



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E te F en G te H
Zaak : Geestelijke gezondheidszorg, EuroPsyche, gewekt vertrouwen
Zaaknummer : 201400929
Zittingsdatum : 3 december 2014

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

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

1. Partijen

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

- 1) E te F, en
 - 2) G te H,
- 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 was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Plus Polis 3 sterren 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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Beter Af Tandarts Polis 2 sterren is niet in geschil en blijft 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 behandeltraject bij een psychosynthesetherapeut (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 juli 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 10 januari 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 17 juni 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 22 september 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 september 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 oktober 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 november 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 24 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 24 oktober 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014136277) 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 van de ziektekostenverzekeraar. Artikel 11 van de zorgverzekering komt overeen met hetgeen daarover bij en krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Het is aan de ziektekostenverzekeraar om te beoordelen of de zorgverlener voldoet aan de in de polisvoorwaarden gestelde eisen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 12 november 2014 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 december 2014 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 8 december 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 december 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 heeft op verwijzing van de huisarts een behandeling ondergaan bij een psychosynthesetherapeut. De kosten hiervan zijn door de behandelaar (via EuroPsyche) gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar met een DBC-code. De eerste DBC is volledig door de ziektekostenverzekeraar vergoed. De vervolg-DBC, die is geopend op 9 februari 2011 en gesloten op 7 februari 2012, is niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
- 4.2. De psychosynthesetherapeut was aangesloten bij EuroPsyche, een erkende GGZ-instelling. De behandeling van verzoekster vond plaats in samenwerking met en onder toezicht van een psychiater. Deze psychiater hield controle op de DBC's. Verzoekster stelt dat de overheid het beleid heeft om professionals te beoordelen op hun kwaliteit en opleiding. BIG-registratie zou geen criterium mogen zijn. Haarpsychosynthesetherapeut is in het bezit van een Europees erkend diploma voor psychotherapie, te weten het Europees Certificaat voor Psychotherapie (ECP). De hiervoor gevolgde opleiding is gelijkwaardig aan de opleiding voor GZ-psycholoog en nagenoeg gelijkwaardig aan de opleiding voor klassieke psychotherapie. Verzoekster verwijst naar het zogenoemde PLATO-rapport, opgemaakt door de Universiteit van Leiden, waarin voornoemd standpunt wordt gedeeld. EuroPsyche is inmiddels failliet. De curator heeft de vorderingen ter zake van verleende zorg overgedragen aan de behandelaars die werkten onder EuroPsyche, waaronder de psychosynthesetherapeut van verzoekster. Hierdoor is de psychosynthesetherapeut bevoegd de kosten van de behandeling te innen. Verzoekster heeft van de psychosynthesetherapeut een nota ontvangen voor de behandeling, ten bedrage van € 3.849,95. Deze nota kan zij niet voldoen.
- 4.3. Verzoekster en de psychosynthesetherapeut zijn door de ziektekostenverzekeraar niet geïnformeerd over het gewijzigde beleid ten aanzien van de vergoeding voor de behandeling.

Daarom mochten zij erop vertrouwen dat de vervolgbehandeling zou worden vergoed. De weigering van de vergoeding is onredelijk enverbazingwekkend. Zowel de aandoening van verzoekster als de (aard van de) behandeling is niet veranderd. Verzoekster beroept zich in dit kader op een bindend advies van de commissie (GcZ, 6 maart 2013, 2012.01956).

4.4. Ter zitting heeft verzoekster herhaald dat het draait om gewekt vertrouwen. De verwijzing dateert van 15 februari 2011. De eerste sessie heeft pas daarna, namelijk in maart of april van dat jaar plaatsgevonden. Enkel om de behandeling te laten aansluiten is een eerdere openingsdatum (9 februari 2011) gekozen. De brief van de ziektekostenverzekeraar dateert van na de afronding van de behandeling. De therapeut heeft voorts verklaard dat hij zich geen hoofdbehandelaar voelde. Wél is hij qua opleiding gelijkwaardig aan een BIG-geregistreeerde therapeut. Tot slot heeft verzoekster aangevoerd dat zij heeft vernomen dat voor circa € 250.000,- aan niet afgehandelde nota's bij de ziektekostenverzekeraar ligt. Wellicht zit daar ook de nota van de psychosynthesetherapeut bij.

