



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg, EuroPsyche, gerechtvaardigd vertrouwen
Zaaknummer : 201303209
Zittingsdatum : 23 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 2011-2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.3 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011-2012)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, tegen

- 1) C te E, en
- 2) D te E, hierna gezamenlijk 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (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 ComfortPluspolis 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 Compleet 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 de kosten van een behandeltraject bij een praktijk voor systeemtherapie (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar is niet over gegaan tot vergoeding van de betreffende nota ten bedrage van € 1.958,03.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 oktober 2013 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-mailbericht van 6 april 2014 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 15 mei 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 mei 2014 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 9 juni 2014 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 9 juni 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 juli 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 20 mei 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 18 juni 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014066446) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen indien niet is voldaan aan de polisvoorwaarden, dit ter beoordeling van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 19 juni respectievelijk 1 juli 2014 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Van de geboden gelegenheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft op verwijzing van de huisarts twee behandeltrajecten bij een praktijk voor systeemtherapie gevolgd. De kosten hiervan zijn door EuroPsyche met een DBC-code gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Het eerste traject, dat in 2010 plaatsvond, is volledig vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Voor het tweede traject is een vervolg-DBC gedeclareerd die liep van 23 november 2011 tot 5 juni 2012. De kosten hiervan zijn niet vergoed. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar nooit een afwijzingsbrief gezonden. Er werd simpelweg niet geantwoord. Verzoeker wordt thans door de systeemtherapeut gemaand tot betaling. Hij heeft echter niet de financiële middelen om de nota te voldoen.
- 4.2. De praktijk voor systeemtherapie was voorheen aangesloten bij EuroPsyche. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn EuroPsyche en de aangesloten hulpverleners door hem geïnformeerd over het gewijzigde vergoedingsbeleid. De systeemtherapeut van verzoeker heeft hierover echter nimmer bericht van de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Nadat verzoeker ermee bekend was geworden dat de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de systeemtherapie afwees, is hij direct gestopt met de behandeling.
- 4.3. De commissie heeft in enkele eerdere bindende adviezen bepaald dat een zorgverzekeraar verplicht is een vervolg-DBC te vergoeden bij een doorlopende behandeling, indien de verzekerde niet (tijdig) is geïnformeerd over het stopzetten van de vergoeding. Verzoeker stelt dat hij gerechtvaardigd er op heeft vertrouwd dat de ziektekostenverzekeraar de vergoeding van de behandelingen systeemtherapie zou voortzetten, aangezien nimmer bericht is ontvangen over het stopzetten van de vergoeding. Hij voelt zich in de steek gelaten door de ziektekostenverzekeraar, aangezien hij noodgedwongen de behandelingen systeemtherapie - die nu juist hun vruchten begonnen af te werpen - heeft moeten staken.
- 4.4. Voor zover de afwijzing van de vergoeding is gelegen in de verhouding tussen (het failliete) EuroPsyche en de ziektekostenverzekeraar, merkt verzoeker op dat hij hiervan niet de dupe mag worden. Daarnaast zijn verzoeker gevallen bekend van patiënten bij de zelfde systeemtherapeut, die wél een vergoeding voor de behandelingen hebben ontvangen van hun zorgverzekeraar. Aldus lijkt sprake van willekeur.
- 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 geeft uitvoering aan de Zorgverzekeringswet. De zorgverzekering biedt aanspraak op tweedelijns geestelijke gezondheidszorg, inhoudende diagnostiek en behandeling van complexe psychische aandoeningen. De hoofdbehandelaar dient een psychiater, zenuwarts, BIG-geregistreerde psychotherapeut of klinisch psycholoog te zijn. Deze voorwaarde geldt ook als de zorg door een GGZ-instelling wordt verleend. Tweedelijns geestelijke gezondheidszorg dient door middel van een DBC te worden gedeclareerd. Voorts dient

een verwijzing voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg te worden gedaan door de huisarts, bedrijfsarts of een indicatiebesluit van Bureau Jeugdzorg. Een en ander is geregeld in artikel 11 van de zorgverzekering.

