



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D en E te F, vertegenwoordigd door G te H  
Zaak : Geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg, EuroPsyche  
Zaaknummer : 201303319  
Zittingsdatum : 19 november 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011 en 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011 en 2012)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen, de ziektekostenverzekeraar, in dezen vertegenwoordigd door G te H

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het [naam ziektekostenverzekeraar] Keuze Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullende verzekering Extra 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 afgesloten aanvullende verzekeringen Aanvullende verzekering T Extra en Collectief Aanvullend Pallet (C.A.P.) zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

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 een ambulante behandeling bij praktijk Stretch Your Mind (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 4 januari en 16 mei 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 3 juni 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 brief van 16 mei 2014 heeft verzoekster 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 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 16 juli 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 juli 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft het haar toegestuurde antwoordformulier - ook na een herinnering - niet aan de commissie geretourneerd. Verzoekster is daarom door de commissie uitgenodigd om de hoorzitting in persoon bij te wonen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 oktober 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 21 juli 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 28 juli 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014093447) de commissie medegedeeld dat het voorliggende geschil geen betrekking heeft op de te verzekeren prestaties en dat daarom in de onderhavige kwestie geen advies zal worden uitgebracht. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar is op 19 november 2014 telefonisch gehoord. Verzoekster is - hoewel daartoe op de juiste wijze te zijn uitgenodigd - niet ter zitting verschenen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster is door de huisarts verwezen naar de praktijk Strech Your Mind voor "psychotherapeutische 2de lijns behandelings ivm u bekende klachten".
- 4.2. Verzoekster is onder behandeling geweest bij de praktijk Stretch Your Mind van 20 december 2011 tot en met 27 april 2012. De zorgverlener heeft voor de genoten zorg een bedrag van € 1.979,39 in rekening gebracht bij verzoekster. Zowel op de eerste betalingsherinnering van 18 april 2013 als de gecorrigeerde factuur van 20 april 2013 heeft de zorgverlener vermeld dat voornoemd bedrag betrekking heeft op "Therapie conform Behandelovereenkomst over de periode: Begindatum 20 december 2011 t/m einddatum 27 april 2012. Productgroep / DBC code: 000072, Ambulant, vanaf 800 minuten t/m 1799 minuten, Variant 1 Op basis van geregistreerde tijden dd. 27 april 2012: 945 minuten (vlg. Tariefbeschikking DBC GGZ TB/CU-5061-01 NZA)". Op deze factuur is de AGB-code 73:731218 vermeld. Voorts is vermeld dat de behandeling is uitgevoerd onder de raamovereenkomst met de GGZ-instelling EuroPsyche.
- 4.3. Na het faillissement van Stichting EuroPsyche (hierna: EuroPsyche) op 5 juni 2012 is door de verantwoordelijke curator aan de onderhavige zorgverlener het zogenoemde "zelfstandig declaratierecht" overgedragen. Op de gecorrigeerde factuur staan de gegevens van een "eindverantwoordelijke professional + behandelaar" vermeld. Deze persoon is psychiater en heeft de factuur (mede)ondertekend. Voorts is vermeld dat de psychiater de "Diagnose eindverantwoordelijke" is.
- 4.4. Verzoekster stelt dat de kosten van behandeling door de erkende GGZ-instelling EuroPsyche ten tijde van de aanvang van haar behandeling door alle zorgverzekeraars werden vergoed, ook door de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster benadrukt dat zij in behandeling is gegaan op basis van een verwijzing van de huisarts en in de wetenschap dat voor de onderhavige kosten vergoeding zou worden verleend. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar destijds telefonisch bevestigd dat de onderhavige kosten zouden worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft haar nooit medegedeeld dat de kosten van deze behandeling niet meer voor vergoeding in aanmerking

komen. Dit heeft verzoekster pas veel later - na afronding van de behandeling - vernomen. De ziektekostenverzekeraar had haar onmiddellijk moeten informeren over zijn voornemen de behandelingen in de toekomst niet meer te vergoeden. Dit had hij volgens verzoekster voorafgaand aan de behandeling en het ondertekenen van de behandelovereenkomst moeten doen. De ziektekostenverzekeraar heeft haar evenmin medegedeeld dat de factuur pas aan het eind van de behandeling zou worden opgemaakt.

Het is verzoekster bekend dat andere cliënten van EuroPsyche, die ook verzekerd zijn bij de ziektekostenverzekeraar, de kosten van een behandeling over hetzelfde tijdvak wél vergoed hebben gekregen. Er is dus niet alleen sprake van een schending van het gerechtvaardigd vertrouwen, maar ook van het niet tijdig informeren over gewijzigd beleid door de ziektekostenverzekeraar, en van willekeur.

