



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te B, tegen
Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg, EuroPsyche,
zelfstandig declaratierecht, gewekt vertrouwen

Zaaknummer : 201400986

Zittingsdatum : 18 februari 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

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

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door mevrouw C te B,
tegen

- 1) Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis drie sterren en het Beter Af Rotterdam Pakket afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een behandeltraject bij PsyZorg (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 februari 2014 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 21 maart 2014 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 26 augustus 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 21 november 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 december 2014 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 december 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 februari 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstende bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.9. Bij brief van 12 december 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 31 december 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014161229) 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 polisvoorwaarden, dit ter beoordeling van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 februari 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld na te gaan hoe in het verleden is gedeclareerd en welke bedragen destijds zijn vergoed. Bij brief van 5 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie zijn reactie gezonden. Een afschrift hiervan is aan verzoekster gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 15 maart 2015 heeft verzoekster op de stellingname van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift van dit e-mailbericht is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
-  3.12. Bij brief van 18 maart 2015 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 23 maart 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken 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 verzoekster
-  4.1. De huisarts heeft op 25 juni 2009 ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *“Reden verwijzing: Depressie met vitale kenmerken. Paroxetine verhoogd naar 40mg. Patiënte vindt het moeilijk te accepteren dat zij op zoveel mensen moet terugvallen. Dit lijkt haar herstel te blokkeren. (...)”*.
-  4.2. Verzoekster is al jaren onder behandeling bij PsyZorg. Deze behandeling liep via EuroPsyche en vond plaats onder leiding van een psychiater. Aangezien EuroPsyche heeft gefraudeerd, en verzoekster in die tijd ook werd behandeld bij PsyZorg, heeft de behandelaar van PsyZorg voor die periode de kosten van de behandeling op basis van haar zelfstandig declaratierecht bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de kosten afgewezen op de grond dat er geen betrokkenheid zou zijn van een specialist. Verzoekster is in dezelfde periode echter ook behandeld door een psychiater.

- 4.3. De behandelend psychiater heeft op 1 juli 2014 verklaard: *"Hiermee verklaar ik dat ik als psychiater betrokken ben bij de behandeling van bovenstaande patiënte vanaf april 2011. In het kader van de behandeling heb ik patiënte gezien en gesproken. Daarnaast is regelmatig intern overleg geweest met [naam behandelaar]"*.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft zich beroepen op een bindend advies van de commissie, waarin een verzoek tot vergoeding van kosten, gemaakt bij EuroPsyche, is afgewezen. De commissie komt in dat bindend advies tot de conclusie dat geen sprake is van gerechtvaardigd vertrouwen, omdat het karakter van de behandeling en de persoon van de (hoofd)behandelaar zijn gewijzigd. Bij verzoekster is dit echter niet aan de orde. Zij wordt al jaren behandeld door de behandelaar van PsyZorg, die op haar beurt al jaren handelt onder leiding van dezelfde psychiater.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij verschillende keren met de behandelaar naar de psychiater is geweest. De situatie is sinds 2010 niet veranderd. De psychiater heeft op 1 juli 2014 verklaard dat hij steeds bij de behandeling betrokken is geweest.
- 4.6. Verzoekster heeft bij brief van 13 maart 2015 toegelicht dat zij voor de behandelaar van PsyZorg heeft gekozen, omdat deze goed bekend stond, zij was aangesloten bij een erkende en goedgekeurde GGZ-organisatie en zij BIG- en CONO-geregistreerd was. De ziektekostenverzekeraar heeft kennelijk nagelaten te onderzoeken of de GGZ-organisatie voldeed aan alle eisen, en heeft jarenlang met deze organisatie gewerkt. Omdat de ziektekostenverzekeraar dit onderzoek niet of onvoldoende heeft verricht, heeft het kunnen gebeuren dat de zorg die verzoekster kreeg niet (meer) voldeed aan de voorwaarden, en deze thans door de ziektekostenverzekeraar wordt beoordeeld aan de hand van de huidige inzichten. De ziektekostenverzekeraar had kunnen weten dat een vervolgtraject zou worden gestart, maar heeft verzoekster niet geïnformeerd over de consequenties. De ziektekostenverzekeraar deelt in zijn laatste brief mede dat sprake zou zijn van één behandeling. Dit is echter niet juist, omdat de psychiater enerzijds zijn werk verrichte ten aanzien van de medicatie en anderzijds betrokken was bij het traject van de behandelaar van verzoekster. Dit betrof een apart traject.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in de loop der jaren diverse nota's voor verzoekster vergoed die te maken hadden met GGZ. Voor de behandeling van 25 februari 2010 tot en met 25 februari 2011 is aan EuroPsyche een bedrag vergoed van € 9.097,60. Voor de behandeling van 21 mei 2010 tot en met 21 mei 2011 is aan het Ortys Depressie Centrum een bedrag vergoed van € 2.114,03. Aan verzoekster is voor een behandeling bij de psychiater die liep van 27 mei 2011 tot en met 25 mei 2012 een bedrag vergoed van € 944,74. Tot slot is door deze psychiater een behandeling gegeven die liep van 26 mei 2012 tot en met 25 mei 2013. Aan de psychiater is een bedrag vergoed van € 257,94.
- 5.2. De nota van de behandelaar van PsyZorg ten bedrage van € 11.567,14 heeft betrekking op de periode van 25 februari 2011 tot en met 24 februari 2012. Vergoeding van deze nota is afgewezen. De reden van afwijzing is dat de betreffende behandelaar in het BIG-register is geregistreerd als verpleegkundige. Zij is derhalve geen psycholoog, psychiater of zenuwarts. Aangezien zij op de factuur als eindverantwoordelijke is vermeld, kan de nota niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar verwijst hierbij naar het bindend advies van de commissie van 19 maart 2014 (GcZ 19 maart 2014, 2013.01986) waarin een vergelijkbaar verzoek is afgewezen. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat het onderhavige verzoek ook dient te worden

