

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D
Zaak : Geneeskundige GGZ, neurofeedback; paramedische zorg, fysio-
therapie, aanmelding CVZ, bestuurlijke boete, telefonische
toezegging
Zaaknummer : 2011.01347
Zittingsdatum : 16 mei 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008 en 2009, artt. 10, 11, 13 en paragraaf 3.3 Zvw, 2.1, 2.4, 2.6 en Bijlage 1 Bzv. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008 en 2009)

1. Partijen

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 kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Natura Polis (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 Aanvullende Extra Verzekering 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 successievelijk (i.) kwijtschelding van de eindafrekening van het CVZ van 18 januari 2011, (ii.) volledige vergoeding van de ondergane behandelingen neurofeedback door het EEG Resource Institute in 2008, en (iii.) vergoeding van de nota's met betrekking tot de in 2008 en 2009 ondergane fysiotherapie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 23 maart 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft – gezien het feit dat de procedure al in 2008 een aanvang heeft genomen en deze op 11 februari 2011 heeft geresulteerd een uitspraak van de rechtbank Rotterdam (zaaknummer 1095058) – aan de ziektekostenverzekeraar geen heroverweging van voormelde beslissing meer gevraagd.

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

3.4. Bij brief van 5 juni 2011 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 zorgverzekering dan wel 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 stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 februari 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 februari 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 27 februari en 26 maart 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 13 februari 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 14 maart 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012021029) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen voor zover het de vergoeding van de neurofeedback betreft, aangezien deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk bij de diagnose ADHD en daarmee geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering. Met betrekking tot de behandelingen fysiotherapie heeft het CVZ geadviseerd nader onderzoek te verrichten naar de indicatie. Een afschrift van het CVZ-advies is op 19 maart 2012 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 10 april 2012 respectievelijk 2 mei 2012 op het CVZ-advies gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de respectieve wederpartijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft sedert 2008 problemen met zijn ziektekostenverzekeraar, die als gevolg van diverse fusies van zijn administratie een onoverzichtelijke toestand maakt. Het gaat vooral om problemen met (de registratie van) de betaling van premie, het eigen risico en de zorgkosten. De ziektekostenverzekeraar heeft de rechtbank Rotterdam om een uitspraak verzocht. Op 11 februari 2011 heeft de rechtbank uitspraak gedaan, waarbij verzoeker in het gelijk is gesteld.
- 4.2. Na de uitspraak is verzoeker opnieuw in contact getreden met de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft verzocht alsnog uit te betalen (i.) de niet-vergoede kosten (1.929,80) voor 'neurofeedback-trainingen' en (ii.) de niet-vergoede kosten voor de manuele therapie (€ 778,20) in verband met het herstel van een viervoudige armfractuur omdat vergoeding werd geweigerd vanwege 'terugstelling' naar de zogeheten standaardpolis; een grond die naar nu blijkt onjuist is. Verder heeft hij verzocht (iii.) dat hij met terugwerkende kracht wordt verlost uit de relatie die met het CVZ/C.J.I.B. en vergoeding door de ziektekostenverzekeraar van de hieruit voortvloeiende meerkosten (€ 452,23).
- 4.3. Verzoeker stelt wat betreft de vergoeding van de 'neurofeedback-trainingen' dat hem door meerdere medewerkers van de ziektekostenverzekeraar een toezegging is gedaan. Op of omstreeks oktober 2007, twee keer in december 2007, in maart 2008, en in april 2008 is hem door verschillende met name genoemde medewerkers van de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat 'alles' voor vergoeding in aanmerking zou komen, dus zowel het onderzoek als de training. Hij kan derhalve geen genoegen

nemen met de reeds uitgekeerde € 515,20. Dit laat immers een restant van € 2.445,00 - € 515,20 = € 1.929,80 voor zijn rekening. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar ook deze kosten dient te vergoeden.

