

A vertical strip of small, orange icons representing various people and groups, including a person walking, a person in a wheelchair, a group of people, and a person sitting at a desk, runs down the left side of the page.

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg, EuroPsyche, gewekt vertrouwen
Zaaknummer : 201302572
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, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

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

- 1) C te D, en
- 2) E te F,

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 het Keuze Zorg Plan (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 Royaal 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).

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 de Praktijk voor Systeemtherapie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 3 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 13 september 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 brief van 3 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 19 juni 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 juni 2014 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 juni 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 juli 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

3.8. Bij brief van 20 juni 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 26 juni 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014080966) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen indien niet is voldaan aan de eisen als genoemd in de polisvoorwaarden, dit ter beoordeling aan de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 8 juli 2014 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker heeft behandelingen systeemtherapie ondergaan bij de Praktijk voor Systeemtherapie, die is aangesloten bij EuroPsyche. De ziektekostenverzekeraar heeft de eerste DBC vergoed. Vergoeding van de vervolg-DBC, die betrekking had op de periode van 14 december 2011 tot en met 18 februari 2012, is door de ziektekostenverzekeraar echter geweigerd. Verzoeker heeft erop vertrouwd dat ook deze kosten zouden worden vergoed.

4.2. Gelet op het gewekt vertrouwen is de ziektekostenverzekeraar gehouden de vervolg-DBC alsnog te vergoeden. Verzoeker verwijst in dit kader naar een bindend advies van de commissie van 6 maart 2013 (GcZ 6 maart 2013, 2012.01956). Verzoeker lijdt nu schade doordat de behandelaar zich beroept op zijn zelfstandig declaratierecht en van verzoeker vergoeding van de kosten van de behandeling vordert.

4.3. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd dat de onderhavige situatie afwijkt van die in eerder genoemd bindend advies, omdat EuroPsyche door hem niet zou zijn gecontracteerd. Uit een door verzoeker bij het dossier gevoegd stuk van 15 januari 2012 blijkt echter dat er wel een contract aanwezig was.

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. De behandelingen die aan verzoeker zijn verleend, voldoen niet aan de voorwaarden van de zorgverzekering en kunnen om die reden niet worden vergoed. De behandelaar is geen psychiater, zenuwarts, klinisch psycholoog of psychotherapeut.

5.2. De behandelaar had een afspraak met EuroPsyche over het verrekenen van de nota's. Op 5 juni 2012 is EuroPsyche failliet verklaard. De ziektekostenverzekeraar heeft de zorgaanbieders die bij EuroPsyche waren aangesloten hierover geïnformeerd. Het is aan de zorgaanbieder zijn patiënten te informeren. Kennelijk is dit niet gebeurd. Verzoeker kan hierover een klacht indienen bij de zorgaanbieder of bij de curator van EuroPsyche.

5.3. Verzoeker beroept zich op een bindend advies van de commissie. In dit bindend advies werd het verzoek toegewezen in het kader van gecontracteerde zorg. EuroPsyche is echter - anders dan in het betreffende bindend advies - niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd. Er was slechts sprake van een betaalovereenkomst. Dit bindend advies is derhalve in de onderhavige situatie niet van toepassing.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 16 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 gehouden is 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 onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 11 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering 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 GGZ-instelling, 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. (...)”

8.4. Artikel 11 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. 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.

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. De ziektekostenverzekeraar heeft de taak de kwalificaties te bepalen van diegenen die de zorg die is gedekt onder de zorgverzekering mogen verlenen en waar deze zorg dient te worden verleend. Gelet op artikel 11 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bestaat aanspraak op niet klinisch geneeskundige geestelijke gezondheidszorg indien deze zorg wordt verleend door een psychiater, zenuwarts of klinisch psycholoog. Tevens dient een verwijzing te hebben plaatsgevonden door een huisarts, bedrijfsarts of arts voor jeugdgezondheidszorg. Vast staat dat de behandelaar van verzoeker niet tot één van de in voornoemd artikel limitatief opgesomde zorgaanbieders behoort.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor geestelijke gezondheidszorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Gewekt vertrouwen


- 9.3. Verzoeker 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 het betreffende geval sprake was van een bestendige gedragslijn, welke lijn zonder mededeling aan de verzekerde was stopgezet. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat het aangehaalde bindend advies niet van toepassing is, omdat EuroPsyche - anders dan het geval was in bedoeld bindend advies - niet door hem is gecontracteerd. Verzoeker heeft een stuk overgelegd waaruit volgens hem blijkt dat er wel een contract was. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.4. Zoals in het aangehaalde bindend advies is overwogen, is het - ingeval van een naturapolis, waarbij een zorgplicht bestaat - aan de ziektekostenverzekeraar te controleren of de door de gecontracteerde zorgaanbieder geleverde zorg valt onder de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. In het betreffende geval was dit niet periodiek gebeurd, waardoor de ongewenste situatie heeft kunnen ontstaan. Onder deze omstandigheden kan de ziektekostenverzekeraar, voor zover hij lopende het verzekeringsjaar het contract met de zorgaanbieder beëindigt, de financiële gevolgen hiervan niet afwentelen op de verzekerde. In dit geval betreft het echter een restitutiepolis, zodat verzoeker niet was aangewezen op een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder en bovenstaande overweging niet opgaat. De vraag is vervolgens of anderszins sprake is van gewekt vertrouwen, waardoor de ziektekostenverzekeraar gehouden is de onderhavige kosten, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, te vergoeden.
- 9.5. In dit verband is van belang dat niet EuroPsyche aanspraak maakt op betaling van de behandeling, maar de behandelaar, die zich - na faillissement van EuroPsyche - op een zelfstandig declaratierecht beroept. Voor zover sprake is van een dergelijk recht, kan dit naar het oordeel van de commissie alleen betrekking hebben op de behandelingen zonder meer, dat wil zeggen nadrukkelijk niet als onderdeel van de niet klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 11 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering, welke zorg voorheen onder de verantwoordelijkheid van de (hoofd)behandelaar van EuroPsyche werd verleend. In die zin is ook geen sprake van een vervolg-DBC, nog daargelaten dat de behandelaar van verzoeker niet gerechtigd is op basis van DBC's te declareren. Een en ander leidt tot de conclusie dat niet kan worden gesproken van gewekt vertrouwen, nu immers het karakter van de behandeling en de persoon van de (hoofd)behandelaar met ingang van 14 december 2011 zijn gewijzigd.

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