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 zorgverzekering is een schadeverzekering. Voor het antwoord op de vraag of een behandeling verzekerde zorg is, is het moment waarop de schade ontstaat beslissend. De gehele behandeling (initiële DBC en vervolg-DBC) dient als één schadevoorval te worden beschouwd, en moet conform de bij aanvang geldende regels worden beoordeeld.

De verzekeringsovereenkomst tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar is gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv. De rechtsverhouding wordt beheerst door deze wet- en regelgeving. Verzoekster heeft een naturaverzekering gesloten uit hoofde waarvan zij in beginsel aanspraak kan maken op zorg geboden door gecontracteerde zorgaanbieders. De ziektekostenverzekeraar herinnert eraan dat een schadeverzekering tegen ziektekosten alleen een zorgverzekering in de zin der wet is, indien die verzekering dekking biedt tegen exact het risico waartegen de verzekering volgens de wettelijke voorschriften dekking behoort te bieden. De artikelen 11 en 14 Zvw en 2.1 Bzv zijn in dit kader van belang.

Artikel 2.4 Bzv regelt de aanspraak op geneeskundige zorg. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden.

5.2. In artikel 1 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering is gedefinieerd dat specialistische (tweedelijns) geestelijke gezondheidszorg diagnostiek en behandeling van complexe psychische aandoeningen is. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig. Een psychiater/zenuwarts is een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Een psychotherapeut staat geregistreerd conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

Artikel 2.4 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering bepaalt dat de aanspraak op (vergoeding van de kosten van) zorg mede naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Artikel 10 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering (2011) en artikel 12 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering (2012) regelen de aanspraak op eerstelijnspsychologische zorg. Dit houdt in diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen door een gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, klinisch psycholoog, orthopedagoog-generalist of seksuologisch hulpverlener. De omvang van de zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen plegen te bieden.

Artikel 11 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering (2011-2012) regelt de aanspraak op tweedelijns GGZ. Dit houdt in geestelijke gezondheidszorg met betrokkenheid van een specialist. Tweedelijns GGZ komt voor vergoeding in aanmerking als het gaat om behandeling

door een GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts, psychotherapeut of klinisch psycholoog. De hoofdbehandelaar moet een psychiater, zenuwarts, een BIG-geregistreerde psychotherapeut of een klinisch psycholoog zijn. De specialist moet de hoofdbehandelaar zijn. Administratieve betrokkenheid is onvoldoende. Voorts moet sprake zijn van een verwijzing door de huisarts, bedrijfsarts of arts voor de jeugdgezondheidszorg.

Bij behandeling door een niet-gecontracteerde zorgverlener wordt een bedrag vergoed dat lager is dan de vergoeding bij behandeling door een gecontracteerde zorgverlener.

Bepalend bij de vergoeding van zorg is de behandeldatum of leveringsdatum. Wanneer een behandeling door middel van een DBC wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend.

