



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg, hoogte vergoeding,
hinderpaalcriterium
Zaaknummer : 201400671
Zittingsdatum : 5 november 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
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 aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgZó (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 FNV Zorg 3 en FNV TandZorg 1 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 een GGZ-instelling (hierna: de aanspraak). De zorgaanbieder heeft verzoekster bij brief van 10 maart 2014 medegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar slechts 60 percent van de kosten vergoedt. Daarom dient verzoekster aan de zorgaanbieder een extra bijdrage te betalen van € 350,--.
- 3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 10 februari 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 11 juni 2014 heeft verzoekster 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 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 28 augustus 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 september 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 11 september 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 oktober 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 1 september 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 oktober 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014111703) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat door de ziektekostenverzekeraar de juiste vergoeding is verleend. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 november 2014 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 6 november 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 17 november 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 verzoekster

- 4.1. Verzoekster betreft zorg bij een WTZi-instelling op het gebied van GGZ-zorg. Deze instelling is niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd, zodat slechts 60 percent van de kosten wordt vergoed. Dit bedrag is voor de instelling niet kostendekkend. Daarom is bij verzoekster € 350,- in rekening gebracht. Dit bedrag vormt voor verzoekster een ernstige belemmering, waardoor zij zeer waarschijnlijk genooddaakt zal zijn het zorgtraject tussentijds af te breken.
- 4.2. Uit enkele rechterlijke uitspraken blijkt dat de ziektekostenverzekeraar ten minste 80 percent van de kosten van een behandeling bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder dient te vergoeden, omdat anders een feitelijke hinderpaal ontstaat. De ziektekostenverzekeraar legt deze uitspraken naast zich neer omdat deze zijn gewezen tegen een andere verzekeraar. Naast het gegeven dat dit wellicht immoreel is, lijkt verzoekster deze stelling onhoudbaar, omdat de verzekeringsmarkt bestaat uit vier grote verzekeraars die binnen hetzelfde wettelijke kader opereren. Hetgeen voor één verzekeraar geldt, geldt daarom ook voor de andere verzekeraars.
- 4.3. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een restitutieverzekering afgesloten. De reden van deze keuze is erin gelegen dat zij niet afhankelijk wenst te zijn van het contracteerbeleid van de ziektekostenverzekeraar, en vrije keuze wenst te hebben in het zorgaanbod. Dit is de kern van een restitutieverzekering. De premie van deze verzekering ligt daarom ook hoger dan die van een naturaverzekering. Met de vergoeding van 60 percent belemmert de ziektekostenverzekeraar verzoekster echter om gebruik te maken van de door haar gekozen zorgaanbieder, en komt hij zijn verplichting als restitutieverzekeraar niet na. Een restitutieverzekeraar is gehouden 100 percent van de gemaakte kosten te vergoeden.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij een particulier is die leeft van een bijstandsuitkering. Zij is dus geen professionele partij, en hiermee moet rekening worden



gehouden bij de beslissing. Zij heeft bij de ziektekostenverzekeraar een restitutieverzekering gesloten. Nu blijkt dat er maar 60 percent van de kosten van GGZ-zorg wordt vergoed. Er zijn allerlei uitspraken waarin is vastgelegd dat de vergoeding 75 percent dient te bedragen. met de huidige betaling komt de zorgverlener steeds een bedrag tekort. Er bestaan ook uitspraken van de commissie waaruit blijkt dat de vergoeding ten minste 75 percent moet zijn. Verzoekster verwijst in dat kader naar het bindend advies met dossiernummer 201301771. In die kwestie ging het om een naturapolis. Verzoekster heeft verder toegelicht dat het traject zeker nog tot het einde van dit jaar zal duren. Zij is eigenlijk van mening dat een volledige vergoeding dient te worden verleend. Als het belangrijk is dat bekend wordt wat de gedeclareerde bedragen zijn, is dat wel te achterhalen.



4.5. 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 vergoedt de kosten van een niet-gecontracteerde GGZ-instelling tot maximaal 60 percent. Dit is vastgelegd in de voorwaarden van de zorgverzekering. Voor verzoekster kan hierop geen uitzondering worden gemaakt.