- 4.5. Door het gekozen systeem van de verzekeraars bij GGZ-zorg, waarbij niet is voorgeschreven dat de verzekerde voorafgaand toestemming dient te vragen, en waarbij pas na afloop van de behandeling een factuur wordt verzonden, is verzoekster - als patiënt - altijd de dupe als blijkt dat de behandeling of de zorgverlener niet onder de aanspraken van de polis valt. De ziektekostenverzekeraar, die bekend was met EuroPsyche en de praktijk Stretch Your Mind, heeft in het verleden de kosten hiervan vergoed, en wist dus met welke partijen hij te maken had. Als de ziektekostenverzekeraar bezwaar had tegen deze partijen, had hij dit eerder kenbaar moeten maken aan zijn verzekerden. Bovendien kent de ziektekostenverzekeraar de declaratiesystematiek. Hij wist dus dat een wijziging in het vergoedingenbeleid minimaal één jaar (dit is de maximale duur van een DBC) van tevoren moet worden aangekondigd om problemen - zoals deze nu zijn ontstaan - te voorkomen. De ziektekostenverzekeraar heeft een bestendige gedragslijn losgelaten en is ernstig nalatig geweest door er geen rekening mee te houden dat verzoekster hierdoor schade ondervindt.
- 4.6. Verzoekster verwijst naar het bindend advies van de commissie (GcZ 6 maart 2013, 2012.01956), waarin de commissie heeft opgemerkt dat het de keuze van de ziektekostenverzekeraar is geweest EuroPsyche voor de onderhavige zorg te contracteren. Verder is hierin bepaald dat: "Aangezien de kosten op grond van de verzekeringsvoorwaarden voor zijn rekening blijven, lijdt verzoeker schade. Deze schade is een rechtstreeks gevolg van het handelen of nalaten van de ziektekostenverzekeraar, en laatstgenoemde is hiervoor dan ook aansprakelijk." Verzoekster merkt op dat - wat ook de gronden van de ziektekostenverzekeraar voor de onderhavige maatregel zijn geweest - zij erop mag vertrouwen dat de ziektekostenverzekeraar haar tijdig informeert als een maatregel zulke vèrstrekkende gevolgen voor haar als verzekerde heeft.
- 4.7. Verzoekster maakt zich grote zorgen. Zij beschikt niet over de financiële middelen om de nota te voldoen. Zij vindt het onvoorstelbaar dat zij deze nu zelf moet betalen. Zij heeft vernomen dat er twee vonnissen zijn waarin is gesteld dat de cliënt verantwoordelijk is voor de betaling aan de behandelaar.
- 4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De rechtbank Breda heeft in een kort geding op 16 mei 2012 bepaald dat de declaraties van EuroPsyche voor tweedelijns psychologische zorg niet hoeven te worden uitbetaald door de zorgverzekeraars, omdat deze declaraties niet voldoen aan de polisvoorwaarden. Het gaat om zorg die in strijd met de voorwaarden niet is voorgeschreven en/of verleend door een psychiater, maar bijvoorbeeld door een verpleegkundige of psycholoog.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft eerst op 27 december 2012 de nota van € 1.979,39 ontvangen. Dit was ongeveer acht maanden nadat de behandeling was afgerond. Doordat de ziektekostenverzekeraar vóór de ontvangst van deze nota niet op de hoogte was van de behandeling, was het onmogelijk verzoekster eerder te informeren over het wel of niet vergoeden van de kosten hiervan.