- 5.3. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) heeft met betrekking tot tweedelijns GGZ regels vastgesteld inhoudende aan wie, door wie of op welke wijze, onder welke voorwaarden of met inachtneming van welke voorschriften of beperkingen een tarief in rekening kan worden gebracht. De NZa verwijst in de circulaire Regeling NR/CU-508 naar Spelregels DBC-registratie. DBC staat voor diagnosebehandelcombinatie en omvat zorgtype, zorgvraag, diagnose en behandeling. Binnen een DBC kunnen verschillende hulpverleners de tijd schrijven die zij besteden aan het verlenen van zorg. In de DBC-spelregels staat omschreven welke hulpverlener bevoegd is een DBC te typeren: *"Alle in de Wet BIG geregistreerde beroepen die bevoegd en bekwaam zijn om patiënten te classificeren volgens de DSM-IV en die in de DBC-beroepentabel staan, kunnen patiënten typeren met behulp van de typeringslijst. Degene die de zorgvraag en de diagnose van de patiënt typeert is hoofdbehandelaar van de betreffende DBC. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het volledig en juist invullen van de DBC-typering. Elke instelling of praktijk bepaalt zelf welke professionals als hoofdbehandelaar in het kader van de DBC GGZ-systematiek worden aangewezen."*
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar het Reglement van de commissie. Hieruit volgt onder meer dat bij de beoordeling de wet en de polis leidend zijn, alsmede de toepasselijke gedragscodes, ereregelen en de relevante jurisprudentie.
- 5.5. Op 15 februari 2011 is verzoekster door de huisarts verwezen naar de psycholoog in verband met een voortgezette psychotherapeutische behandeling. Dit betreft psychologische zorg zoals omschreven in de polisvoorwaarden. Verzoekster had zodoende geen verwijzing voor tweedelijns GGZ. De kosten ad € 3.849,95 die zijn gedeclareerd voor specialistische GGZ zijn derhalve onrechtmatig vanwege het ontbreken van de juiste verwijzing. Bovendien is de verwijzing later afgegeven dan de startdatum van de therapie (9 februari 2011). Volgens de behandelaar van verzoekster hebben sinds 2009 behandelingen plaatsgevonden. Het is de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk op basis van welke verwijzing deze behandelingen zijn uitgevoerd. Voorts gaat het in onderhavig geval om vergoeding van een behandeling die is uitgevoerd door een vrijgevestigde zorgverlener die voorheen was aangesloten bij EuroPsyche. De ziektekostenverzekeraar heeft EuroPsyche nooit gecontracteerd voor het verlenen van GGZ. Tot het moment van het faillissement van EuroPsyche op 5 juni 2012 was tussen de ziektekostenverzekeraar en EuroPsyche enkel sprake van een betaalovereenkomst. Op grond hiervan kon de zorgverlener declaraties rechtstreeks indienen bij de ziektekostenverzekeraar. Volgens de behandelaar van verzoekster - een psychosynthesetherapeut - is zij behandeld via EuroPsyche. Vast staat dat de behandelaar van verzoekster geen psychiater/zenuwarts, psychotherapeut of klinisch psycholoog is. Hij staat niet als zodanig ingeschreven in het BIG-register. Volgens de behandelaar van verzoekster hebben de behandelingen in samenwerking met en onder toezicht van een psychiater plaatsgevonden. Uit de DBC-spelregels volgt dat de psychiater (hoofdbehandelaar) altijd contact moet hebben met de patiënt. De hoofdbehandelaar dient het grootste gedeelte van de behandeling zelf uit te voeren. Voor vrijgevestigde zorgverleners geldt sinds september 2011 de ongeschreven norm dat zij minimaal 80% van de zorg zelf moeten verlenen (circulaire Zorgverzekeraars Nederland, ZN-11-98-crhe1, 12 september 2011). Nergens uit de stukken blijkt van een structurele behandeling door de psychiater. In de behandelovereenkomst tussen verzoekster en de behandelaar wordt hier ook niet over gerept. Een hoofdbehandelaar kan een nevenbehandelaar inschakelen, maar de voorwaarde daarbij is

dat die nevenbehandelaar moet voorkomen op de beroepenlijst van het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding in de GGZ (CONO). Vaststaat dat een psychosynthesetherapeut zoals de behandelaar van verzoekster niet op deze beroepenlijst voorkomt, en daarmee dus niet als nevenbehandelaar kan worden aangemerkt.

Voorts vallen de in de behandelovereenkomst genoemde doelen niet onder tweedelijns GGZ. Daarnaast zijn de behandelvormen psychosynthese en gestalttherapie geen verzekerde zorg volgens het Zorginstituut. De behandelvorm "bodydynamische technieken" is de ziektekostenverzekeraar onbekend en voldoet hoogstwaarschijnlijk niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Gelet op het voorgaande wordt niet aan de voorwaarden voldaan die gelden voor tweedelijns GGZ, en kan geen vergoeding ten laste van de zorgverzekering worden verleend. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit kader naar het bindend advies van de commissie van 19 maart 2014 (2013.01986).