afgewezen. Verzoekster is behandeld bij PsyZorg en niet bij EuroPsyche. De behandelaar van PsyZorg voldoet niet aan de in de zorgverzekering gestelde voorwaarden en mag geen eerstelijns of tweedelijns GGZ leveren.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat contact is opgenomen met de psychiater. Hij heeft verklaard dat hij los van de behandelaar heeft gehandeld, en niet is verbonden aan EuroPsyche. Door hem is niet betwist dat contact heeft plaatsgevonden met de behandelaar, maar hij is niet de eindverantwoordelijke.

5.5. Bij brief van 5 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht welke bedragen voor verzoekster zijn vergoed. Op basis van de declaraties is niet te achterhalen of een medebehandelaar werd ingeschakeld. Daarom is contact opgenomen met de vrouw van de psychiater, die heeft verklaard dat de behandelaar met verzoekster mee kwam naar de behandelingen bij de psychiater, omdat verzoekster fysiek niet in staat was alleen te gaan. In dit kader en over de medicatie zijn destijds overleggen gevoerd met de behandelaar. Volgens de vrouw van de psychiater hebben geen activiteiten plaatsgevonden binnen de DBC van de behandelaar. Er zijn als zodanig geen betalingen verricht. De behandelaar was verbonden aan EuroPsyche, maar de psychiater niet.

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 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorg 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 klinisch 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. Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts, psychotherapeut of klinisch psycholoog vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts of klinisch psycholoog. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

U moet voor de specialistische geestelijke gezondheidszorg zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of arts voor de jeugdgezondheidszorg. (...)"

- 8.4. Artikel 5.3 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"De behandelend zorgverlener moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. (...)"

- 8.5. De artikelen 5.3 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft de taak te bepalen wie de zorg mag verlenen die is gedekt onder de zorgverzekering en waar deze zorg dient te worden verleend. De commissie verwijst in dit verband naar een eerder bindend advies (GcZ 6 maart 2013, 2012.01956).

- 9.2. 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 GGZ-instelling, psychiater, zenuwarts, psychotherapeut of klinisch psycholoog. Vast staat dat de behandelaar van verzoekster niet tot één van de in voornoemd artikel limitatief opgesomde zorgaanbieders behoort.

- 9.3. De psychiater diende - indien hij de hoofdbehandelaar was - gelet op artikel 5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering de nota te ondertekenen. Hiervan is niet gebleken. De door de psychiater opgestelde verklaring over zijn betrokkenheid bij de behandeling van verzoekster is in dit verband te weinig specifiek. Bovendien wordt door de behandelaar van PsyZorg thans



een beroep gedaan op een zelfstandig declaratierecht. Derhalve kan niet worden aangenomen dat de psychiater met betrekking tot de nota die door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen de hoofdbehandelaar was. De psychiater ontkent dit laatste volgens de ziektekostenverzekeraar ook, hetgeen door verzoekster niet gemotiveerd is bestreden. Zij heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de onderhavige zorg, ten laste van de zorgverzekering.



Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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



Gewekt vertrouwen

- 
- 9.5. De vraag is of bij verzoekster sprake is van gewekt vertrouwen, ten gevolge waarvan de ziektekostenverzekeraar gehouden is de onderhavige kosten, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, te vergoeden. In dit verband is van belang dat de behandelaar van PsyZorg een zelfstandig declaratierecht toekomt, waarop door deze ook een beroep wordt gedaan. 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. In die zin is ook geen sprake van een vervolg-DBC, nog daargelaten dat deze behandelaar niet gerechtigd is op basis van DBC's te declareren.

- 
- 9.6. Een en ander leidt tot de conclusie dat niet kan worden gesproken van gewekt vertrouwen.



Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

- 
10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 8 april 2015,



mr. drs. P.J.J. Vonk