- 4.4. Verzoeker wenst verder dat de aanvullende verzekering wordt hersteld. Hij meent dat hij ten onrechte is teruggezet naar de basispolis, met als gevolg een lagere vergoeding. Bovendien heeft hij de premie daarvoor wel altijd voldaan.
- 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 ziektekostenverzekeraar stelt zich op het standpunt dat de neurofeedback-trainingen reeds zijn vergoed tot de maximale vergoedingslimiet. Het feit dat de aanvullende verzekering met ingang van 1 september 2008 werd ontbonden doet daar niets aan af. Uit de contactregistratie blijkt niet dat van enige toezegging sprake is geweest.
 - 5.2. Waar voorheen de vergoeding op grond van de AWBZ plaatsvond, is de fysiotherapie vanaf 1 januari 2008 – nu van een operatieve behandeling van een polsfractuur geen sprake is – gedurende zes maanden vergoed vanuit de basisverzekering. Op de vergoeding van 11 maart 2008 is een bedrag van € 62,11 met het wettelijk verplicht eigen risico verrekend. Daarnaast zijn in 2008 vier behandelingen uit de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed. Er is conform de geldende verzekeringsvoorwaarden een bedrag uitgekeerd van € 710,69.
In 2009 zijn voor deze zorg kosten gemaakt ter hoogte van € 110,70. Omdat echter de aanvullende verzekering niet kan worden hersteld zolang de achterstand in zorgkosten van € 454,65 niet is voldaan, kan het bedrag van € 110,70 niet ten laste van de aanvullende verzekering worden vergoed.
 - 5.3. Met betrekking tot de aanmelding bij het CVZ stelt de ziektekostenverzekeraar dat het niet binnen zijn macht ligt die met terugwerkende kracht te beëindigen. Wel zijn de meerkosten van de drie maanden bestuursrechtelijke premie-inning – een bedrag van in totaal € 122,31 - op 31 maart 2011 aan verzoeker vergoed. De overige kosten bestaan uit de (vervangende) maandpremie die verzoeker anders gewoon aan de ziektekostenverzekeraar had dienen te betalen. Verzoeker ondervindt derhalve geen nadeel meer over de periode dat hij bij het CVZ was aangemeld.
 - 5.4. Het herstel van de aanvullende ziektekostenverzekering kan niet worden afgedwongen op grond van de uitspraak van de rechtbank Rotterdam. Die zaak ging immers over de vordering met betrekking tot de jaren 2009 en 2010. Het wel of niet herstellen van de aanvullende ziektekostenverzekering staat daar los van.
 - 5.5. Overigens is de aanvullende verzekering in 2008 ontbonden omdat verzoeker de nota voor beweegzorg die de dekking te boven ging (€ 454,69) nimmer heeft betaald. Als de betreffende kosten worden voldaan, kan verzoeker met ingang van 1 januari 2012 weer een aanvullende verzekering afsluiten.

5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 zijn (i.) de niet-vergoede kosten (€ 1.929,80) voor 'neurofeedback-trainingen', (ii.) de niet-vergoede kosten voor de manuele therapie (€ 778,20), beide ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, en (iii.) de vraag of verzoeker met terugwerkende kracht kan worden verlost uit de relatie die met het CVZ/C.J.I.B. is ontstaan, alsmede of de hieruit voortvloeiende meerkosten (€ 452,23) door de ziektekostenverzekeraar dienen te worden vergoed.

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 door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 31 van de zorgverzekering 2008 bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige GGZ, eerstelijnspsychologische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op zorg van eerstelijnspsychologische zorg zo als klinisch psychologen deze plegen te bieden, tot ten hoogste acht zittingen per kalenderjaardonder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen

(...)”

Artikel 34 van de zorgverzekering 2008 bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden recht op paramedische zorg bestaat. Lid 2 van dat artikel bepaalt ten aanzien van behandelingen fysiotherapie – waaronder manuele therapie – voor verzekerden ouder van 18 jaar en ouder, het volgende:

“34.2 Voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voorzover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat niet de eerste 9 behandelingen.

