaarden kennis te nemen. Het staat de ziektekostenverzekeraar vrij om op basis van de polisvoorwaarden het uitvoeringsbeleid aan te scherpen. Nu het om een wijziging van het uitvoeringsbeleid gaat, had dit niet in het ‘overzicht wijzigingsvoorwaarden’ te hoeven worden opgenomen.

Slotsom

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 maart 2009,

Voorzitter