- 5.2. Op 21 oktober 2010 heeft de huisarts verzoeker verwezen. Op deze verwijzing is niet vermeld naar wie verzoeker wordt verwezen. Uit de aard van de verwijzing maakt de ziektekostenverzekeraar op dat dit een verwijzing naar een eerstelijnspsycholoog betreft. De aanvulling van de huisarts van 20 december 2011 vermeldt de verwijzing naar een systeemtherapeut.
- 5.3. De behandelaar van verzoeker was voorheen aangesloten bij EuroPsyche. Dit is een zorginstelling in de zin van de Wet Toelating Zorginstellingen. De ziektekostenverzekeraar had een betaalovereenkomst met EuroPsyche gesloten. Hierin zijn slechts administratieve zaken vastgelegd om betalingen mogelijk te maken. EuroPsyche declareerde onrechtmatig kosten ten laste van de zorgverzekering, aangezien de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg niet werd verleend door een gekwalificeerde en bevoegde zorgverlener en deze zorg bovendien niet adequaat was. Om die reden zijn de betalingen aan EuroPsyche gestaakt.
- 5.4. EuroPsyche heeft eerder een DBC, die liep van 23 november 2010 tot 22 november 2011, ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De hiermee gemoeide kosten zijn aan EuroPsyche betaald. De ziektekostenverzekeraar gaat niet over tot terugvordering van deze vergoeding. Voorts is een DBC voor tweedelijns psychologische zorg gedeclareerd die liep van 23 november 2011 tot 5 juni 2012. De behandelaar van verzoeker is werkzaam in de Praktijk voor Systeemtherapie. Dit is geen GGZ-instelling. Zodoende is de behandelaar geen zorgverlener die (specialistische) tweedelijns geestelijke gezondheidszorg verleent en hij mag geen DBC declareren. Derhalve komt de nota van de DBC ten bedrage van € 1.958,03 niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Het is begrijpelijk dat verzoeker op basis van vertrouwen de zorg heeft geaccepteerd, maar dit maakt de beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet anders. Het verlenen van een vergoeding voor de onderhavige zorg zou in strijd zijn met de polisvoorwaarden en de Zorgverzekeringswet. De polisvoorwaarden omschrijven duidelijk welke zorg onder welke voorwaarden wordt vergoed. Van een verzekerde mag worden verwacht dat hij bekend is met de polisvoorwaarden. Verzoeker had hieruit kunnen opmaken dat de vorm van zorg die hij genoot, niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar stelt verder dat de zorgverlener of EuroPsyche verzoeker had moeten informeren over de vergoeding van de behandelingen. Dat dit niet (juist) is gebeurd, is de ziektekostenverzekeraar niet aan te rekenen. De voorwaarden die gelden voor vergoeding zijn duidelijk. De zorgverlener van verzoeker had een afspraak met EuroPsyche over het verrekenen van nota's. Op 5 juni 2012 is EuroPsyche failliet verklaard en op 7 juni 2012 is door de ziektekostenverzekeraar een brief aan de betrokken zorgverleners gestuurd. In deze brief is uitleg gegeven waarom is gestopt met het betalen van nota's van EuroPsyche. Ook is de zorgverleners geadviseerd contact op te nemen met EuroPsyche of de curator voor de declaratie van afgeronde of lopende behandelingen.
- 5.6. De bindende adviezen waarnaar verzoeker verwijst betreffen de situatie dat een zorgverzekeraar een contract had met EuroPsyche. De ziektekostenverzekeraar had echter - als gezegd - geen contract met EuroPsyche, maar enkel een betaalovereenkomst. Van gewekt vertrouwen is geen sprake. De zorgverzekering is een schadeverzekering. Dit brengt met zich dat voor de vraag of een behandeling onder de verzekerde zorg valt, het tijdstip waarop de schade ontstaat beslissend is. De schade ontstaat op het moment waarop de verzekerde kosten maakt voor een medische behandeling of bij de uitvoering van een medische behandeling. De hele behandeling dient te worden gezien als één schadegeval. In onderhavig geval dienen derhalve de initiële DBC en de vervolg-DBC als één schadegeval te worden gezien en beoordeeld te worden conform de voorwaarden die golden bij aanvang van de behandeling. Deze voorwaarden zijn niet veranderd; ook bij aanvang van de behandeling was geen sprake van verzekerde zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft de gedeclareerde nota's vergoed op basis van vertrouwen. Toen bleek dat geen sprake was van verzekerde zorg is de vervolg-DBC niet vergoed. Eigenlijk zou de vergoeding van de eerdere DBC teruggevorderd mogen worden, maar dit was door het faillissement van EuroPsyche niet mogelijk. Er bestaat derhalve geen verplichting voor de ziektekostenverzekeraar de vervolg-DBC te vergoeden. Het doel van de behandeling van verzoeker past niet binnen de vergoede GGZ, laat staan de specialistische GGZ.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. In artikel 18 van de "Algemene Voorwaarden" van de zorgverzekering (2011-2012) wordt voor geschillenbeslechting verwezen naar de commissie. Er is echter geen verwijzing naar de bevoegde rechter opgenomen, hoewel dit zou moeten. Dit maakt de bepaling waarin naar de commissie wordt verwezen op grond van de wet vernietigbaar. Om te voorkomen dat de commissie niet over de kwestie kan adviseren, omdat in de loop van de procedure tot vernietiging wordt besloten, en verzoeker zich (alsnog) tot de bevoegde rechter moet wenden, heeft de commissie verzoeker hierop bij brief van 1 mei 2014 gewezen. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 6 mei 2014 bevestigd dat hij gebruik wil maken van de in de verzekeringsvoorwaarden geboden mogelijkheid een bindend advies te vragen aan de commissie. Hierdoor is in geval van vernietiging van bedoelde bepaling toch een formele basis aanwezig voor de bindende advisering.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 14 van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering (2011-2012).
- 8.3. Artikel 3 van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering (2011) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

**b Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg
(ambulante zorg met uitzondering van eerstelijnspsychologische zorg)**

Omschrijving: onderzoek en behandeling in verband met complexe psychische aandoeningen, verleend door een GGZ-instelling, een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (PAAZ), een psychiatrische universiteitskliniek (PUK) of door een extramuraal werkend psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Zorgverlening: in een GGZ-instelling, een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis, een psychiatrische universiteitskliniek of door een extramuraal werkend psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut.