- 5.3. Op de ter declaratie ingediende nota wordt verwezen naar de tariefbeschikking van de NZa: TB/CU-5061-01. Volgens deze beschikking mogen de volgende hoofdbehandelaars de bijbehorende GGZ-DBC's declareren: alle vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten, klinisch psychologen, klinisch neuropsychologen en gz-psychologen; alle niet-gebudgetteerde instellingen voor de curatieve GGZ; alle gebudgetteerde instellingen voor de curatieve GGZ. Aangezien de zorgverlener niet tot één van voornoemde groepen behoort, gaat de ziektekostenverzekeraar ervan uit dat de nota onrechtmatig is. Om die reden bestaat geen aanspraak op vergoeding. Daarnaast was de ziektekostenverzekeraar met EuroPsyche - en daarmee dus met alle aangesloten zorgverleners - overeengekomen dat de kosten van de verleende zorg elektronisch in rekening zou worden gebracht. Een eventuele nota van EuroPsyche of een daarbij aangesloten zorgverlener aan een verzekerde is dus onrechtmatig en hoeft door de verzekerde niet te worden voldaan.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn administratie niets kunnen terugvinden van een telefonisch contact in 2011. Er is dus evenmin gebleken van een telefonische toezegging dat de onderhavige kosten zouden worden vergoed.
- 5.5. Op de website van de zorgverlener stond vermeld dat de verleende zorg in sommige gevallen ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed, en in sommige gevallen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit onderscheid verklaart mogelijk de vermeende willekeur. Inmiddels is deze tekst verwijderd van de website.
- 5.6. In 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoekster en nota van € 210,-- ontvangen die betrekking heeft op een behandeling door de onderhavige zorgverlener. Het betreft hier zes consulten van dertig minuten. Deze kosten zijn aan verzoekster vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De zorg die de zorgverlener levert en in rekening brengt is namelijk alternatieve zorg.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar vindt het vervelend voor verzoekster dat zij wellicht onjuist is geïnformeerd door de zorgverlener en kan zich voorstellen dat de zorgverlener op zijn beurt ook onjuist is voorgelicht door EuroPsyche. Dit betekent echter niet dat de ziektekostenverzekeraar de onderhavige kosten gaat vergoeden. Hierbij wordt opgemerkt dat dit evenmin is gedaan bij verzekerden in gelijksoortige situaties met betrekking tot EuroPsyche.
- 5.8. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij in zijn administratie het telefonisch contact - waarnaar verzoekster verwijst - niet is geregistreerd. Wel zijn er zes andere contacten geregistreerd, maar hieruit blijkt niet dat een toezegging is gedaan. De opmerking van verzoekster dat eerder wel kosten van deze zorgverlener zijn vergoed, kan de ziektekostenverzekeraar niet plaatsen. Verzoekster was immers niet eerder bij deze zorgverlener onder behandeling. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op specialistische GGZ. De behandelend zorgverlener voldoet niet aan de in de polisvoorwaarden gestelde eisen voor het verlenen van specialistische GGZ. Zij mag alleen onder supervisie van een psychiater deze zorg verlenen. Er is niet gebleken dat dit het geval is. Op een gegeven moment wordt in het dossier de naam van een psychiater vermeld. Er is echter niet gebleken dat hij de hoofdbehandelaar is.
- 5.9. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen 16 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering (2011 en 2012) en 13 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering 2011 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. Volledigheidshalve wordt hier opgemerkt dat artikel 16 van de algemene

voorwaarden van de zorgverzekering van 2012 tevens van toepassing is op de aanvullende ziektekostenverzekering van 2012.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van een ambulante behandeling bij praktijk Stretch Your Mind, 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 restitutiepols, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'aanspraken' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 11 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering (2011) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op niet-klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"Wij vergoeden de kosten van behandeling door een GGZinstelling, psychiater/zenuwarts of psychotherapeut of klinisch psycholoog.*

*Wij vergoeden de kosten van:*

- de specialistische geestelijke gezondheidszorg;
- de met de behandeling gepaard gaande verpleging;
- de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

*De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.*

*Voorwaarden*

*- U moet voor de specialistische geestelijke gezondheidszorg zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of arts voor de jeugdgezondheidszorg.*

*(...)"*

In de polisvoorwaarden van 2012 is een vergelijkbare bepaling opgenomen.

8.4. In artikel 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat in de verzekeringsovereenkomst wordt verstaan onder een psychotherapeut:

*"Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG."*

8.5. De artikelen 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 11 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geestelijke gezondheidszorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.



8.7. 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 gereguleerde 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.

8.8. Artikel 2 van de 'aanspraken' van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen en luidt, voor zover hier van belang:

*"Wij vergoeden de kosten van consulten van alternatieve genezers of therapeuten en homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.  
(...)"*

In de polisvoorwaarden van 2012 is een vergelijkbare bepaling opgenomen.

9. Beoordeling van het geschil

#### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

9.1. Vaststaat dat de zorgverlener, die voorheen via EuroPsyche declareerde, met een beroep op het haar toekomende zelfstandige declaratierecht verzoekster een nota heeft gestuurd, die laatstgenoemde bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie heeft ingediend. In geschil is of deze nota terecht niet is vergoed.

9.2. Op grond van artikel 11 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bestaat aanspraak op specialistische geestelijke gezondheidszorg. De zorg dient te worden verleend door een psychiater/zenuwarts, psychotherapeut, klinisch psycholoog of GGZ-instelling. De zorgverlener met wie verzoekster contact heeft gehad en die de kosten bij haar in rekening heeft gebracht, is niet in het BIG-register geregistreerd. Er is dus geen sprake van een zorgverlener als bedoeld in artikel 11 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering. Bovendien is deze zorgverlener niet gerechtigd op basis van een DBC te declareren.