5.2. De uitspraken waarnaar verzoekster verwijst, zijn beide gewezen tegen een andere verzekeraar. Deze uitspraken verplichten de ziektekostenverzekeraar niet tot een wijziging van zijn beleid. Dat beleid houdt in dat bij de restitutieverzekering 60 percent van de kosten wordt vergoed indien het gaat om GGZ-zorg. De reden daarvan is dat door de ziektekostenverzekeraar kwaliteitseisen worden gesteld. Deze kwaliteit wenst de ziektekostenverzekeraar ook bij zijn restitutieverzekering gewaarborgd te zien. Verzoekster heeft derhalve geen aanspraak op een volledige vergoeding.



5.3. Verzoekster stelt dat zij voor de onderhavige verzekering heeft gekozen omdat hierin een vergoeding is opgenomen voor GGZ-zorg. Indien zij de voorwaarden had geraadpleegd, had zij kunnen weten dat een vergoeding van 60 percent van toepassing is. Niet gebleken is dat verzoekster over de vergoeding nadere informatie heeft ingewonnen bij de ziektekostenverzekeraar.



5.4. De ziektekostenverzekeraar voert verder aan dat niet in het algemeen kan worden gezegd dat de restitutievergoeding van 60 percent in strijd is met artikel 13 Zvw. Dit moet van geval tot geval worden bekeken op grond van de concrete bedragen. Nu die concrete bedragen in het onderhavige geval onbekend zijn, kan niet worden geoordeeld dat de korting te hoog is.



5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het nog steeds niet duidelijk is geworden wat de aard is van de behandeling, en wat er nu precies is uitgevoerd. Verzoekster stelt dat de behandelaar steeds een bedrag tekort komt, maar de ziektekostenverzekeraar kan dit niet herleiden. Het tarief van de zorginstelling is onbekend, zodat ook niet kan worden gezegd of inderdaad maar 60 percent van het totale tarief is vergoed. Dit kan net zo goed 80 of 100 percent zijn. Daarom is alleen een algemene uitspraak over het percentage mogelijk. Volgens de Hoge Raad moet het bestaan van een feitelijke hinderpaal van geval tot geval worden bekeken. De ziektekostenverzekeraar heeft verder aangevoerd dat het hem niet logisch voor komt dat het bedrag van € 350,- 40 percent van de totale factuur betreft. Er wordt altijd achteraf gedeclareerd. Volgens de zorgaanbieder zou een bedrag van € 350,- nodig zijn om verder te kunnen gaan met de behandeling. Dit lijkt meer een schatting van de kosten te zijn.



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 A17 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 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 restitutiepolis met gecontracteerde zorg, 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 zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld onder het tabblad 'basisverzekering' van de zorgverzekering.

8.3. Op pagina 18 van het geschrift houdende de voorwaarden van de zorgverzekering (de polisvoorwaarden) is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op specialistische GGZ zonder opname bestaat. Het betreffende artikel luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van diagnostiek en behandeling bij complexe en/of meervoudige psychische stoornissen waarbij de actieve betrokkenheid van een psychiater of klinisch psycholoog noodzakelijk is en vaak ook een multidisciplinaire aanpak gewenst is. De omvang van de zorg binnen de SGGZ is begrensd door wat klinisch-psychologen en psychiaters plegen te bieden. (...)

Welke zorgaanbieder

Voor gespecialiseerde GGZ zonder opname kunt u naar een zelfstandig gevestigde psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut. U kunt ook naar een GGZ-instelling, waar een psychiater of klinisch psycholoog hoofdbehandelaar is. Andere bij uw behandeling betrokken behandelaren in die instelling moeten dan formeel onder verantwoordelijkheid en toezicht van die hoofdbehandelaar hun taken uitvoeren. Ook kunt u naar de polikliniek van een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. [Naam ziektekostenverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen.

Op [website]/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met [naam ziektekostenverzekeraar] een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op [telefoonnummer]. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met [naam ziektekostenverzekeraar] heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Als er een Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 60% van dat tarief vergoed. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat [naam ziektekostenverzekeraar] gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd. (...)"

