

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A, vertegenwoordigd door de heer B, beiden te C, tegen
D en E beide te F
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, alternatieve geneeswijzen,
psychosynthese
Zaaknummer : 2013.00724
Zittingsdatum : 15 januari 2014

1. Partijen

Mevrouw A, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer B, beiden te C,

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 kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgop-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil, en blijft om die reden verder onbesproken.

Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende verzekering Top Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) afgesloten.

De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Tandarts Collectief is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van behandelingen psychosynthese (hierna: de aanspraak). Bij brief van 23 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 5 februari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld de aanspraak gedeeltelijk in te willigen, in die zin dat de behandelingen in de periode van 1 januari 2013 tot en met 8 februari 2013 alsnog voor vergoeding in aanmerking komen.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft aangeboden een wijziging ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering te realiseren. Verzoekster heeft van dit aanbod geen gebruik gemaakt.

- 3.4. Bij brief van 7 juli 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 november 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 november 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 december 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 december 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. De onderneming van verzoekster is in staat van faillissement verklaard. Het faillissement is vervolgens omgezet in een traject Wet schuldsanering natuurlijke personen (hierna: Wsnp). In combinatie met het overlijden van haar moeder resulteerde dit in een overspannen situatie. Verzoekster zag zich genoodzaakt behandelingen psychosynthese te ondergaan. Deze behandelingen hebben een goed resultaat; verzoekster kan thans weer redelijk functioneren.
 - 4.2. Tot 1 januari 2013 werden de behandelingen psychosynthese vergoed door de ziektekostenverzekeraar. In januari 2013 werd verzoekster ineens geconfronteerd met het stopzetten van de vergoeding. Na een telefonische klacht kwam de ziektekostenverzekeraar haar gedeeltelijk tegemoet. De behandelingen in de periode van 1 januari 2013 tot 8 februari 2013 zijn alsnog vergoed. Hiermede is verzoekster echter maar ten dele geholpen. Het behandeltraject is namelijk voorlopig nog niet afgerond. De vergoeding is voor verzoekster van groot belang, gelet op het Wsnp-traject. Verzoekster voert aan dat zij zich, omwille van haar financiële situatie eind 2012, heeft beraden over de zorgverzekering en de aanvullende verzekeringen, en toen heeft besloten deze te continueren bij de ziektekostenverzekeraar.
 - 4.3. Verzoekster stelt dat lopende een behandeltraject geen wijzigingen in de vergoedingsregeling kunnen worden gerealiseerd. De ziektekostenverzekeraar voert als argument hiervoor aan dat de beroepsvereniging waarbij de behandelaar van verzoekster was aangesloten, is opgeheven. Hierdoor wordt niet langer voldaan aan de voorwaarden en is de vergoeding komen te vervallen. Verzoekster bestrijdt dit argument. Dat de beroepsvereniging is opgeheven komt niet voor haar risico en verantwoordelijkheid. Het feit is overigens wel aan haar gemeld door de behandelaar, maar zij kon de gevolgen hiervan, gezien haar psychische situatie, niet inschatten. De ziektekostenverzekeraar dient het gehele behandeltraject te vergoeden. Zonder deze vergoeding moeten de behandelingen worden gestaakt en dit heeft grote psychische

en financiële gevolgen.