(...)

Verwijzing door: behandelend arts of bedrijfsarts; verwijzing is niet noodzakelijk indien de

zorgverzekeraar een overeenkomst tot directe toegang heeft gesloten met de zorgaanbieder en een indicatie als genoemd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering op enig moment is vastgesteld door de behandelend arts.

Machtiging: als er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoening dient een machtiging te worden aangevraagd.

Bijzonderheden:

1. bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze modelovereenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook [website ziektekostenverzekeraar]; (...)

Voorts bepaalt artikel 2.2 van de zorgverzekering 2008 met betrekking tot de verzekerde prestaties:

“2.2 Medische noodzaak

Recht op zorg of vergoeding van kosten van zorg als vermeld in deze overeenkomst bestaat slechts indien en voor zover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De inhoud en omvang van de zorgvormen worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.”

- 8.3. De artikelen 2.2, 31 en 34 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar 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.
Geneeskundige GGZ is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv, paramedische zorg – waaronder fysiotherapie – is geregeld in artikel 2.6 Bzv en bijlage 1 Bzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Onder het kopje “Eerstelijnspsychologische zorg” van de aanvullende ziektekostenverzekering 2008 is bepaald dat aanspraak kan worden gemaakt op vier behandelingen eerstelijnspsychologische zorg zoals klinisch psychologen die bieden.

Voor zover hier van belang, luidt de eerste voorwaarde uit vorengenoemde bepaling:

“Er moet aanspraak bestaan op eerstelijnspsychologische zorg uit de standaardverzekering”

Onder het kopje “Fysiotherapie” van de aanvullende ziektekostenverzekering 2008 is bepaald dat aanspraak kan worden gemaakt op onder meer bewegingstherapie, waaronder mede wordt verstaan (ortho)manuele therapie.

Voor zover hier van belang, luidt vorengenoemde bepaling:

“Ten hoogste € 600,-- per kalenderjaar”

Onder het kopje “Therapieën” van de aanvullende ziektekostenverzekering 2009 is bepaald dat aanspraak kan worden gemaakt op onder meer bewegingstherapie, waaronder mede wordt verstaan (ortho)manuele therapie.

- 8.7. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is. Voor zover hier van belang, luidt laatstgenoemd artikel als volgt:

“Artikel 16

1. *Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.*
2. *In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid:*
a. *is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;*
b. *is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d, eerste lid.”*Artikel 18d Zvw regelt de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie aan het CVZ. Voor zover hier van belang, luidt artikel 18d Zvw als volgt:

“Artikel 18d

1. *De verzekeringnemer is aan het College zorgverzekeringen een bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin dat college de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen tot de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin de datum, bedoeld in het derde lid, ligt.*
2. *De bestuursrechtelijke premie bedraagt per maand 130% van de tot een maandbedrag herleide standaardpremie, bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag.*
3. *De zorgverzekeraar stelt het College zorgverzekeringen, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, met het oog op de toepassing van het eerste lid onverwijld op de hoogte van de datum waarop:*
a. *de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan,*
b. *de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt, of*
c. *door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt.*
4. *In afwijking van het eerste tot en met derde lid, is de verzekeringnemer wederom aan het College zorgverzekeringen bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand:*
a. *waarin de toepassing van de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op grond van artikel 350, derde lid, onderdeel c, d, e, f, of g, van de Faillissementswet, is beëindigd;*
b. *waarin hij zich, blijkens een mede door de schuldhulpverlener ondertekende melding van zijn zorgverzekeraar, aan deelname aan de in het derde lid, onderdeel c, bedoelde regeling heeft onttrokken voordat hij de in die regeling neergelegde afspraken jegens zijn zorgverzekeraar volledig is nagekomen.”*

9. Beoordeling van het geschil

Manuele therapie en de aanvullende ziektekostenverzekering 2009

- 9.1. Onweersproken is de vergoeding van fysiotherapie in de vorm van manuele therapie ter nabehandeling van een conservatief behandelde armfractuur gedurende zes maanden in 2008 ten laste van de zorgverzekering. Eveneens onweersproken is de vergoeding van de behandelingen bewegingstherapie tot maximaal € 600,00 in 2008 ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, waarna het maximum voor dat jaar is bereikt.

