



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D, vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg, gewekt vertrouwen
Zaaknummer : 201302744
Zittingsdatum : 9 juli 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013-2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013-2014)

1. Partijen

De heer 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 grond van 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 Model D afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Tand € 1850,00 excl. techniekkosten is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van behandelingen systeemtherapie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 juni 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat voor de eerste twee behandelingen € 210,- wordt vergoed, en bij brieven van 28 juni 2013, 18 juli 2013 en 2 augustus 2013 dat vergoeding van de volgende behandelingen is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 1 oktober 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten verzoeker een coulancevergoeding van € 400,- te verlenen.
- 3.4. Bij brief van 8 maart 2014 heeft verzoeker 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 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 22 april 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 april 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 19 mei 2014 telefonisch medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 juli 2014 telefonisch medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 23 april 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 16 mei 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014055970) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen ingeval niet wordt voldaan aan de polisvoorwaarden. Het is aan de ziektekostenverzekeraar om te beoordelen of de zorgverlener voldoet aan de in de polisvoorwaarden stelde eisen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 17 juni 2014 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 juli 2014 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 11 juli 2014 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 18 juli 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft in 2013 in verband met psychische problemen via zijn huisarts de hulp ingeroepen van een systeemtherapeut. Deze systeemtherapeut heeft hem in 2011 eveneens adequate kortdurende hulp geboden voor dezelfde problematiek. Verzoeker had daarom veel vertrouwen in deze zorgverlener. Na het declareren van de eerste twee behandelingen systeemtherapie, ontving verzoeker volledige vergoeding van de ziektekostenverzekeraar. De volgende declaratie werd echter afgewezen met als reden dat de alternatieve therapeut niet geregistreerd staat bij een vereniging die op de ledenlijst alternatieve geneeswijzen is vermeld. Hierop heeft verzoeker een volgende declaratie ingediend, vergezeld van een uitgebreide toelichting en een verklaring van de systeemtherapeut. De ziektekostenverzekeraar wees vergoeding van deze declaratie af op de grond dat de zorgverlener niet voorkomt op de ledenlijst alternatieve geneeswijzen. De volgende declaratie werd afgewezen op de grond dat de behandelend zorgverlener niet is geregistreerd. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar niet ingaat op de door hem verstrekte uitgebreide toelichting en daarnaast de afwijzingsgrond wijzigt. De systeemtherapeut wordt door de ziektekostenverzekeraar aangemerkt als alternatief genezer. Dit is echter niet juist, aangezien deze zorgverlener zijn sporen ruimschoots heeft verdiend. Voorts voert verzoeker aan dat het onbegrijpelijk is dat de behandelingen door de systeemtherapeut in 2011, en de eerste twee behandelingen in 2013, wel volledig zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar, terwijl thans vergoeding van de vervolghandelingen wordt afgewezen. De gebrekkige motivering van deze afwijzing en het wisselen van afwijzingsgrond zijn ontoelaatbaar.
- 4.2. Verzoeker is verheugd dat de ziektekostenverzekeraar na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft besloten hem een aanvullende vergoeding van € 400,- te verlenen. Volgens de ziektekostenverzekeraar is sprake van een coulancevergoeding. Verzoeker neemt afstand van de aanduiding "coulance", aangezien hij ingevolge de polisvoorwaarden recht heeft op vergoeding. Daarbij is het bedrag niet toereikend. De behandelingen door de systeemtherapeut zijn gecontinueerd. Een eenmalige vergoeding is niet op zijn plaats. Verzoeker vordert daarom vergoeding van alle behandelingen die hij heeft ondergaan en nog zal ondergaan.