4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor alternatieve zorg. De vergoeding voor alternatieve behandelingen bedraagt € 40,-- per behandeldag, en voor geneesmiddelen 100 percent van de kosten. De maximale vergoeding voor alternatieve behandelingen en geneesmiddelen samen bedraagt € 600,-- per jaar. Voorwaarde voor de vergoeding van alternatieve behandelingen is dat de betreffende zorgverlener lid dient te zijn van een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging.
- 5.2. De behandelaar van verzoekster was in 2012 lid van de Vereniging voor Psychosynthese Nederland. Dit was een door de ziektekostenverzekeraar erkende alternatieve beroepsvereniging. De behandelingen in 2012 werden dan ook als alternatieve behandelingen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed. Genoemde beroepsvereniging is met ingang van 1 januari 2013 opgeheven. De behandelaar van verzoekster is derhalve vanaf voornoemde datum geen lid meer van een erkende beroepsvereniging, hetgeen als gezegd een voorwaarde is voor vergoeding van alternatieve behandelingen. Om die reden komen de behandelingen die verzoekster ondergaat vanaf genoemde datum niet meer voor vergoeding in aanmerking.
- 5.3. Verzoekster is het niet eens met de beslissing de behandelingen psychosynthese met ingang van 1 januari 2013 niet langer te vergoeden, aangezien zij bezig is met een behandeltraject en dit wil afronden. De ziektekostenverzekeraar heeft begrip voor de situatie van verzoekster en is haar om die reden al financieel tegemoet gekomen. Dit is een coulancebeslissing. De behandelingen die verzoekster heeft gehad tussen 1 januari 2013 en 8 februari 2013 zijn vergoed volgens de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, als ware er nog sprake van een behandelaar die is aangesloten bij een erkende beroepsgroep.
- 5.4. Het is voorstelbaar dat het bijzonder vervelend is voor verzoekster om het behandeltraject tussentijds te stoppen, aangezien een behandelrelatie is opgebouwd en verzoekster baat heeft bij de behandeling. Voor een verdere coulancevergoeding is echter geen plaats. De verzekeringsvoorwaarden zijn helder.
- 5.5. Op basis van de vergoedingen in 2012 mocht verzoekster redelijkerwijs niet ervan uitgaan dat de nota's uit 2013 zonder meer zouden worden vergoed. Dit hangt immers af van de omstandigheid of de zorgverlener nog is aangesloten bij een erkende beroepsvereniging. Dat de beroepsvereniging van de behandelaar van verzoekster is opgeheven, ligt buiten de invloedssfeer van zowel verzoekster als de ziektekostenverzekeraar. Als de ziektekostenverzekeraar *zelf* ervoor had gekozen de beroepsgroep niet langer te erkennen was dit anders geweest.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat het de verantwoordelijkheid van de behandelaar was verzoekster eind 2012 te informeren dat de beroepsvereniging zou worden opgeheven, wetende dat dit voor haar financiële consequenties zou hebben. Zorgverleners zijn bovendien eerder op de hoogte van ontwikkelingen in de beroepsgroep.

- 5.7. Duidelijk is dat verzoekster nog steeds behoefte heeft aan psychologische ondersteuning. De ziektekostenverzekeraar wil deze zorg ook in 2013 graag voor haar vergoeden, voor zover daarvoor ruimte bestaat binnen de verzekeringsvoorwaarden. Verzoekster kan overstappen naar een behandelaar van een erkende alternatieve beroepsvereniging, dan wel naar een behandelaar binnen de reguliere eerstelijns of tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Tweedelijns geestelijke gezondheidszorg wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. Voor eerstelijns psychologische zorg bij een GZ-psycholoog worden vijf sessies vergoed ten laste van de zorgverzekering en daarna geldt een maximale vergoeding van € 920,- ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
Het is de ziektekostenverzekeraar niet bekend of de behandelaar van verzoekster zich kan aansluiten bij een andere erkende beroepsvereniging. Dit kan verzoekster het beste bij haar behandelaar navragen.
- 5.8. Verzoekster heeft indertijd de aanvullende ziektekostenverzekering voor het jaar 2013 verhoogd. Het is voorstelbaar dat zij dit heeft gedaan in verband met de geplande alternatieve behandelingen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster uit coulance aangeboden de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2013 te wijzigen, in die zin dat haar een verzekering wordt aangeboden die een lagere dekking biedt. Van dit aanbod is door verzoekster geen gebruik maakt.
- 5.9. De ziektekostenverzekeraar gaat er van uit dat verzoekster een zorgverlener vindt die haar goed helpt, en van wie de zorg kan worden vergoed. Overstappen naar een andere zorgverlener kost uiteraard extra tijd en energie. Hoewel de teleurstelling van verzoekster over de ontstane situatie invoelbaar is, ziet de ziektekostenverzekeraar helaas geen ruimte hierin meer voor haar te kunnen betekenen.
- 5.10. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.22. 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 is gehouden de behandelingen psychosynthese die hebben plaatsgevonden na 8 februari 2013 alsnog te vergoeden, 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 D.7. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van alternatieve zorg. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“D.7.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat behandelingen op basis van alternatieve therapieën.

D.7.1.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden behandelingen op basis van alternatieve geneeswijzen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

(...)

D.7.1.3. Voorwaarden

Algemeen

De zorg vindt plaats volgens de doelstellingen, behandelprotocollen en richtlijnen van de beroepsvereniging of het register, waarbij de behandelend zorgverlener is aangesloten.