- 9.2. Wat partijen verdeeld houdt is de vergoeding van € 110,70 voor behandelingen manuele therapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering 2009. Verzoeker is van oordeel dat de aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte is beëindigd, hetgeen gevolgen heeft voor de vergoeding. Bovendien heeft hij de premie voor deze verzekering wel altijd voldaan. De ziektekostenverzekeraar stelt dat van herstel van de aanvullende verzekering met terugwerkende kracht tot 1 augustus 2008 geen sprake kan zijn zolang het openstaande saldo aan zorgkosten ter grootte van € 454,65 niet wordt betaald.
- 9.3. Dienaangaande oordeelt de commissie als volgt. Uit de uitspraak van de rechtbank Rotterdam, sector kanton, van 11 februari 2011 (met name r.o. 5.3.2) blijkt dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft aangetoond dat aan verzoeker een aanmaning is verzonden op grond waarvan de aanvullende ziektekostenverzekering beëindigd had kunnen worden. De rechtbank overweegt in dat verband (waarmee met : gedaagde" wordt bedoeld op verzoeker en met "eiseres" op de ziektekostenverzekeraar):
- "Nu niet is aangetoond dat gedaagde in juli 2009 [naar de commissie aanneemt is bedoeld: 2008] een dergelijke aanmaning heeft gekregen staat niet vast dat eiseres heeft voldaan aan art. 3.6 van de door haar in het geding gebrachte zorgverzekeringsovereenkomst."*
- 9.4. Gelet op het in de procedure door de ziektekostenverzekeraar gevorderde bedrag van minder dan € 1.750,- kan tegen het desbetreffende vonnis geen hoger beroep worden ingesteld. Dientengevolge heeft het vonnis gezag van gewijsde gekregen en mag de commissie ervan uitgaan dat – nu door de rechtbank Rotterdam is vastgesteld dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft voldaan aan de eisen voor een tussentijdse beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering – de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering geen effect heeft gehad en dat deze verzekering ook na 1 augustus 2008 ongewijzigd is voortgezet.
- 9.5. Voortzetting van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft als consequentie dat verzoeker (i) de voor deze verzekering verschuldigde premie dient te voldoen, voor zover hij dit nog niet heeft gedaan, en (ii) dat verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van € 110,70 voor behandelingen manuele therapie ten laste van de aanvullende verzekering 2009. De ziektekostenverzekeraar mag laatstgenoemde bedrag verrekenen met de nog openstaande premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering vanaf 1 augustus 2008.
- 9.6. Met betrekking tot de vorengenoemde vordering ter hoogte van € 454,65 voor zorgkosten, welke vordering door de ziektekostenverzekeraar thans wordt aangevoerd als reden om niet tot herstel van de aanvullende ziektekostenverzekering over te gaan – hetgeen de facto niet nodig is omdat deze verzekering de jure nimmer is beëindigd –, oordeelt de commissie dat deze vordering niet voldoende gespecificeerd is. Om die reden gaat de commissie aan deze vordering voorbij, waarbij ook niet moet worden uitgesloten dat deze vordering reeds geheel of gedeeltelijk aan de orde is geweest in de procedure ten overstaan van de kantonrechter te Rotterdam, welke procedure is geëindigd met een voor de ziektekostenverzekeraar als eiseres afwijzend – en inmiddels in kracht van gewijsde gegaan – vonnis van 11 februari 2011.

