



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen

Zaak : Geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg, EuroPsyche, bestendige gedragslijn, gewekt vertrouwen

Zaaknummer : 201403024

Zittingsdatum : 19 augustus 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011 en 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011 en 2012)

1. Partijen

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

1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
2) Menzis N.V. te Wageningen,
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 verzekering ZorgVerzorgd (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 ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor 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 praktijk voor systeemtherapie (hierna: de aanspraak). In een telefoongesprek eind januari 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 20 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 25 februari 2015 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 4 juni 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 juni 2015 aan verzoekster gezonden.

3.7. Bij brief van 4 juni 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 9 juli 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015068138) de commissie medegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben in de onderhavige kwestie. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 28 juli 2015 aan partijen gezonden.

3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 17 augustus 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 augustus 2015 telefonisch medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster is door haar huisarts verwezen naar een behandelaar van de Praktijk voor Systemische therapie, welke praktijk op dat moment was aangesloten bij EuroPsyche. De DBC die door EuroPsyche werd geopend op 8 maart 2010 is door de ziektekostenverzekeraar vergoed. De volgende DBC, met openingsdatum 8 maart 2011, is niet vergoed, evenals de DBC's die zijn geopend op 7 maart 2012 en gesloten op 5 juni 2012 (€ 3.654,66 en € 882,99). De behandelaar van verzoekster heeft laatstgenoemde facturen op 2 mei 2013 rechtstreeks aan verzoekster gestuurd.

4.2. De praktijk voor systeemtherapie is aangesloten bij EuroPsyche. Eerst na het indienen van de rechtstreeks aan haar gezonden declaraties heeft verzoekster moeten vernemen dat de kosten van de therapie niet meer zouden worden vergoed. Hierop heeft verzoekster navraag gedaan bij de ziektekostenverzekeraar, waarbij haar is gebleken dat de kosten inderdaad niet meer worden vergoed. Op dat moment heeft verzoekster besloten te stoppen met de therapie.

4.3. Verzoekster wenst te benadrukken dat zij nimmer door de ziektekostenverzekeraar is geïnformeerd dat de behandelingen, anders dan voorheen, niet meer zouden worden vergoed. Bij verzoekster is hierdoor het vertrouwen gewekt dat zij ook na 8 maart 2011 aanspraak heeft op vergoeding. Nu dit niet het geval blijkt te zijn, lijdt zij schade.

4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster is vanaf 2010 onder behandeling bij de Praktijk voor Systemische therapie. De eerste DBC - van 8 maart 2010 - is gedeclareerd onder het declaratierecht van EuroPsyche. Aangezien de behandelaar van verzoekster destijds werkte onder supervisie van EuroPsyche is deze DBC vergoed ten laste van de zorgverzekering. In het vervolgtraject van de behandeling is de supervisie van EuroPsyche echter komen te vervallen. Om die reden zijn de gedeclareerde DBC's vanaf 8 maart 2011 niet vergoed.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft totaal drie facturen ontvangen. De eerste factuur van 2 april 2014 is rechtstreeks van verzoekster ontvangen. De twee andere facturen bereikten de ziektekostenverzekeraar via de SKGZ. Daarbij valt op dat de facturen die via de SKGZ zijn ontvangen opvallende verschillen vertonen met de factuur die is ontvangen via verzoekster. Zo is de tekst onder het kopje "Declaratie nr." toegevoegd of weggehaald en is de begindatum van de behandelovereenkomst verschillend. Alle overige gegevens zoals het gedeclareerde bedrag komen met elkaar overeen.

5.3. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat uit een grootschalig onderzoek is gebleken dat de zorgverleners die onder EuroPsyche werkzaam waren geen gekwalificeerde zorgverleners zijn.

Ook de behandelaar van verzoekster verleent geen zorg die voldoet aan de polisvoorwaarden. Betrokkene is maatschappelijk werker en systeemtherapeut en verleent geen specialistische GGZ zorg. Het is hem dan ook niet toegestaan gebruik te maken van het DBC-declaratiesysteem om kosten in rekening te brengen.

