

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D, vertegenwoordigd door E te F
Zaak : GGZ, psychologische behandelingen, alternatieve geneeswijzen,
camouflagetherapie, beëindiging
Zaaknummer : 2011.02383
Zittingsdatum : 11 juli 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 7, 10, 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.3 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, art. 6:265 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door E te F.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Natura (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 Basis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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 psychologische behandelingen, ten bedrage van € 480,--, ten laste van de zorgverzekering. Bij uitkeringsspecificatie van 5 mei 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de psychologische behandelingen worden aangemerkt als alternatieve zorg en gedeeltelijk, te weten tot een bedrag van € 240,--, worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

3.2. Verzoeker heeft voorts aanspraak gemaakt op een vergoeding ten bedrage van € 200,-- ter zake van camouflagetherapie, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Bij uitkeringsspecificatie van 5 mei 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat geen aanspraak bestaat op vergoeding.

3.3. Daarnaast heeft verzoeker aanspraak gemaakt op vergoeding van drie nota's ter zake van alternatieve geneeswijzen, met een totaalbedrag van € 100,--. Bij uitkeringsspecificatie van 5 mei 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat een bedrag van € 5,-- wordt vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

3.4. Verder heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht de zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen met ingang van 1 augustus 2011. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker meermaals medegedeeld hier niet mee akkoord te gaan.

- 3.5. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brieven van 23 mei 2011, 24 juni 2011, 26 juli 2011 en 5 augustus 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.
- 3.6. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar bij hoge uitzondering heeft besloten het door verzoeker geleden financiële nadeel, begroot op € 45,--, te verrekenen met het totaal openstaande bedrag van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar zich bereid verklaard de psychologische behandelingen niet in de telling voor de maximale vergoeding voor alternatieve geneeswijzen te betrekken.
- 3.7. Bij brief van 8 februari 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de psychologische behandelingen volledig te vergoeden ten laste van de zorgverzekering, € 95,-- te vergoeden ter zake van alternatieve geneeswijzen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, € 200,-- te vergoeden ter zake van camouflagetherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, en de zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen met ingang van 1 augustus 2011 (hierna: het verzoek).
- 3.8. 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.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 maart 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 maart 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 mei 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.11. Bij brief van 29 maart 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 25 april 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012046546) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat Ankh Therapie Inc. psychosociale hulpverlening en counseling biedt en dat dit geen geestelijke gezondheidszorg is in de zin van de Zvw. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.12. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 juli 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.13. Bij brief van 12 juli 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 17 juli 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding

vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft voorafgaand aan de psychologische behandelingen telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, waarbij hij heeft geïnformeerd of aanspraak bestaat op vergoeding hiervan. Meer specifiek heeft verzoeker gevraagd of zijn behandelaar voorkomt op de lijst voor eerstelijns psychologische zorg, zodat aanspraak bestaat op vergoeding ten laste van de zorgverzekering. De medewerkster van de ziektekostenverzekeraar deelde hem mede dat de psychologische behandelingen bij deze behandelaar als eerstelijns psychologische zorg worden aangemerkt, en dat deze derhalve voor vergoeding in aanmerking komen, mits een doktersverklaring wordt overgelegd. Verzoeker heeft de doktersverklaring met de nota's meegezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft de psychologische behandelingen bij de betreffende behandelaar echter aangemerkt als alternatieve zorg, en deze volledig vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker stelt dat de psychologische behandelingen volledig dienen te worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. Doordat de ziektekostenverzekeraar de nota's heeft vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, is de maximumvergoeding die deze verzekering biedt voor alternatieve geneeswijzen bereikt. Hierdoor worden andere nota's van alternatieve geneeswijzen niet vergoed. Verzoeker heeft drie nota's ter zake van alternatieve geneeswijzen gedeclareerd, met een totaalbedrag van € 100,--. Van dit bedrag is € 5,-- vergoed. De ziektekostenverzekeraar dient het resterende bedrag van € 95,-- alsnog te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.3. Voorts heeft verzoeker in 2010 drie behandelingen ondergaan ter correctie van littekens. Op de nota ter zake van deze behandelingen staat als behandeldatum 9 maart 2011. Verzoeker stelt dat dit onjuist is. De aanvullende ziektekostenverzekering kent een vergoeding van € 200,-- voor camouflagetherapie. Derhalve dient de ziektekostenverzekeraar € 200,-- te vergoeden ter zake van de littekencorrectie, ondergaan in 2010, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker onjuiste informatie verstrekt inzake de vergoeding van de psychologische behandelingen. Hierdoor ondervindt verzoeker financieel nadeel. Als verzoeker had geweten dat de psychologische behandelingen niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking kwamen, had hij zich tot een andere behandelaar gewend. Verzoeker is weliswaar bekend met de verzekeringsvoorwaarden, maar het was voor hem onbekend of psychologische zorg verleend door zijn behandelaar werd aangemerkt als eerstelijns psychologische zorg. Om die reden heeft hij zich voorafgaand aan de behandeling gewend tot de ziektekostenverzekeraar.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft zich door het verstrekken van onjuiste informatie schuldig gemaakt aan wanprestatie (artikel 6:74 BW). De ziektekostenverzekeraar heeft niet redelijk gehandeld. Om die reden heeft verzoeker de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 augustus 2011 beëindigd. In tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar stelt, is ontbinding van de overeenkomst mogelijk én gerechtvaardigd. Vanaf voornoemde datum is verzoeker dan