- 5.6. Verzoekster had op basis van de polisvoorwaarden behoren te weten dat onderhavige behandeling is uitgesloten van vergoeding. Sinds 2006 heeft zij een verzekeringsovereenkomst met de ziektekostenverzekeraar, welke overeenkomst wordt beheerst door de voorwaarden. Bij het sluiten van de verzekeringsovereenkomst worden de voorwaarden conform artikel 6:234 BW aan de verzekerde ter hand gesteld. De jaarlijkse wijzigingen in de voorwaarden worden door middel van het vergoedingenoverzicht aan de verzekerde kenbaar gemaakt. Daarnaast kan een verzekerde te allen tijde de polisvoorwaarden digitaal raadplegen of verzoeken deze toe te sturen. Een verzekerde wordt daarom geacht op de hoogte te zijn van de (inhoud van de) polisvoorwaarden. Onbekendheid met bepalingen komt voor rekening en risico van de verzekerde. Dit standpunt volgt ook uit het bindend advies van de commissie van 24 februari 2010 (2009.00991).
- 5.7. Verzoekster beroept zich op eerdere vergoedingen. Op grond van de betaalovereenkomst tussen EuroPsyche en de ziektekostenverzekeraar zijn de gedeclareerde kosten tot omstreeks 10 februari 2012 betaald. Bij brief van 10 februari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar EuroPsyche in kennis gesteld van de opschorting van de betalingen als gevolg van signalen over de werken declaratiewijze van EuroPsyche. Voor de gedeclareerde behandelingen is EuroPsyche in genoemde brief verzocht nadere (medische) informatie te verstrekken ter onderbouwing van de declaraties. Ook zijn de vervolgacties, waaronder dossiercontrole, aangekondigd. Bij faxbericht van 8 mei 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar EuroPsyche op de hoogte gebracht van de uitkomsten van de dossiercontrole die op 2 mei 2012 had plaatsgevonden. Bijna alle gecontroleerde dossiers voldeden niet aan de wettelijke eisen. De declaraties werden derhalve als onrechtmatig beoordeeld. De redenen hiertoe betreffen samengevat het hoofdbehandelaarschap, de verwijzing, en de inhoud van de therapie. Hiermee werd duidelijk dat EuroPsyche in strijd met de Wet BIG, de Zvw, het Bzv, de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst handelde. De resultaten van de controle waren voor de ziektekostenverzekeraar aanleiding iedere betaling aan EuroPsyche op te schorten en EuroPsyche te sommeren het onrechtmatig handelen te staken. Het was zeer aannemelijk dat door de ziektekostenverzekeraar in een periode van enkele jaren ten onrechte forse bedragen aan EuroPsyche zijn betaald, en er aldus sprake is van een substantiële vordering. In het faxbericht van 8 mei 2012 is aan EuroPsyche bericht dat tevens onderzoek wordt gedaan naar gedane betalingen in de afgelopen jaren. Uit het voorgaande moge duidelijk zijn dat de ziektekostenverzekeraar meteen na signalen over de werk- en declaratiewijze van EuroPsyche is overgegaan tot onderzoeken. Als gezegd was sprake van een betaalovereenkomst. Vanwege het ontbreken van een zorginhoudelijk contract tussen partijen kan volgens de ziektekostenverzekeraar niet worden gesteld dat het op zijn weg lag te controleren of de verleende zorg een verzekerde prestatie vormde. In artikel 4 van de betaalovereenkomst wordt EuroPsyche erop gewezen de zorg met inachtneming van de geldende wet- en regelgeving te leveren. Artikel 6 van de betaalovereenkomst behelst de verplichting om de patiënt te informeren indien uit de voorwaarden blijkt dat de verzekerde geen recht op vergoeding ten laste van de zorgverzekering heeft. Aldus heeft EuroPsyche in de gevallen waarin onrechtmatig zorg is gedeclareerd, jegens de ziektekostenverzekeraar en de patiënten gehandeld in strijd met de genoemde bepalingen uit de betaalovereenkomst.

Er kan niet worden gesteld dat sprake was van een inconsistentie die door de ziektekostenverzekeraar eenvoudig had kunnen worden opgemerkt, dan wel dat de ziektekostenverzekeraar wetende van de onrechtmatige declaraties niet is overgegaan tot correctie waardoor bij een verzekerde de indruk zou zijn ontstaan dat de ziektekostenverzekeraar de onrechtmatige/ondoelmatige zorg niettemin bereid was te vergoeden. Dat is nimmer aan de orde geweest. Gelet hierop en het feit dat een verzekerde op de hoogte moet zijn van de voorwaarden, wordt geen betekenis toegekend aan eerdere vergoedingen. Er is geen sprake van gerechtvaardigd vertrouwen zijdens verzoekster.

