

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Alternatieve geneeswijzen, wijziging polisvoorwaarden
Zaaknummer : 2009.01791
Zittingsdatum : 27 januari 2010

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 8 juli 2009 geen vergoeding te verlenen voor de gedeclareerde kosten van het middel Prostanorm N 134 ad € 118,21, geleverd door het magazijn voor orthomoleculaire voeding De Roode Roos (hierna: De Roode Roos).

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 Basisverzekering Optimaal (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvulling Optimaal en Tandarts Optimaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker is onder behandeling bij een homeopathisch arts. De kosten van de betreffende consulten worden door de ziektekostenverzekeraar vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Op 11 mei 2009 heeft verzoeker het door de homeopathische arts voorgeschreven middel Prostanorm N 134 geleverd gekregen door De Roode Roos. Verzoeker heeft de nota voor dit middel bij de ziektekostenverzekeraar ingediend en verzocht om vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 juli 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 27 juli 2009 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 14 augustus 2009 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,-- 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 8 december 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 december 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 12 december 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 december 2009 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hem pas na de afwijzing van de onderhavige declaratie duidelijk is geworden dat de kosten van het middel Prostanorm N 134 niet voor vergoeding in aanmerking komen indien hij het middel rechtstreeks bestelt bij De Roode Roos. Verzoeker heeft in november 2008 informatie van de ziektekostenverzekeraar ontvangen over de wijzigingen in de polisvoorwaarden voor 2009 ten opzichte van 2008. Hierin staat weliswaar een wijziging voor alternatieve geneeswijzen vermeld, maar wordt niet gewezen op de wijziging voor alternatieve geneesmiddelen.
- 4.2. Verzoeker verklaart dat hij al geruime tijd de kosten van een door de homeopathisch arts voorgeschreven alternatief geneesmiddel declareert. Dit middel bestelde hij, op aanwijzing van de arts, steeds bij De Roode Roos. Tot en met december 2008 heeft hij deze kosten vergoed gekregen door de ziektekostenverzekeraar.
- 4.3. Verzoeker stelt verder dat het argument van de ziektekostenverzekeraar, dat de polisvoorwaarden zijn aangepast om een juiste kwaliteit te waarborgen, geen stand kan houden, nu het middel door dezelfde leverancier is geleverd en het is voorgeschreven door dezelfde arts voor dezelfde patiënt. Daarbij komt dat het middel € 4,91 per 30 stuks duurder is als het door de apotheek wordt geleverd.
- 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 alternatieve geneesmiddelen in 2008 nog geleverd mochten worden door een alternatieve genezer; in 2009 mogen deze middelen alleen nog geleverd worden door een apotheek of apotheekhoudend huisarts. Uit de klacht van verzoeker blijkt dat hij het middel, op aanwijzing van de arts, zelf heeft besteld bij en geleverd heeft gekregen door De Roode Roos. Dit is een manier van levering die noch in de aanvullende polis van 2008 noch in die van 2009 is gedekt. De ziektekostenverzekeraar er-

kent dat in 2008 tweemaal een nota is vergoed, waarbij het middel op voornoemde wijze is geleverd. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat beide nota's ten onrechte zijn vergoed; dit schept echter geen precedent voor het vergoeden van dit soort nota's voor de toekomst, omdat dit duidelijk in strijd is met de polisvoorwaarden.

- 5.2. Ten aanzien van de wijziging in de polisvoorwaarden van 2009 is de ziektekostenverzekeraar van mening dat de voorlichting omtrent de veranderingen in de polis adequaat is geweest. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker een overzicht gestuurd met de productaanpassingen waarin de wijziging duidelijk wordt vermeld. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat hem niet verweten kan worden, dat verzoeker het aanpassingsoverzicht niet heeft gelezen.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie is 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 terecht heeft besloten het onder 3.2 genoemde middel niet (langer) te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.2. In artikel 3.15 van de aanvullende ziektekostenverzekering is een vergoeding voor farmaceutische zorg opgenomen. In het tweede lid van dit artikel is voorzien in een vergoeding voor alternatieve geneesmiddelen en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"3.15 Farmaceutische zorg (geneesmiddelen)

(...)

3.15.2 Alternatieve geneesmiddelen en overige geregistreerde geneesmiddelen.

Vergoeding:

Tot € 750,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Alleen vergoeding voor geneesmiddelen die niet voor vergoeding in aanmerking komen volgens een zorgverzekering. Experimentele geneesmiddelen komen niet voor vergoeding in aanmerking. Op voorschrift van huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch-specialist, verpleegkundige, verloskundige of alternatief genezer. Geleverd door apotheek of apothekhoudend huisarts."

In artikel 1.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat onder een alternatief genezer wordt verstaan:

"Een in Nederland gevestigde alternatief genezer, op een bepaald gebied algemeen erkend, als zodanig praktiserend en lid van een beroepsvereniging."

- 7.3. Uit het voorgaande blijkt dat vergoeding van alternatieve geneesmiddelen mogelijk is indien het middel is voorgeschreven door een huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch-specialist, verpleegkundige, verloskundige of alternatief genezer en het is geleverd door apotheek of apotheekhoudend huisarts. De commissie is gebleken dat de kosten van de consulten van de homeopathisch arts, die het middel Prostanorm N 134 heeft voorgeschreven, door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed. Daarmee is de vraag of het middel is voorgeschreven door een bevoegd zorgverlener in dit geschil beantwoord.
- 7.4. De commissie is voorts gebleken dat verzoeker het middel Prostanorm N 134 rechtstreeks heeft besteld bij De Roode Roos. Gesteld noch gebleken is dat De Roode Roos is aan te merken als apotheek of apotheekhoudend huisarts, zodat reeds om die reden niet is voldaan aan de vergoedingsvoorwaarden. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve op grond van de polisvoorwaarden de vergoeding van dit middel terecht afgewezen.

Werking privaatrecht

- 7.5. De commissie overweegt dat verzoeker in het verleden meerdere keren het middel Prostanorm N 134 rechtstreeks heeft besteld bij De Roode Roos. Deze kosten heeft hij bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd en de kosten zijn door de ziektekostenverzekeraar in ieder geval tweemaal vergoed. De commissie is gebleken dat indien alternatieve geneesmiddelen op deze wijze geleverd worden, de kosten daarvan op grond van de polisvoorwaarden niet voor vergoeding in aanmerking komen. Dit geldt zowel voor 2008 als voor 2009. Nu de polisvoorwaarden op dit punt niet gewijzigd zijn, is de commissie van oordeel dat verzoeker erop mocht vertrouwen dat hij de kosten van het betreffende middel ook na 1 januari 2009 vergoed zou krijgen, aangezien de kosten hem eerder wel waren vergoed. Wellicht ten overvloede merkt de commissie hierbij op dat verzoeker met de beslissing van 8 juli 2009 bekend is geworden dat de kosten van het middel Prostanorm N 134 niet voor vergoeding in aanmerking komen als hij het middel rechtstreeks bestelt bij De Roode Roos. De kosten van het na 8 juli 2009 rechtstreeks bij De Roode Roos bestelde middel Prostanorm N 134, komen daarom niet (meer) voor vergoeding in aanmerking.

Conclusie

- 7.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen met inachtneming van hetgeen onder 7.5 is overwogen.
- 7.7. Aangezien het verzoek dient te worden toegewezen, ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker vergoedt.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 10 februari 2010,

Voorzitter