ook geen premie meer verschuldigd. Verzoeker wenst dat het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar van hem vordert ter zake van het restant eigen risico 2008 en 2009, wordt verrekend met de vergoedingen waarop hij nog recht heeft. Tot slot brengt verzoeker in dat zijn financiële situatie slecht is, en dat hij privéproblemen heeft.

- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Aanspraak bestaat op maximaal acht behandelingen door een eerstelijns psycholoog, na verwijzing door (onder andere) een huisarts. De behandelaar van verzoeker is geen eerstelijns psycholoog, zodat geen vergoeding kan plaatsvinden ten laste van de zorgverzekering.
 - 5.2. Voor vergoeding onder de aanvullende ziektekostenverzekering dient de psycholoog te zijn ingeschreven bij een beroepsvereniging. De behandelaar van verzoeker is een zorgverlener binnen de Ankh therapie, en is aangesloten bij de beroepsvereniging Algemene Beroepsvereniging voor Counselling (ABvC). De beroepsvereniging is opgenomen in de 'limitatieve lijst Alternatieve zorg' van de aanvullende ziektekostenverzekering. Derhalve is de nota van € 240,-- correct onder de aanvullende ziektekostenverzekering afgewikkeld.
 - 5.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt verder aanspraak op vergoeding van alternatieve zorg tot een maximum van € 300,-- per verzekerde per kalenderjaar. Verzoeker stelt financieel nadeel te hebben geleden doordat de nota van zijn behandelaar als alternatieve zorg is vergoed. De ziektekostenverzekeraar is bereid tot een oplossing te komen, en zal het financiële nadeel dat verzoeker heeft geleden (€ 45,--) in mindering brengen op de betalingsachterstand van verzoeker.
 - 5.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt daarnaast aanspraak op vergoeding van camouflagetherapie. Hierbij gaat het om behandelingen gericht op het minder opvallend maken van littekens door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist. De vergoeding bedraagt maximaal € 200,-- per kalenderjaar. Verzoeker voert de nota van cosmetisch arts Anker ten bedrage van € 2.130,-- op als camouflagetherapie, en gaat er vanuit dat hiervoor een vergoeding van € 200,-- mogelijk is. De ziektekostenverzekeraar gaat niet over tot vergoeding van de betreffende nota, aangezien deze niet voldoet aan de voorwaarden die gelden voor camouflagetherapie.
 - 5.5. De ziektekostenverzekeraar bestrijdt niet dat verzoeker voorafgaand aan de psychologische behandelingen telefonisch contact met hem heeft opgenomen. Echter, zowel de aard van de vraag alsmede de inhoud van het antwoord, kunnen niet worden geverifieerd. Derhalve is er geen bewijs voor de stelling van verzoeker dat door de ziektekostenverzekeraar een toezegging is gedaan dat de psychologische behandelingen door zijn behandelaar als eerstelijns psychologische zorg kunnen worden aangemerkt, en dat deze zullen worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. In de e-mail van 24 juni 2011 worden door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar excuses aangeboden voor de verstrekte onjuiste informatie. Deze excuses dienen in de context te worden geplaatst van de nota van de behandelaar. Hoewel de ziektekostenverzekeraar van mening is dat geen excuses hoefden te worden aangeboden, mocht verzoeker erop vertrouwen dat de nota van zijn behandelaar niet onder de tel-