Prestatie: vergoeding van kosten conform art. 7 van de algemene voorwaarden.

Verwijzing: huisarts of bedrijfsarts of een indicatiebesluit van Bureau Jeugdzorg. Dit geldt niet voor acute zorg. (...)"

Artikel 3 van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering (2012) is gelijkloidend, met dien verstande dat is opgenomen dat een eigen bijdrage van maximaal € 200,-- per kalenderjaar is verschuldigd voor DBC-zorgproducten vanaf 200 minuten.

- 8.4. Artikel 3 van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering (2011-2012) is volgens artikel 4 van de "Algemene Voorwaarden" van de zorgverzekering (2011-2012) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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 en verder uitgewerkt in artikel 2.3 Rzv.

- 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 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Op grond van artikel 3 van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering (2011-2012) bestaat aanspraak op niet klinische geestelijke gezondheidszorg indien deze zorg wordt verleend door een GGZ-instelling, een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis, een psychiatrische universiteitskliniek, een psychiater, een klinisch psycholoog of een psychotherapeut. Er dient een verwijzing te hebben plaatsgevonden door huisarts, bedrijfsarts of arts voor de jeugdgezondheidszorg.
- 9.2. In de situatie van verzoeker was aanvankelijk sprake van zorgverlening onder verantwoordelijkheid van een (hoofd)behandelaar van EuroPsyche. Deze (hoofd)behandelaar behoorde kennelijk tot de in voornoemd artikel genoemde zorgaanbieders en mocht de kosten van de behandeling op zijn naam declareren door middel van een DBC. Nadat EuroPsyche failliet was gegaan, heeft de behandelaar van verzoeker de behandelingen systeemtherapie bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd met een vervolg-DBC. Uit de door partijen overgelegde stukken maakt de commissie op dat niet ter discussie staat dat de behandelaar van verzoeker niet aan de gestelde voorwaarden voldoet. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de kosten van onderhavige zorg ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op die grond kan worden ingewilligd.

Werking privaatrecht

- 9.4. Verzoeker heeft nog gesteld dat hij er gerechtvaardigd op heeft vertrouwd dat de kosten van de onderhavige behandelingen voor vergoeding in aanmerking zouden komen, aangezien de kosten van een eerder behandeltraject bij dezelfde zorgverlener wél volledig zijn vergoed en hij niet door de ziektekostenverzekeraar op de hoogte is gesteld van een gewijzigd vergoedingsbeleid. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden door te stellen dat de polisvoorwaarden aangaande geestelijke gezondheidszorg duidelijk zijn en dat verzoeker door zijn behandelaar dan wel door EuroPsyche had moeten worden geïnformeerd over de vergoeding van de behandelingen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.5. Van belang is dat de behandelaar van verzoeker zich erop beroept dat hem, na het faillissement van EuroPsyche, een zelfstandig declaratierecht toekomt. Voor zover sprake is van een dergelijk recht, kan dit naar het oordeel van de commissie alleen betrekking hebben op de behandelingen systeemtherapie zonder meer, dat wil zeggen nadrukkelijk niet als onderdeel van de niet klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 3 van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering (2011-2012), welke zorg immers werd verleend onder verantwoordelijkheid van een (hoofd)behandelaar van EuroPsyche. In die zin is ook geen sprake van een vervolg-DBC, nog daargelaten dat de behandelaar, als systeemtherapeut, niet gerechtigd is op basis van DBC's te declareren.



Een en ander leidt tot de conclusie dat niet kan worden gesproken van gerechtvaardigd vertrouwen, nu immers het karakter van de behandeling en de persoon van de (hoofd)behandelaar na 22 november 2011 zijn gewijzigd. De verwijzing van verzoeker naar eerdere bindende adviezen van de commissie treft geen doel, aangezien het in de betreffende zaken ging om zorgverzekeraars die EuroPsyche in het kader van zorginkoop hadden gecontracteerd. In dit geval is geen sprake van gecontracteerde zorg. Verzoeker is immers verzekerd op basis van een restitutiepolis. Voor zover betalingen rechtstreeks aan EuroPsyche hebben plaatsgevonden, is door de ziektekostenverzekeraar gesteld en door verzoeker niet gemotiveerd bestreden dat hieraan enkel een betaalovereenkomst ten grondslag lag en dat derhalve de betreffende zorg niet werd ingekocht.



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