9.3. Op de gecorrigeerde factuur van 20 april 2013 staan de gegevens en handtekening van een psychiater vermeld. Deze psychiater is wel BIG-geregistreerd en mag kosten declareren door middel van een DBC. In het dossier is evenwel geen informatie aanwezig over de rol die deze psychiater bij de behandeling heeft gespeeld. Derhalve is niet aannemelijk geworden dat de behandeling daadwerkelijk is verleend door de psychiater of dat deze hierbij nauw (in persoon) betrokken is geweest.

9.4. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat de zorgverlener voorheen declareerde via EuroPsyche, een goedgekeurde GGZ-instelling. Gelet op de uitspraak in kort geding van de rechtbank Breda van 16 mei 2012, waarin is bepaald dat de declaraties van EuroPsyche voor tweedelijns psychologische zorg niet hoeven te worden uitbetaald door de zorgverzekeraars, omdat deze declaraties niet voldoen aan de polisvoorwaarden, kan dit argument verzoekster niet baten. De onderhavige nota dateert immers van 27 december 2012 en derhalve van na de uitspraak. Voorts is in de procedure is evenwel niet gebleken dat de behandeling van verzoekster heeft plaatsgevonden bij EuroPsyche. Verzoekster is in de praktijk Stretch Your Mind behandeld, hetgeen geen toegelaten GGZ-instelling is. Verder is door de ziektekostenverzekeraar gesteld, en door verzoekster niet bestreden, dat met EuroPsyche de betaalafpraak bestond dat kosten elektronisch moesten worden gedeclareerd en dat verzoekster om die reden geen nota van

EuroPsyche zou mogen ontvangen. Uit het feit dat haar wel een nota is gestuurd, kan worden geconcludeerd dat geen sprake is van behandeling door of declaratie via EuroPsyche.

- 9.5. Gezien het bovenstaande is de verleende zorg niet aan te merken als niet klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en komt daarom niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.6. Op grond van artikel 2 van de 'aanspraken' van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van consulten van alternatieve genezers of therapeuten. In de onderhavige situatie heeft de zorgverlener de kosten van de behandeling door middel van een DBC gedeclareerd. Er is dus geen sprake van losse consulten die zouden kunnen worden gedeclareerd en vergoed. Daarom bestaat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak op vergoeding.

#### **Gewekt vertrouwen**

- 9.7. Verzoekster heeft zich beroepen op een bindend advies van de commissie van 6 maart 2013 (GcZ 6 maart 2013, 2012.01956). Hierin is het verzoek tot vergoeding toegewezen op de grond dat in dat geval sprake was van een bestendige gedragslijn, die zonder mededeling aan de verzekerde is beëindigd.


Zoals in voormeld bindend advies is overwogen, is het aan de ziektekostenverzekeraar te controleren of de door de gecontracteerde zorgaanbieder geleverde zorg valt onder de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. Deze kwestie betrof een naturapolis, waarbij verzekerden aanspraak hebben op de zorg zelf. In het aan het desbetreffende bindend advies ten grondslag liggende geval was de controle of de geleverde zorg onder de verzekerde prestaties valt niet periodiek gebeurd, waardoor de ongewenste situatie heeft kunnen ontstaan. Onder deze omstandigheden kon de ziektekostenverzekeraar niet lopende het verzekeringsjaar het contract met de zorgaanbieder beëindigen en de financiële gevolgen hiervan afwentelen op de verzekerde. Verzoekster heeft daarentegen een restitutiepolic - zij heeft dus aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg en niet op de zorg zelf - zodat bovenstaande overweging hier niet opgaat. Bovendien betrof voornoemde zaak een doorlopende behandeling waarin de verzekeraar de kosten van de behandeling in een eerder stadium wèl aan de verzekerde had vergoed. Bij verzoekster is dit niet het geval. Dat verzoekster heeft gehoord dat andere personen de kosten van de behandeling wèl vergoed hebben gekregen, is hierbij niet van belang. Gesteld noch gebleken is immers dat het hierbij gaat om gevallen die identiek zijn aan die van verzoekster.

- 9.8. Verzoekster heeft voorts gesteld dat zij op enig moment - voorafgaand aan de behandeling - telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar, waarbij haar is verteld dat de onderhavige kosten zouden worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft dit telefoongesprek niet kunnen traceren in zijn administratie. Wel zijn er notities gemaakt van zes andere gesprekken, maar hieruit zou niet blijken dat een toezegging is gedaan. Aangezien verzoekster geen verdere details van het door haar gestelde gesprek heeft gegeven en de ziektekostenverzekeraar geen telefoonnotitie over heeft kunnen leggen, is de commissie van oordeel dat verzoekster onvoldoende aannemelijk heeft gemaakt dat aan haar een eenduidige en onvoorwaardelijke toezegging in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden is gedaan door de ziektekostenverzekeraar.

#### **Conclusie**

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies



 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 december 2014,



Voorzitter