ling van de maximale vergoeding voor alternatieve geneeswijzen zou worden meegenomen. De ziektekostenverzekeraar is bereid deze correctie alsnog toe te passen.

- 5.6. De door verzoeker gedeclareerde nota's zijn conform de voorwaarden afgewikkeld. Er kan dan ook niet worden gesproken van wanprestatie in de zin van de artikelen 6:74 BW en 6:265 BW. Nu geen sprake is van wanprestatie, bestaat op grond van de Zvw geen mogelijkheid tot tussentijdse opzegging van de zorgverzekering. Dit laatste is enkel mogelijk bij emigratie of deelname aan een ander collectief contract. Verzoeker heeft de premiebetaling per september 2011 beëindigd. Hij is echter de premie over de maanden september tot en met december 2011 (€ 415,68) nog wel verschuldigd. Daarnaast dient verzoeker het restant van het eigen risico 2008 en 2009 (€ 385,75) te voldoen. Hiervoor is een betalingsregeling getroffen. Van de tien vervallen termijnbedragen, zijn er echter slechts zes ontvangen. Derhalve staat nog € 154,32 open. De ziektekostenverzekeraar is bereid het door verzoeker geleden financieel nadeel van € 45,- te verrekenen met de openstaande vordering van € 569,95 (€ 415,68 + € 154,32). Dit betekent dat verzoeker nog € 524,95 dient te voldoen. Hiervoor kan hij om een betalingsregeling verzoeken.
- 5.7. Nu verzoeker te kennen heeft gegeven niet langer verzekerd te willen zijn bij de ziektekostenverzekeraar, zullen zijn zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2012 worden beëindigd.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 2 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de psychologische behandelingen alsnog te vergoeden ten laste van de zorgverzekering, € 95,- te vergoeden ter zake van alternatieve geneeswijzen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, € 200,- te vergoeden ter zake van camouflagetherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, en over te gaan tot beëindiging van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 augustus 2011.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 35 van de zorgverzekering. Artikel 22 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op eerstelijns psychologische zorg bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier

van belang:

“U hebt recht op eerstelijnspsychologische zorg zoals klinisch psychologen deze plegen te bieden, tot maximaal acht zittingen per kalenderjaar. Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

(...)

Door

Gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog.

(...)

Eigen bijdrage

u bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van € 10,- per zitting.

(...)

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist.

(...)”

- 8.3. Artikel 6.3 van de zorgverzekering regelt wanneer een verzekerde de zorgverzekering tussentijds kan opzeggen, dat wil zeggen anders dan met ingang van 1 januari van een kalenderjaar. Tussentijds opzeggen is mogelijk bij onder meer een wijziging van de premie of voorwaarden of bij deelname aan een collectieve overeenkomst van een nieuwe werkgever.
- 8.4. De artikelen 6.3 en 22 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geestelijke gezondheidszorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.3 Rzv. Opzegging van de zorgverzekering is geregeld in artikel 7 Zvw.
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7. Artikel 2 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op alternatieve zorg. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“Onder alternatieve zorg wordt verstaan: consulten en/of behandelingen door een therapeut of een arts die lid is van één van de in de bijlage genoemde verenigingen (...)

Basis

Maximaal € 300,-- per kalenderjaar

(...)”

Artikel 8 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op camouflagetherapie. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“Behandeling gericht op het minder opvallend maken van littekens, spataderen, wijnvlekken en donkere of lichte vlekjes in de huid, inclusief de benodigde middelen.

*Door:
huidtherapeut of schoonheidsspecialist.*

*Indicatie:
ernstige (blijvende) ontsieringen van het gelaat en/of de hals.*

*Verwijzing:
Huisarts of medisch specialist.*

*Basis
Maximaal € 200,-- per kalenderjaar
(...)”*

Artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat de verzekeringnemer de verzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar kan opzeggen.