5.4. Ten aanzien van de informatievoorziening geldt dat het voor de ziektekostenverzekeraar niet mogelijk is individuele verzekerden te informeren over het stopzetten van de betalingen aan EuroPsyche. Het is aan de betreffende zorgverleners patiënten hierover tijdig in te lichten. Dat verzoekster door haar zorgverlener onjuist is geïnformeerd, valt de ziektekostenverzekeraar niet aan te rekenen. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat bij verzoekster geen sprake is van gerechtvaardigd vertrouwen dat de latere nota's zouden worden vergoed.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.17 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 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B9 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B16.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op specialistische GGZ zonder opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"B16.2 Specialistische GGZ zonder opname

Ambulante specialistische GGZ wil zeggen dat u regelmatig een bezoek brengt aan de hulpverlener voor uw behandeling, maar dat u gewoon thuis leeft en slaapt. De meeste aandoeningen kunnen ambulant behandeld worden.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van diagnostiek en behandeling van complexe aandoeningen. De omvang van de zorg is begrensd door wat psychiaters/zenuwartsen en klinisch-psychologen plegen te bieden.

Welke zorgaanbieder

Voor specialistische GGZ zonder opname kunt u naar een zelfstandig gevestigde psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog of naar een GGZ-instelling. Ook kunt u naar de polikliniek van een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op onze website www.menzis.nl/zorgvinder vindt u onder het thema 'Zorgadvies' een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Als er een Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 60% van dat tarief vergoed. Als

er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 80% van het bedrag dat in Nederland marktconform is.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van specialistische GGZ zonder opname als u een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts. Als er sprake is van spoedeisende zorg dan heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig. Jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg hebben alleen recht op vergoeding van kosten van specialistische GGZ zonder opname als zij een indicatiebesluit hebben van een Bureau Jeugdzorg dan wel een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ."

- 8.4. Artikel B16.2 van de zorgverzekering is volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 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. Op grond van artikel B16.2 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op specialistische GGZ zonder opname indien deze zorg wordt verleend door een zelfstandig gevestigde psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog danwel een GGZ-instelling. Voorts dient een verwijzing te hebben plaatsgevonden door de huisarts. Vaststaat dat bij verzoekster aanvankelijk sprake was van zorgverlening onder verantwoordelijkheid van een (hoofd)behandelaar van EuroPsyche. Deze (hoofd)behandelaar behoorde tot de in voornoemd artikel vermelde zorgaanbieders en mocht de kosten van de behandeling op zijn naam declareren door middel van een DBC. Tussen partijen staat niet ter discussie dat de (feitelijke) behandelaar van verzoekster niet aan de gestelde voorwaarden voldoet. Verzoekster heeft om die reden, na het beëindigen van de bemoeienis van EuroPsyche met haar behandeling, geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de onderhavige zorg ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Gewekt vertrouwen

- 9.3. Verzoekster heeft zich beroepen op het bestaan van een bestendige gedragslijn van de ziektekostenverzekeraar. Voor zover dit door de commissie mag worden begrepen als een beroep van verzoekster op het bindend advies van de commissie van 6 maart 2013 (GcZ 6 maart 2013, 2012.01956), geldt dat bij die uitspraak het verzoek tot vergoeding is toegewezen op de grond dat in dat geval sprake was van een bestendige gedragslijn, welke lijn zonder mededeling aan de verzekerde was stopgezet. Zoals in voormeld bindend advies is overwogen, is het 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 toen aan de commissie voorgelegde geval is dit niet periodiek gebeurd, waardoor de ongewenste situatie heeft kunnen ontstaan. Onder deze omstandigheden kan de ziektekostenverzekeraar niet lopende het verzekeringsjaar de financiële gevolgen van het beëindigen van het contract met de zorgaanbieder afwentelen op de verzekerde. In dit geval betreft het echter een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zodat bovenstaande overweging hier niet opgaat. De vraag is vervolgens of sprake is van gewekt vertrouwen waardoor de ziektekostenverzekeraar gehouden is de onderhavige kosten, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, te vergoeden.
- 9.4. 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 specialistische GGZ zonder opname als bedoeld in artikel B16.2 van de zorgverzekering, welke zorg voorheen onder de verantwoordelijkheid van de (hoofd)behandelaar van EuroPsyche werd verleend. Zoals onder 9.1 is overwogen, is de behandelaar van verzoekster niet gekwalificeerd om specialistische GGZ als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden te verlenen. Daarbij is de behandelaar niet bevoegd door middel van een DBC te declareren.
- 9.5. 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 na 8 maart 2011 zijn gewijzigd. Indien de behandelaar nalatig is geweest verzoekster hierover te informeren, treft dit verwijt alleen de behandelaar en niet de ziektekostenverzekeraar.

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, 19 augustus 2015,

A.I.M. van Mierlo