8.4. Voorts is in de polisvoorwaarden (pagina 6), voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

"Restitutie

U heeft gekozen voor de [naam ziektekostenverzekeraar] ZorgZó. Dit is een verzekering die bestemd is voor iedereen die in Nederland woont, of daarbuiten en die een zorgverzekering moet sluiten. [Naam ziektekostenverzekeraar] ZorgZó is een restitutieverzekering. Restitutie betekent dat u geen recht heeft op de zorg zelf, maar op vergoeding van de kosten van zorg en op bemiddeling om die zorg te krijgen. Op de volgende bladzijden staat alle zorg beschreven

waarvoor u verzekerd bent. Voor uw zorg vergoeden we het bedrag dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Op de volgende bladzijden staat alle zorg beschreven waarvoor u verzekerd bent.

Keuzevrijheid

[Naam ziektekostenverzekeraar] sluit overeenkomsten met zorgaanbieders. Zorgaanbieders zijn bijvoorbeeld ziekenhuizen, artsen, medisch specialisten en fysiotherapeuten. U kiest zelf uw zorgaanbieder, het maakt voor uw vergoeding niet uit of dat een gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorgaanbieder is. Daarop zijn een paar uitzonderingen: de Geestelijke Gezondheidszorg en Hulpmiddelen. Kiest u daar voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan vergoedt [naam ziektekostenverzekeraar] een deel van de kosten. Hoeveel, ziet u hierna bij Geestelijke Gezondheidszorg, en Hulpmiddelen. (...)"

8.5. Het bepaalde op de pagina's 6 en 18 van de polisvoorwaarden is volgens de eerste bepaling van pagina 6 van de polisvoorwaarden 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. Artikel 13 Zvw regelt de hoogte van de vergoeding indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

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. Gelet op het bepaalde op pagina 6 van de polisvoorwaarden betreft het hier een restitutieverzekering met gecontracteerde zorg. Meer specifiek heeft verzoekster aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg en overige diensten van een door haar gekozen zorgaanbieder, met uitzondering van geestelijke gezondheidszorg en hulpmiddelenzorg. Voor de uitgezonderde zorgvormen geldt als uitgangspunt is dat zij deze zorg dient te betrekken bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Indien wordt gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is een vergoeding mogelijk van maximaal 60 percent van het gecontracteerde tarief. Een en ander is bepaald in de tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar overeengekomen polisvoorwaarden. Het gegeven dat verzoekster heeft gekozen voor een verzekering met een overwegend restitutiekarakter betekent derhalve niet dat zij zonder meer recht heeft op volledige vergoeding van de gemaakte kosten.

9.2. Het geschil spitst zich vervolgens toe op de vraag of de vergoeding van 60 percent een feitelijke hinderpaal oplevert om de zorg te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, zoals bedoeld in de Memorie van Toelichting bij artikel 13 Zvw. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.

- 9.3. Uit een uitspraak van de Rechtbank Zeeland - West Brabant van 14 maart 2013 (ECLI:NL:RBZWB:2013:BZ4071) kan worden opgemaakt dat ten tijde van het ontstaan van onderhavig geschil een korting van 50 percent als een feitelijke hinderpaal moest worden beschouwd.
- In vervolg hierop heeft het Gerechtshof 's-Hertogenbosch in zijn arrest van 9 juli 2013 (ECLI:NL:GHSHE:2013.2971) overwogen dat in het algemeen niet is te zeggen wanneer sprake is van een feitelijke hinderpaal. Bij een korting van 50 percent moet dit echter voorshands worden aangenomen, bij gebreke van meer of andere gegevens. Het hof heeft verder overwogen dat een vergoeding van 75 tot 80 percent in 2013 een breed gedragen praktijknorm was en heeft hierop een wel acceptabele vergoeding berekend. Dit oordeel van het hof is in zijn arrest van 11 juli 2014 door de Hoge Raad bevestigd (ECLI:NL:HR:2014.1646).

- 9.4. De commissie sluit zich bij voormelde opvattingen aan. Dit betekent dat voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland en de andere lidstaten van de Europese Unie, geldt dat een vergoeding van minimaal 75 percent van het wettelijke dan wel het gecontracteerde tarief geen feitelijke hinderpaal oplevert, althans zolang dit percentage binnen de markt breed wordt gedragen. De ziektekostenverzekeraar is dan ook gehouden verzoekster dienovereenkomstig vergoeding van de kosten van de onderhavige GGZ-zorg te verlenen, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor specialistische GGZ-zorg, zodat op basis van die verzekering geen (aanvullende) vergoeding kan worden verleend.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.4.
- 9.7. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van het bepaalde onder 9.4.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 19 november 2014,

Voorzitter