8.8. Artikel 6:265 BW luidt:

*“1. Iedere tekortkoming van een partij in de nakoming van een van haar verbintenissen geeft aan de wederpartij de bevoegdheid om de overeenkomst geheel of gedeeltelijk te ontbinden, tenzij de tekortkoming, gezien haar bijzondere aard of geringe betekenis, deze ontbinding met haar gevolgen niet rechtvaardigt.
2. Voor zover nakoming niet blijvend of tijdelijk onmogelijk is, ontstaat de bevoegdheid tot ontbinding pas, wanneer de schuldenaar in verzuim is.”*

9. Beoordeling van het geschil

Psychologische behandelingen

- 9.1. De zorgverzekering biedt aanspraak op eerstelijns psychologische zorg tot maximaal acht zittingen per kalenderjaar. De zorg dient te worden verleend door een gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog. Verzekerde dient te beschikken over een verwijfsbrief, en er is een eigen bijdrage verschuldigd.
- 9.2. Verzoeker heeft psychologische behandelingen ondergaan bij een behandelaar die geen gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog is. Derhalve bestaat geen aanspraak op vergoeding van de psychologische behandelingen ten laste van de zorgverzekering.
- 9.3. Verzoeker heeft gesteld dat hij voorafgaand aan de psychologische behandelingen telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar heeft opgenomen, bij welke gelegenheid hem door een medewerker is medegedeeld dat de psychologische behandelingen bij de door hem gekozen behandelaar volledig worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, mits een verwijfsbrief van de huisarts wordt overgelegd. De ziektekostenverzekeraar bestrijdt een en ander niet, maar wijst erop dat de inhoud van het telefoongesprek niet kan worden geverifieerd. Bij e-mail van 24 juni 2011 zijn door de ziektekostenverzekeraar excuses aangeboden voor het feit dat verzoeker ver-

keerde informatie heeft gekregen. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.

- 9.4. In de procedure is door verzoeker aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een telefonische toezegging is gedaan. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat door de ziektekostenverzekeraar is erkend dat verzoeker onjuiste informatie is gegeven.
- 9.5. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de psychologische behandelingen ten bedrage van € 480,-- volledig dient te vergoeden.

Alternatieve geneeswijzen

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op alternatieve zorg tot maximaal € 300,-- per kalenderjaar. Uit de door verzoeker overgelegde stukken blijkt dat (in 2011) drie nota's zijn ingediend ter zake van alternatieve geneeswijzen. De nota met nummer 21012011-06 vermeldt een totaalbedrag van € 40,--. Hiervan is € 5,-- vergoed, zodat € 35,-- voor rekening van verzoeker blijft. De nota met nummer 25012011-06 vermeldt een totaalbedrag van € 10,--. Deze nota is niet vergoed, zodat voornoemd bedrag volledig voor rekening van verzoeker blijft. Voorts heeft verzoeker een nota met nummer 201008 ingediend. Deze nota vermeldt een totaalbedrag van € 50,-- en is eveneens niet vergoed, zodat voornoemd bedrag volledig voor rekening van verzoeker blijft. Het totaalbedrag dat voor rekening van verzoeker blijft is derhalve € 95,-- (€ 35,-- + € 10,-- + € 50,--).
- 9.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de psychologische behandelingen die verzoeker heeft ondergaan ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed. Eerder werden al bedragen van € 15,-- en € 40,-- vergoed. Verhoogd met het onder 9.6 genoemde bedrag van € 5,-- heeft verzoeker de maximumvergoeding van € 300,-- voor alternatieve zorg bereikt, hetgeen blijkt uit de uitkeringsspecificatie van 5 mei 2011.
- 9.8. Gelet op hetgeen is geconcludeerd onder 9.5 is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar alsnog de onderhavige kosten van alternatieve geneeswijzen dient te vergoeden, althans voor zover het verzekerde zorg betreft en het maximum van € 300,-- nog niet is bereikt, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Camouflagetherapie