Ten onrechte aanmelding CVZ en bestuurlijke boete

- 9.7. Uit meergenoemd vonnis van de kantonrechter te Rotterdam blijkt voorts dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker ten onrechte heeft aangemeld bij het CVZ. Om die reden is de ziektekostenverzekeraar in beginsel gehouden verzoeker met terugwerkende kracht bij het CVZ af te melden. Indien afmelding met terugwerkende kracht, zoals de ziektekostenverzekeraar stelt, niet (meer) mogelijk blijkt te zijn, is de ziektekostenverzekeraar gehouden, *alle* voor verzoeker met de onterechte aanmelding gepaard gaande financiële gevolgen ongedaan te maken, en niet uitsluitend de kosten van het premieverschil en bestuurlijke boete.
- 9.8. Het laatste betekent dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden al hetgeen door of namens het CVZ in het kader van de bestuursrechtelijke premieheffing als bedoeld in artikel 18d Zvw is geheven. Verder is de ziektekostenverzekeraar evenzeer gehouden de door de incassogemachtigde van het CVZ bij verzoeker in rekening gebrachte incassokosten en rente te vergoeden.
- 9.9. Daartegenover dient verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar alsnog te voldoen de nominale premie voor de zorgverzekering over het tijdvak dat sprake is geweest van de bestuursrechtelijke premieheffing door het CVZ. Immers, ingevolge artikel 16 lid 2 onder b Zvw is aan de ziektekostenverzekeraar geen premie verschuldigd gedurende de periode dat een bestuursrechtelijke premie verschuldigd is. De ziektekostenverzekeraar mag overgaan tot verrekening van vorenbedoeld premieverschil en de bestuursrechtelijke boete – alleen voor zover deze door hem daadwerkelijk wordt vergoed – en de door verzoeker over die periode nog te betalen nominale premie.

Neurofeedback-trainingen 2008

- 9.10. Met betrekking tot de niet-vergoede kosten (€ 1.929,80) voor 'neurofeedback-trainingen' oordeelt de commissie als volgt. Uit het advies van het CVZ blijkt dat de behandelingen neurofeedback bij de diagnose ADHD niet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie zijn op grond van de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt die tot de haren, hetgeen ertoe leidt dat deze zorg niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking komt, waaraan niet afdoet dat het de ziektekostenverzekeraar vrijstaat – gelijk zij heeft gedaan – om toch tot gehele of gedeeltelijke vergoeding over te gaan.

Telefonische toezegging

- 9.11. Verzoeker heeft voorts gesteld dat op of omstreeks oktober 2007, twee keer in december 2007, in maart 2008, en in april 2008 hem door verschillende met name genoemde medewerkers van de ziektekostenverzekeraar is medegedeeld dat 'alles' voor vergoeding in aanmerking zou komen, dus zowel het onderzoek als de training. Verzoeker heeft dit aldus begrepen dat de kosten van de behandelingen neurofeedback zouden worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar betwist deze toezegging niet, maar stelt – zonder nadere onderbouwing - dat bij hem slechts één contactmoment gedurende die periode is geregistreerd. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.

- 9.12. In de procedure is door de ziektekostenverzekeraar onvoldoende weersproken dat verzoeker, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een telefonische toezegging is gedaan, inhoudende dat de onderhavige kosten zouden worden vergoed. Daarbij hecht de commissie in het bijzonder belang aan het feit dat door verzoeker is aangegeven wanneer en met wie hij heeft gesproken. Gezien het voorgaande dient de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker de – resterende – nota van € 1.929,80 volledig te vergoeden, onder aftrek van eventuele vorderingen voor zover die na verrekening van de financiële gevolgen van vorenstaande punten (de manuele therapie en de onterechte aanmelding bij het CVZ) nog bestaan.

Conclusie

- 9.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen ,met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.5, 9.6, 9.10 en 9.12.
- 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 met inachtneming van hetgeen onder 9.13 is overwogen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 30 mei 2012,

Voorzitter