

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, tegen D en E, beide te F
Zaak : Alternatieve geneeswijzen, psychosociale therapie, telefonische toezegging
Zaaknummer : 2011.01958
Zittingsdatum : 16 mei 2012

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

1) D te F, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing. Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ComfortPlus 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 de kosten van psychosociale therapie (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsbericht van 10 mei 2011 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 brief van 25 juli 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 e-mail van 23 januari 2012 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).

3.5. 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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 maart 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 maart 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 april 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 april 2012 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft tot driemaal toe getracht verzoeker telefonisch te bereiken voor de hoorzitting. Omdat verzoeker niet bereikbaar was, heeft de commissie besloten de kwestie af te doen op basis van de in het dossier aanwezige stukken.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling van verzekerde telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar met de vraag of psychosociale therapie voor vergoeding in aanmerking komt. Hem is door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat deze kosten vallen onder de alternatieve geneeswijzen, en als zodanig worden vergoed. Deze toezegging is af te leiden uit de contactregistratie van de ziektekostenverzekeraar. Niet gezegd is dat de behandelaar dient te zijn aangesloten bij een erkende beroepsvereniging.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft nog aangevoerd dat op de website van de zorgverlener staat dat de kosten niet worden vergoed. Verzoeker is echter van mening dat aan de website van de zorgverlener geen rechten kunnen worden ontleend, terwijl dit wel het geval is bij telefonische mededelingen die zijn gedaan door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.3. 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 voert aan dat uit de contactregistratie niet is op te maken dat de toezegging is gedaan dat de behandelingen psychosociale therapie zijn aan te merken als alternatieve geneeswijzen en als zodanig zonder meer worden vergoed. De notitie van het gesprek luidt: "info vergoeding alternatieve geneeswijzen". Hieruit is niet op te maken dat een toezegging is gedaan en dat niet is gesproken over het al dan niet gecontracteerd zijn van de zorgverlener.
- 5.2. Bovendien is uit de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering af te leiden dat dit vereiste wordt gesteld, en is op de website van de betreffende zorgverlener vermeld dat door de ziektekostenverzekeraar van verzekerde geen vergoeding wordt verleend.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 16 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 in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

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

- 8.2. Artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt wanneer aanspraak bestaat op (kortdurende) psychosociale hulp en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving: kortdurende oncologische psychosociale hulp en psychosociale hulp ten behoeve van chronisch zieken.

Zorgverlening: instellingen die worden genoemd op www.ipso.nl of Simonton therapeuten, aangesloten bij het Gilde van Simonton therapeuten. (...)

ComfortPluspolis maximaal € 700,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.”

- 8.3. Artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op alternatieve geneeswijzen en overige psychische zorgverlening en luidt, voor zover hier van belang:

“2 Overige psychische zorgverlening

Omschrijving: gestalttherapie, haptotherapie, hypnotherapie, integratieve psychotherapie, lichaamsgerichte psychotherapie, postural integration en andere behandelvormen.

Zorgverlening: gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging/register genoemd in de lijst achterin deze polisvoorwaarden. (...)

75% tot maximaal € 600,- per verzekerde per kalenderjaar voor de onder 1 en 2 genoemde gezamenlijke kosten van consulten en behandeling van de genoemde alternatieve geneeswijzen en overige psychische zorgverlening. De vergoeding is inclusief de kosten van homeopathische geneesmiddelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HM hebben.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.1. Niet in geschil is dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de zorg zoals deze aan verzekerde is verleend, omdat de zorgverlener niet voldoet aan de vereisten zoals gesteld in de artikelen 9, inzake (kortdurende) psychosociale hulp, respectievelijk 10, inzake alternatieve geneeswijzen, van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Telefonische toezegging

- 9.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat hem, in afwijking van voornoemde verzekeringsvoorwaarden, telefonisch door een – niet bij naam genoemde – medewerker van de ziektekostenverzekeraar de mededeling is gedaan dat de kosten van de psychosociale therapie voor 75 percent worden vergoed met een maximum van € 600,-- ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie merkt op dat de telefoonnotitie van de ziektekostenverzekeraar aannemelijk maakt dat de mededeling waarop verzoeker zich beroept inderdaad is gedaan. Immers, genoemd percentage en het maximumbedrag worden genoemd in artikel 10, terwijl ook de notitie vermeldt dat is gesproken over een vergoeding voor alternatieve geneeswijzen. Gelet op het gegeven dat de vraag van verzoeker – naar door hem is gesteld en door de ziektekostenverzekeraar niet is bestreden – betrekking had op psychosociale zorg, heeft de betreffende medewerker verwezen naar het verkeerde artikel van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verwezen had moeten worden naar artikel 9 onder c. De commissie acht het daarom aannemelijk dat aan verzoeker onjuiste informatie is verstrekt, en is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de consequenties daarvan moet dragen.

Conclusie

- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 30 mei 2012,

Voorzitter