Zorgverlener

De behandelingen worden uitsluitend gegeven door een therapeut alternatieve geneeswijzen of een arts alternatieve geneeswijzen:

- die als lid is ingeschreven bij een door ons erkende beroepsvereniging voor alternatieve geneeswijzen; of

- die is opgenomen in een door ons erkend register voor alternatieve geneeswijzen.

(...)”

- 8.3. In het Vergoedingen Overzicht is opgenomen dat voor alternatieve zorg maximaal € 600,-- per jaar wordt vergoed. Voor alternatieve behandelingen wordt maximaal € 40,-- per behandeldag vergoed, en alternatieve geneesmiddelen worden voor 100 percent vergoed.
9. Beoordeling van het geschil
- 9.1. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van alternatieve behandelingen. De vergoeding bedraagt maximaal € 40,-- per behandeldag, met een maximum van € 600,-- per jaar. Laatstgenoemd bedrag is inclusief de vergoeding voor alternatieve geneesmiddelen. Voorwaarden voor deze aanspraak zijn dat de zorg plaatsvindt volgens de doelstellingen, behandelprotocollen en richtlijnen van de beroepsvereniging of het register, waarbij de behandelend zorgverlener is aangesloten, en dat de behandelingen uitsluitend worden gegeven door een therapeut alternatieve geneeswijzen of een arts alternatieve geneeswijzen die als lid is ingeschreven bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging voor alternatieve geneeswijzen of die is opgenomen in een door de ziektekostenverzekeraar erkend register voor alternatieve geneeswijzen.
- 9.2. De behandelaar van verzoekster was in 2012 aangesloten bij de Vereniging voor Psychosynthese Nederland. Deze vereniging was een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging. Met ingang van 1 januari 2013 is deze beroepsvereniging opgeheven. Hierdoor wordt niet meer voldaan aan de voorwaarden zoals omschreven in artikel D.7.1.3. van de aanvullende ziektekostenverzekering. Derhalve heeft verzoekster met ingang van 1 januari 2013 geen aanspraak (meer) op vergoeding van de behandelingen psychosynthese ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.3. Door verzoekster is gesteld dat zij in 2012 een behandeltraject is gestart, en dat dit traject doorloopt in 2013. In 2012 werden de behandelingen vergoed, zodat zij er op mocht vertrouwen dat dit in 2013 ook het geval zou zijn. Het stopzetten van de vergoeding is daarom in strijd met de redelijkheid, aldus verzoekster. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.

- 9.4. Vastgesteld kan worden dat de eis van lidmaatschap van een beroepsvereniging voor alternatieve geneeswijzen niet met ingang van 1 januari 2013 is gewijzigd. Kosten van behandelingen, uitgevoerd door een zorgverlener die aan deze eis voldoet, worden derhalve, evenals in 2012, vergoed tot het in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen maximum. Het in afwijking van deze verzekeringsvoorwaarden vergoeden van de kosten van de onderhavige behandelingen zou feitelijk neerkomen op een verruiming van de dekking. Hiertoe bestaat geen aanleiding nu verzoekster door de zorgverlener is geïnformeerd over het opheffen van de beroepsvereniging waarbij hij was aangesloten met ingang van 1 januari 2013. Toepassing van de – op dit punt niet gewijzigde – voorwaarden leidt niet tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- 9.5. Verzoekster heeft verklaard dat zij zich eind 2012 heeft beraden over het aanhouden c.q. opzeggen van de zorgverzekering en de aanvullende verzekeringen. Zij heeft toen ook de dekking aangepast. Derhalve kan er van worden uitgegaan dat zij kennis droeg van de voorwaarden 2013. Na de mededeling van haar behandelaar dat de beroepsvereniging met ingang van 1 januari 2013 zou worden opgeheven, had verzoekster zich moeten realiseren dat dit gevolgen had voor de vergoeding van de behandeling. Het betreft hier een omstandigheid die voor haar rekening komt en die tot gevolg heeft dat de ziektekostenverzekeraar de kosten, verbonden aan de behandelingen na 1 januari 2013, niet voor zijn rekening hoeft te nemen. De commissie realiseert zich dat verzoekster in een lastige situatie verkeert. Dit kan echter niet leiden tot een ander oordeel.

Conclusie

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

Zeist, 15 januari 2014,

Voorzitter