- 5.8. De commissie is in het bindend advies van 6 maart 2013 tot een toewijzing gekomen, omdat sprake was van een bestendige gedragslijn, aangezien eerdere consulten werden vergoed. Afwijken van een uitgezette gedragslijn is mogelijk als de ziektekostenverzekeraar de verzekerde tijdig waarschuwt.
- Op 10 februari 2012 is EuroPsyche in kennis gesteld van de opschorting van de betalingen en de vervolgacties. Het was voor de ziektekostenverzekeraar onmogelijk verzekerden hierover te informeren, omdat onbekend was welke verzekerden zorg van EuroPsyche ontvingen. Op 7 juni 2012 zijn de zorgverleners via de website van de ziektekostenverzekeraar op de hoogte gebracht omtrent de ontwikkelingen rondom EuroPsyche.
- De ziektekostenverzekeraar is het niet eens met het door de commissie gestelde in eerder genoemd bindend advies, met name wat betreft het niet tijdig informeren en de gevolgen die dit heeft, en wel om de volgende redenen.
- Ten eerste dient bekendheid met de polisvoorwaarden het uitgangspunt zijn. Ten tweede wordt misbruik in de zorg in de hand gewerkt. Immers, zorgverleners worden beloond voor het verkeerd declareren nu de gevolgen hiervan op de verzekeraars worden afgewenteld. Dit kan leiden tot (opzettelijke) benadeling van de ziektekostenverzekeraar door de zorgverlener alleen of de zorgverlener en de verzekerde tezamen, hetgeen weer leidt tot stijging van de zorgkosten. Aan de betaalovereenkomst wordt op deze manier geen belang gehecht. Een zorgverlener moet zich op basis van de betaalovereenkomst houden aan de geldende wet- en regelgeving. Daarnaast moet hij de verzekerde vóór aanvang van de behandeling informeren indien uit de polisvoorwaarden blijkt dat geen recht op vergoeding bestaat. Deze verplichting vloeit ook voort uit artikel 38 Wet marktordening gezondheidszorg. Ten derde wordt het verzekerde pakket verruimd, hetgeen in strijd is met de wet. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de toelichting bij artikel 2.1 Bzv. Vooropgesteld wordt dat de ziektekostenverzekeraar, wat betreft de zorg die onder de zorgverzekering valt, gehouden is de eisen te eerbiedigen die de wet- en regelgeving stellen aan het effectueren van een zorgaanspraak ten laste van die dwingendrechtelijke verzekering. Als gezegd, voldoet de zorgverzekering aan de Zvw, het Bzv en de Rzv. De ziektekostenverzekeraar is niet bevoegd hierin andere of uitgebreidere zorgvormen op te nemen. Ten vierde, en in het verlengde van het vorige punt, spelen de bevoegdheden van de commissie nog een rol.
- In tegenstelling tot hetgeen in overweging 9.5 van het bindend advies van 6 maart 2013 is opgemerkt, was in onderhavig geval geen sprake van een zorginhoudelijk contract met EuroPsyche. De ziektekostenverzekeraar had in het kader van de zorgplicht met andere zorgverleners inhoudelijke zorgcontracten afgesloten. Het valt de ziektekostenverzekeraar dan ook niet te verwijten dat geen periodieke controles van de geleverde zorg hebben plaatsgevonden. De schade is dan ook geen rechtstreeks gevolg van het handelen of nalaten van de ziektekostenverzekeraar waarvoor deze aansprakelijk kan worden gehouden.
- 5.9. De ziektekostenverzekeraar sluit zich, bij de uitleg van de aanspraken die een verzekerde aan de zorgverzekering ontleent, aan bij de advisering door het Zorginstituut. Het Zorginstituut is onder andere belast met het bevorderen van een eenduidige uitleg over de aard, inhoud en omvang van de in artikel 11 Zvw omschreven prestaties, alsmede het geven van voorlichting en advies hieromtrent. Aan de adviezen van het Zorginstituut liggen niet alleen zorginhoudelijke, maar ook financiële en maatschappelijke overwegingen ten grondslag. In eerdergenoemd bindend advies van 6 maart 2013 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de behandelaar niet valt onder de categorieën zorgaanbieders zoals genoemd in de voorwaarden.

- 5.10. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor tweedelijns GGZ. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat dit een bewuste keuze is. Een dergelijke aanspraak zou leiden tot een hoge schadelast met bijbehorende premiestelling.
- 5.11. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de door verzoekster genoemde niet afgehandelde nota's hem niet bekend zijn. Van gewekt vertrouwen kan geen sprake zijn omdat de eerdere nota's niet afkomstig waren van de psychosynthesetherapeut. Uit de polisvoorwaarden volgt dat voor tweedelijns GGZ een BIG-registratie van de behandelaar is vereist. De behandelend therapeut van verzoekster beschikt hier niet over; hij is psychosynthesetherapeut. Daarnaast moet sprake zijn van een verwijzing, alvorens met de behandeling kan worden gestart. In onderhavig geval dateert de verwijzing van na de start van de behandeling.
- 5.12. 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 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 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 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 in de artikelen 1 tot en met 42 van de "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.*

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 GGZinstelling, psychiater/zenuwarts of klinisch psycholoog. (...)