- 9.9. Verzoeker heeft verder een nota ingediend (nummer 09032011) met een totaalbedrag van € 2.130,--. Dit betreft behandelingen die zijn gericht op het minder zichtbaar maken van littekens. Verzoeker maakt aanspraak op de maximale vergoeding van € 200,-- ter zake van camouflagetherapie, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding afgewezen, aangezien de onderhavige zorg niet is verleend door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist, maar door een cosmetisch arts. Gesteld noch gebleken is dat de behandeling in kwestie wel valt onder de verzekeringsvoorwaarden, ten gevolge waarvan verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van € 200,-- ter zake van camouflagetherapie, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Beëindiging

- 9.10. Verzoeker wenst de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen met ingang van 1 augustus 2011, waarbij door hem een beroep wordt gedaan op wanprestatie door de ziektekostenverzekeraar.
- Ingevolge artikel 6:265 BW kan een partij een overeenkomst (doen) ontbinden indien bij de wederpartij sprake is van een tekortkoming in de nakoming van een verbintenis. Verzoeker stelt dat de tekortkoming erin is gelegen dat de ziektekostenverzekeraar hem onjuiste informatie heeft verstrekt. De commissie is van oordeel dat een correcte informatievoorziening een taak is van de ziektekostenverzekeraar. Dit volgt uit de polisvoorwaarden en het inrichten van een (telefonische) klantenservice. Verzoeker heeft telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om te informeren naar een specifieke vergoeding, omdat de polisvoorwaarden hem onvoldoende duidelijkheid boden. Bij die gelegenheid is verzoeker onjuiste informatie verstrekt, zoals onder 9.3 is vastgesteld. De ziektekostenverzekeraar beroept zich in dit verband erop dat de opzegmogelijkheid voor de verzekeringnemer is beperkt tot enkele specifieke situaties; geen hiervan is bij verzoeker aan de orde.
- In artikel 6.4 van de zorgverzekering is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar kan opzeggen, schorsen of ontbinden, indien de verzekerde opzettelijk inlichtingen of stukken die relevant zijn voor de uitvoering van de verzekering niet, niet volledig of onjuist verstrekt aan de ziektekostenverzekeraar. Niet valt in te zien waarom de ziektekostenverzekeraar een ruimere opzegmogelijkheid zou moeten toekomen dan de verzekeringnemer. De commissie concludeert dat de ziektekostenverzekeraar is tekortgeschoten in de nakoming van een verbintenis, te weten de verbintenis tot het vergoeden van kosten zoals telefonisch toegezegd, en dat dit de ontbinding vanwege wanprestatie met ingang van 1 augustus 2011 rechtvaardigt, aangezien ook aan de overige vereisten voor een ontbinding is voldaan.
- 9.11. Ontbinding brengt met zich dat de prestaties over en weer ongedaan gemaakt dienen te worden. Verzoeker heeft vanaf 1 september 2011 geen premie meer voldaan, zodat de premierestitutie beperkt blijft tot de maand augustus 2011. Voor zover de ziektekostenverzekeraar op grond van de overeenkomst is overgegaan tot vergoeding van ná 1 augustus 2011 gemaakte kosten, dient dit ongedaan te worden gemaakt. De eventuele gevolgen van het honoreren van dit deel van het verzoek, met name het ontstaan van een onverzekerde periode, komen voor risico van verzoeker.
- 9.12. Een en ander leidt ertoe dat de betalingsachterstand van verzoeker dient te worden gecorrigeerd. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 28 december 2011 medegedeeld dat verzoeker € 415,68 is verschuldigd ter zake van premie voor de periode van september 2011 tot en met december 2011, en € 154,32 ter zake van het restant eigen risico 2008 en 2009. Voornoemd premiebedrag kan thans niet langer van verzoeker worden gevorderd; anders is dit voor de € 154,32. Het staat de ziektekostenverzekeraar vrij zijn vordering dienaangaande te verrekenen met de uitkeringen aan verzoeker.

Conclusie

- 9.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen met betrekking tot de psychologische behandelingen, de alternatieve geneeswijzen en de beëindiging en de hieruit voortvloeiende gevolgen voor de premieachterstand, en voor het overige dient te worden afgewezen.
- 9.14. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze onder 9.13 omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 25 juli 2012,

Voorzitter