- 4.3. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts is door hem ter aanvulling aangevoerd dat sprake is geweest van één, doorlopende, behandeling, die is afgerond in februari 2014. Dat de vergoeding hiervan tussentijds is stopgezet, is nimmer aan verzoeker medegedeeld. De coulancevergoeding van € 400,- is een hautaine geste van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Op grond van artikel 18.7 van de zorgverzekering (2013) bestaat aanspraak op eerstelijns psychologische zorg. De zorg dient te worden verleend door een eerstelijnspsycholoog. De systeemtherapeut waar verzoeker onder behandeling is, is geen eerstelijnspsycholoog. De behandelingen systeemtherapie komen derhalve niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Verzoeker heeft naar aanleiding van de afwijzing van de vergoeding een klacht ingediend, waarbij een uitgebreide toelichting van de behandelend systeemtherapeut was gevoegd. De ziektekostenverzekeraar heeft in vervolg hierop een herbeoordeling uitgevoerd. De uitkomst hiervan was dat de afwijzing voor de vergoeding van de behandelingen systeemtherapie gehandhaafd blijft. De ziektekostenverzekeraar biedt zijn excuses aan voor het feit dat de toelichting op de uitkeringspecificaties summier is.
- 5.2. Artikel 9.8 van de aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van consulten door een arts alternatieve geneeswijzen dan wel een therapeut die lid is van een beroepsvereniging. De lijst van erkende beroepsverenigingen is te raadplegen via de website van de ziektekostenverzekeraar. De behandelend systeemtherapeut van verzoeker heeft verklaard geen alternatief arts/therapeut te zijn. Derhalve komen de nota's van de behandelingen niet voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking.
- 5.3. Voor de behandelingen die hebben plaatsgevonden op 23 en 31 mei 2013 is verzoeker ten onrechte een vergoeding verleend van € 210,-. Deze vergoeding wordt niet teruggevorderd, maar hieraan kunnen geen verdergaande rechten worden ontleend.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat door de vergoeding van de eerste twee behandelingen in 2013 bij verzoeker de verwachting is gewekt dat ook de vervolgbehandelingen bij de systeemtherapeut voor vergoeding in aanmerking komen. Om die reden is besloten aan verzoeker een coulancevergoeding van € 400,- te verlenen. Ook aan deze vergoeding kunnen geen rechten worden ontleend voor de toekomst. Het is begrijpelijk dat verzoeker ervoor heeft gekozen de behandelingen voort te zetten, maar deze worden niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de behandelingen in eerste instantie zijn aangemerkt als alternatieve therapie. Dit is de reden dat een vergoeding is verleend.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 17 van de zorgverzekering (2013-2014) en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2013-2014) 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 aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18 tot en met 20 (2013-2014) van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 18.7 van de zorgverzekering (2013) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op eerstelijnspsychologische zorg (GGZ) bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"18.7.1 a Voor de eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ, is een verwijzing noodzakelijk door de huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts of medisch-specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.

(...)

18.7.2 Aanspraak bestaat op eerstelijns psychologische zorg door een gecontracteerde gezondheidszorgpsycholoog en/of gecontracteerde eerstelijnspsycholoog en/of gecontracteerde kinder- en jeugdpsycholoog en/of gecontracteerde orthopedagoog-generalist. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden, met dien verstande dat:

a de zorg ten hoogste vijf zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar omvat;

b voor eerstelijnspsychologische zorg de verzekerde een eigen bijdrage van € 20,- per zitting betaalt. (...)"

Artikel 18.7 van de zorgverzekering (2014) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op generalistische basis GGZ bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

"18.7.1 Algemeen

De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters, zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. De zorg is gericht op de behandeling van een psychische stoornis of aandoening, dan wel op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis of aandoening, niet zijnde gespecialiseerde GGZ. De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg is gehouden aan hetgeen in de artikelen 2 lid 4 en 5 is omschreven. (...)

18.7.2 Verwijzing

a Voor de Generalistische Basis GGZ, niet-specialistische GGZ, is een verwijsbrief noodzakelijk van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.

(...)

