

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Alternatieve geneeswijzen, chiropractor
Zaaknummer : 2011.02849
Zittingsdatum : 26 september 2012

1. Partijen

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

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Gemeentezorgpolis (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 [naam ziektekostenverzekeraar] Aanvullend Classic 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 een vergoeding van € 29,- per behandeling chiropractie voor in totaal 31 behandelingen over het jaar 2010 (hierna: de aanspraak). Op een bij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) onbekende datum heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 12 januari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 10 mei 2012 heeft verzoeker 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).

3.5. 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 augustus 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 augustus 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 augustus 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 september 2012 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker is op 26 september 2012 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker maakt sinds 2007, op voorschrift van een orthopedisch chirurg, gebruik van orthopedisch schoeisel. In het voorjaar van 2010 kreeg verzoeker opnieuw klachten aan zijn voet, waarna verzoeker de orthopedisch chirurg wederom heeft gecoconsulteerd. Deze concludeerde dat de pijnklachten alleen te verhelpen waren indien de enkel operatief zou worden vastgezet. Daarna zou verzoeker ongeveer een half jaar moeten revalideren.
- 4.2. Verzoeker is, via iemand die soortgelijke klachten heeft gehad, bij een chiropractor onder behandeling gekomen. Na een traject van diverse behandelingen kan verzoeker weer op gewoon schoeisel lopen en heeft hij geen pijn meer. De voorziene operatie hoeft dus niet meer plaats te vinden. Verzoeker heeft wel extra kosten moeten maken, namelijk 31 behandelingen ten bedrage van € 45,- per behandeling.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar vergoedt volgens de verzekeringsvoorwaarden € 29,- per behandeling tot maximaal € 290,- per kalenderjaar. Gezien de kostenbesparing die verzoeker heeft gerealiseerd door te kiezen voor de onderhavige behandeling in plaats van een operatie, heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht om voor het jaar 2010 een bedrag van € 29,- te vergoeden per behandeling voor alle 31 behandelingen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker benadrukt dat hij de ziektekostenverzekeraar door de behandeling van de chiropractor zeer veel kosten heeft bespaard. Daarbij is dit voor hem de meest gunstige behandeling, aangezien het operatief vastzetten van de enkel ingrijpend is.
- 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 behandelingen door een chiropractor vallen op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering onder de aanspraak op alternatieve geneeswijzen. Deze aanspraak betreft een vergoeding van € 29,- per behandeling tot maximaal € 290,- per kalenderjaar.

- 5.2. De enige mogelijkheid om een extra vergoeding te verlenen is op basis van coulance. Dit kan echter een grote precedentwerking hebben, waardoor de ziektekostenverzekeraar ook andere verzekerden in soortgelijke situaties een extra vergoeding moet verlenen. Dit brengt uiteindelijk te hoge kosten met zich.
- 5.3. Verzoeker stelt dat hij veel kosten bespaart door te kiezen voor de behandelingen door de chiropractor. De ziektekostenverzekeraar kan echter geen voorschot nemen op de toekomst. Dat uiteindelijk sprake zal zijn van een besparing in zorgkosten, kan momenteel niet worden vastgesteld. Daarnaast bedragen de kosten van de behandelingen door de chiropractor ongeveer € 1.470,- per jaar. Als deze kosten over meerdere jaren worden vergoed, zal de vergoeding uiteindelijk de kosten van een operatie en de bijbehorende revalidatie overstijgen. Bovendien is het aannemelijk dat met de operatie en de revalidatie de klachten van verzoeker blijvend worden verholpen. Met de behandelingen door de chiropractor bereikt verzoeker geen blijvende oplossing voor zijn klachten.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat er geen substitutie kan plaatsvinden. Als al sprake zou zijn van een kostenbesparing, zou deze gelegen zijn in de zorgverzekering, terwijl chiropractie uit de aanvullende ziektekostenverzekering wordt vergoed.
- 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 8 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde

- 8.1. Artikel 43 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op alternatieve geneeswijzen bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“Door:

1. arts niet zijnde huisarts, medisch specialist of sportarts;

2. acupuncturist;

3. klassiek homeopaat, en

4. een therapeut die behoort tot een door [naam ziektekostenverzekeraar] aangewezen groep van therapeuten (de lijst hiervan staat vermeld op [website ziektekostenverzekeraar]).

Max. € 29,- per consult tot in totaal € 290,- per kalenderjaar voor alle kosten van de onder 1 t/m 4 genoemde artsen en therapeuten samen”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.1. De behandelingen door een chiropractor komen op grond van artikel 43 inzake alternatieve geneeswijzen voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking. De vergoeding bedraagt maximaal € 29,- per behandeling tot in totaal € 290,- per kalenderjaar. Niet in geschil is dat verzoeker over 2010 deze maximale vergoeding heeft ontvangen.
- 9.2. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of verzoeker aanspraak heeft op een aanvullende vergoeding, omdat hij met de onderhavige behandelingen de kosten van een operatieve ingreep en de bijbehorende revalidatie bespaart.
- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen mogelijkheid tot een aanvullende vergoeding op basis van een besparing van kosten die ten laste van de zorgverzekering zouden komen, nog daargelaten of deze besparing inderdaad optreedt, zeker op de lange termijn bezien.

Coulance

- 9.4. Voor zover het verzoek betrekking heeft op een coulancevergoeding, is de commissie niet bevoegd. Het al dan niet toekennen van een zodanige vergoeding behoort in beginsel tot het eigen beleid van de ziektekostenverzekeraar, tenzij sprake zou zijn van willekeur. Dit laatste is echter gesteld noch gebleken.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 oktober 2012,

Voorzitter