Voorwaarden

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

- 8.4. Artikel 1 van de "Algemene voorwaarden" betreft de begripsbepalingen. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"(...)

Psychotherapeut

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

(...)"

- 8.5. Artikel 5 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

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

- 8.6. De artikelen 1 en 5 van de "Algemene voorwaarden" 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).

- 8.7. 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.

- 8.8. 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 die gedekt is onder de zorgverzekering mag verlenen en waar deze zorg dient te worden verleend, zo volgt onder andere uit het door verzoekster aangehaalde bindend advies van de commissie.
- 9.2. Gelet op artikel 11 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering bestaat aanspraak op niet klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg indien deze zorg wordt verleend door een GGZ-instelling, psychiater, zenuwarts, psychotherapeut of klinisch psycholoog.

Tevens dient sprake te zijn van een verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of arts voor de jeugdgezondheidszorg.
Vast staat dat de behandelaar van verzoekster niet tot één van de in voornoemd artikel limitatief opgesomde zorgaanbieders behoort. De behandelaar is een psychosynthesetherapeut die niet over een BIG-registratie beschikt.


- 9.3. Dat de bij EuroPsyche werkzame psychiater die aanvankelijk de eindverantwoordelijkheid voor de behandeling had, aan de voorwaarden voldeed, is gesteld noch gebleken. Bovendien is niet gebleken dat de psychiater een actieve rol heeft gespeeld bij de behandeling van verzoekster. Voorts is onderhavige nota niet door de psychiater ondertekend, hetgeen evenwel op grond van artikel 5 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering vereist is ingeval diegene de hoofdbehandelaar is.
- 9.4. Overigens wordt inmiddels door de behandelaar van verzoekster een beroep gedaan op een zelfstandig declaratierecht, waarmee naar het oordeel van de commissie voldoende vaststaat dat de psychiater niet (langer) de hoofdbehandelaar van verzoekster is. Verzoekster heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de na 9 februari 2011 geleverde zorg ten laste van de zorgverzekering.
Hieruit volgt tevens dat van een te cederen vordering van EuroPsyche op de ziektekostenverzekeraar geen sprake kan zijn, en dat in geval van cessie - voor zover dit aan de orde zou zijn - er geen vorderingsrecht van de behandelaar jegens verzoekster bestaat.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering




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

Gewekt vertrouwen


- 9.6. Verzoekster heeft gesteld dat zij - en haar behandelaar - er gerechtvaardigd op heeft vertrouwd dat de kosten van de onderhavige behandeling voor vergoeding in aanmerking zouden komen, aangezien de kosten van een eerder behandeltraject bij dezelfde zorgverlener wél volledig zijn vergoed en zij niet door de ziektekostenverzekeraar op de hoogte is gesteld van een gewijzigd vergoedingenbeleid. Hierbij heeft zij zich beroepen op een bindend advies van de commissie van 6 maart 2013 (GcZ 6 maart 2013, 2012.01956). De ziektekostenverzekeraar heeft een en ander bestreden door onder meer te stellen dat verzoekster door haar behandelaar dan wel door EuroPsyche had moeten worden geïnformeerd over de vergoeding van de behandelingen, en 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. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.7. In het door verzoekster aangehaalde bindend advies 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. Zoals in het 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 combinatiepolis, zodat verzoekster niet was aangewezen op een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder en bovenstaande overweging niet opgaat. Voor zover betalingen rechtstreeks aan EuroPsyche hebben plaatsgevonden, is door de ziektekostenverzekeraar gesteld en door verzoekster niet gemotiveerd bestreden dat hieraan enkel een betaalovereenkomst ten grondslag lag en dat derhalve de betreffende zorg




niet werd ingekocht. 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.

- 
- 9.8. In dit verband is van belang dat niet EuroPsyche aanspraak maakt op betaling van de behandeling, maar de behandelaar, die zich - na het 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 verzoekster 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 9 februari 2011 zijn gewijzigd.
- 
- 
- 

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, 14 januari 2015,



mr. drs. P.J.J. Vonk