18.7.3 Hoofdbehandelaar

a Hoofdbehandelaar

Een hoofdbehandelaar is de eindverantwoordelijke voor de behandeling en heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is. De hoofdbehandelaar is direct betrokken bij de diagnostiek en behandeling. Onder een hoofdbehandelaar verstaan wij hier een gecontracteerde gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, psychiater, zenuwarts, klinisch psycholoog of een verpleegkundig specialist die werkzaam is in een instelling (voor het product Basis GGZ 'Chronisch', zie lid 4). En voor jeugdigen een gecontracteerde Kinder- en Jeugdpsycholoog en orthopedagoog-generalist.

b Medebehandelaren GGZ

Medebehandelaren werken onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar en zijn met hun taakbetrekking opgenomen in de CONO-beroepentabel voor de GGZ.

c GGZ-instelling

De GGZ-instelling dient te beschikken over een WTZi-toelating en voldoet aan de door de WTZi gestelde voorwaarden. Een geneesheerdirecteur is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de verleende zorg, waarvan de criteria zijn omschreven in een inzichtelijk kwaliteitshandboek en protocollering de taakafbakening van de bij de behandeling betrokken deskundigen omschrijft.

18.7.4 Aanspraak

Aanspraak bestaat op (de vergoeding van kosten van) Generalistische Basis GGZ. Hieronder wordt o.a. eerstelijns psychologische zorg verstaan. (...) De Generalistische Basis GGZ kent 4 prestaties en een transitieprestatie, zijnde Basis GGZ Kort, Basis GGZ Middel, Basis GGZ Intensief en Basis GGZ Chronisch.

18.7.5 Uitgesloten behandelingen:

Door het CVZ is aangemerkt dat onder andere deze zorg niet-verzekerde zorg is op grond van de Zorgverzekeringswet:

Hulp bij werk- en relatieproblemen, de behandeling van aanpassingsstoornissen, psychosociale hulp, zorg bij leer- en ontwikkelingsstoornissen waaronder dyslexie, zelfhulp, het toeleiden naar zorg, neurofeedback, psychoanalyse, intelligentieonderzoek, schoolpsychologische zorg, medisch psychologische zorg, begeleiding van niet-geneeskundige aard, zoals trainingen, cursussen en hulp bij opvoeding."

- 8.4. Artikel 18.7 van de zorgverzekering (2013-2014) is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering (2013-2014) 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.
- 8.6. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereuleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7. Artikel 9.7 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2013) regelt de aanspraak op eerstelijns psychologische zorg en luidt, voor zover hier van belang:

"Vergoed worden de kosten van eerstelijns psychologische zorg vanaf de 6e zitting. Onder eerstelijns psychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe, matig ernstige psychische en psychosociale problematiek. De eerstelijns psychologische zorg wordt verleend door een gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijns psycholoog of klinisch psycholoog. (...)"

- 8.8. Artikel 9.8 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2013) regelt de aanspraak op alternatieve geneeswijzen. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"Vergoed worden de kosten van alternatieve geneeswijzen en geneesmiddelen tezamen tot maximaal € 400,00 per kalenderjaar.

9.8.1 Alternatieve geneeswijzen

Vergoed worden de kosten van behandelingen op basis van alternatieve therapieën. Voorwaarden voor deze vergoeding:

- * de behandeling wordt gegeven door een arts voor alternatieve geneeswijzen, of*
- * de behandeling wordt gegeven door een therapeut die geen arts is, maar wel lid is van een beroepsvereniging die naar mening van de verzekeraar voldoende kwaliteit waarborgt, of*
- * de behandeling wordt gegeven door een therapeut die geen arts is, maar wel is ingeschreven in een register voor alternatieve geneeswijzen dat naar mening van de verzekeraar voldoende kwaliteit waarborgt. (...)"*

Artikel 9.7 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2014) is gelijkloidend.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt in 2013 aanspraak op eerstelijnspsychologische zorg indien deze wordt verleend door - voor zover hier relevant - een gezondheidszorgpsycholoog of een eerstelijnspsycholoog. Voor het jaar 2014 bestaat aanspraak op generalistische basis geestelijke gezondheidszorg indien een hoofdbehandelaar, zijnde een gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, psychiater, zenuwarts of klinisch psycholoog, direct betrokken is bij de diagnostiek en behandeling.

Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker een indicatie heeft voor eerstelijnspsychologische zorg/generalistische basis geestelijke gezondheidszorg. Hetgeen partijen verdeeld houdt is of de zorg is verleend door een zorgverlener als bedoeld in voornoemde verzekeringsvoorwaarden.

De behandelaar van verzoeker is een systeemtherapeut die niet BIG-geregistreerd is.

Nu niet is voldaan aan de voorwaarden, heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van de behandelingen systeemtherapie ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering bood in 2013 aanspraak op eerstelijns psychologische zorg. Deze zorg dient te worden verleend door een gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijns psycholoog of klinisch psycholoog. Onder 9.1 is vastgesteld dat de behandelaar van verzoeker een systeemtherapeut is, die niet BIG-geregistreerd is. Derhalve wordt niet voldaan aan de voorwaarden en bestaat geen aanspraak op vergoeding van de behandelingen systeemtherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (2013).

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering (2013-2014) biedt voorts aanspraak op alternatieve geneeswijzen. De behandelingen op basis van alternatieve therapieën dienen te worden gegeven door (i) een arts voor alternatieve geneeswijzen, (ii) een therapeut die lid is van een beroepsvereniging die naar de mening van de ziektekostenverzekeraar voldoende kwaliteit waarborgt, of (iii) een therapeut die is ingeschreven in een register voor alternatieve geneeswijzen dat naar de mening van de ziektekostenverzekeraar voldoende kwaliteit waarborgt. Door de behandelend systeemtherapeut van verzoeker is verklaard dat hij geen alternatief arts is. Voorts is hij als therapeut geen lid van een beroepsvereniging of ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 9.8.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker had dit, nu hij bekend was met de kwaliteit van de behandelaar, op basis van de polisvoorwaarden ook zelf kunnen vaststellen. Derhalve bestaat geen aanspraak op vergoeding van de behandelingen systeemtherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (2013-2014).

Werking privaatrecht

- 9.4. Verzoeker stelt dat door de ziektekostenverzekeraar de indruk is gewekt dat de vervolgbehandelingen systeemtherapie voor vergoeding in aanmerking zouden komen, aangezien de behandelingen in 2011 en de eerste twee behandelingen in 2013 wel zijn vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft zulks bestreden; de eerste twee behandelingen systeemtherapie in 2013 zijn ten onrechte vergoed en de vervolgbehandelingen komen niet voor vergoeding in aanmerking. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 9.5. Vooropgesteld dient te worden dat een verzekerde bekend mag worden verondersteld met de geldende polisvoorwaarden. Bij eventuele onduidelijkheid ligt het op de weg van verzekerde navraag te doen; een actieve houding mag van hem worden verwacht.

Verzoeker is vanaf 23 mei 2013 onder behandeling bij een systeemtherapeut. Eerst bij bericht van 28 juni 2013 is hij door de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd dat de behandelingen systeemtherapie niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering dan wel aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking komen. Indien de polisvoorwaarden voor hem niet helder waren ten aanzien van het recht op vergoeding, had verzoeker contact kunnen opnemen met de ziektekostenverzekeraar teneinde hierover duidelijkheid te verkrijgen. Niet gebleken is dat dit is gebeurd.

Dat de eerste twee behandelingen systeemtherapie in 2013 volledig zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar doet aan het voorgaande niets af. Verzoeker wist, althans behoorde te weten, dat deze beide behandelingen niet

voor vergoeding op grond van de polisvoorwaarden in aanmerking kwamen. Dat desondanks tóch een vergoeding werd verleend, had voor hem aanleiding kunnen zijn contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar. Ook daarvan is echter niet gebleken.

Derhalve mocht verzoeker er niet gerechtvaardigd op vertrouwen dat de (vervolg)behandelingen systeemtherapie voor vergoeding in aanmerking zouden komen.

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, 23 juli 2014,

Voorzitter