



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep  
Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep  
Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Geestelijke gezondheidszorg, EuroPsyche, gewekt vertrouwen,  
bestendige gedragslijn, telefonische toezegging

Zaaknummer : 201401412

Zittingsdatum : 20 mei 2015

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

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
  - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- 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 Zorg-op-Maatpolis (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 Top Collectief 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 afgesloten aanvullende verzekering Tandarts Collectief is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft behandelingen ondergaan bij twee behandelaars, verbonden aan EuroPsyche. Van deze behandelaars ontving zij een nota voor de zorg die niet door de ziektekostenverzekeraar is vergoed (hierna: de aanspraak). Deze nota heeft zij gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Bij brieven van 23 en 25 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 brieven van 6 februari en 25 maart 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 18 juni 2014 aan verzoekster medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 28 oktober 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 20 februari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 februari 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 maart 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 mei 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 12 maart 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 maart 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015031772) de commissie medegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben in de onderhavige kwestie. Een afschrift van de brief van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.

3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 mei 2015 telefonisch 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, die was aangesloten bij EuroPsyche. Zij werkte samen met een andere behandelaar. De reden voor deze keuze was onder andere dat elders wachtlijsten bestonden, en dat verzoekster bij deze behandelaars snel terecht kon, hetgeen noodzakelijk was. Verzoekster is de behandeling in maart 2011 gestart. De DBC-code die is geopend op 10 maart 2011 en is gesloten op 18 juli 2011 is door de ziektekostenverzekeraar vergoed. De DBC-code die is geopend op 12 april 2011 en gesloten op 10 april 2012 is niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed, evenals de DBC-code die is geopend op 11 april 2011 en gesloten op 4 juni 2012. In mei 2012 kreeg verzoekster van haar behandelaars het bericht dat de behandeling moest worden afgebroken, omdat de ziektekostenverzekeraar betaling van de facturen had opgeschort en uiteindelijk met terugwerkende kracht niet betaalde, omdat hij meende dat in sommige gevallen door EuroPsyche niet correct werd gedeclareerd. Doordat meer zorgverzekeraars dit voorbeeld hebben gevolgd, is EuroPsyche op 5 juni 2012 failliet verklaard.
- 4.2. Zowel EuroPsyche als de behandelaars hebben aan verzoekster medegedeeld dat de behandeling voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Van de eerste DBC is door de ziektekostenverzekeraar 75 percent vergoed. Het overige deel heeft EuroPsyche voor zijn rekening genomen. Omdat verzoekster niet begreep waarom deze lagere vergoeding werd verleend, heeft zij telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Haar werd medegedeeld dat de vergoeding lager was vanwege het feit dat zij een naturaverzekering had afgesloten. Indien zij een restitutiepolis zou afsluiten, zou 100 percent van de kosten worden vergoed. Verzoekster heeft hiervoor niet gekozen, aangezien EuroPsyche het restant voor zijn rekening nam.
- 4.3. Verzoekster heeft via de behandelaars, EuroPsyche en de media vernomen dat de vervolg-DBC niet werd vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster hierover nooit geïnformeerd. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar haar niet ondersteund om een andere behandelaar te vinden. Overigens is dit niet zo gemakkelijk, omdat veiligheid en vertrouwen voorwaarden zijn voor een goed individueel therapeutisch proces, waarbij ook de continuïteit van het behandelproces is gewaarborgd. Het abrupt afbreken van het behandeltraject heeft ingrijpende gevolgen gehad voor het herstel van verzoekster en haar mogelijkheden tot hervatting van haar werkzaamheden.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij een aantal gesprekken heeft gehad met de eerste behandelaar. Daarnaast zijn er gesprekken geweest tussen de eerste behandelaar en de andere behandelaar. Zij werd verwezen door haar huisarts. De zorg werd

feitelijk verleend in de praktijk van de eerste behandelaar. De andere behandelaar kwam naar de praktijk, en heeft alleen het intakegesprek met verzoekster gevoerd. Zowel de huisarts als de eerste behandelaar stelden dat de kosten zouden worden vergoed.

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 dekking van het verzekerde pakket is afgebakend in landelijke regelgeving. Volgens deze regelgeving is de hoofdbehandelaar verantwoordelijk voor zowel de behandeling als voor het declareren met een DBC-code. Het moet dan gaan om hoofdbehandelaars die in de gespecialiseerde GGZ BIG-geregistreerd zijn en een GGZ-specifieke opleiding hebben gevolgd. De ziektekostenverzekeraar heeft in de voorwaarden van de zorgverzekering vastgelegd wie de onder deze verzekering gedekte zorg mag verlenen. Voor GGZ is bepaald dat het dient te gaan om een psychiater, klinisch zenuwarts of instelling voor medisch-specialistische zorg. De behandeling moet voor minstens de helft van de tijd worden uitgevoerd door de hoofdbehandelaar. Deze moet ook de diagnose stellen.

5.2. Verzoekster is behandeld door twee verschillende behandelaars bij EuroPsyche. Het gaat om een GGZ-arts en een psycholoog/systeemtherapeut. Deze behandelaars kunnen binnen de Nederlandse systematiek niet worden aangemerkt als hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijke van specialistische geestelijke gezondheidszorg. De door hen ingediende facturen voor de periodes van 12 april 2011 tot en met 10 april 2012, en 11 april 2012 tot en met 4 juni 2012, met een totaalbedrag van € 12.539,54, komen dan ook niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking.

5.3. Verzoekster heeft op 28 december 2011 telefonisch contact gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid haar is verteld dat de zorg bij EuroPsyche met een naturapolis werd vergoed tot 75 percent van de kosten, en met een restitutiepolis tot 100 percent van de kosten. Deze hogere vergoeding kon worden verleend indien verzoekster met ingang van 1 januari 2012 een restitutiepolis zou afsluiten en er in dat jaar een vervolgd-DBC zou worden geopend.

Het fraudeonderzoek naar EuroPsyche was op het moment dat verzoekster belde nog niet afgerond. De gegeven informatie was daarom juist. De ziektekostenverzekeraar heeft bij declaraties van specialistische GGZ voor verzekerden geen zicht op welke zorg is verleend en wie precies de hoofdbehandelaar was. De ziektekostenverzekeraar zou ook de eerste nota niet hebben vergoed indien hij op de hoogte was geweest van de omstandigheden waaronder de zorg was verleend.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat er geen contract bestond. Er kon rechtstreeks worden gedeclareerd op basis van cessie door de verzekerde. Verzoekster had informatie kunnen inwinnen bij de ziektekostenverzekeraar.

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.25. 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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.27. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op specialistische GGZ bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

**"B.27.2. Specialistische GGZ zonder opname**

**B.27.2.1. Omschrijving van de zorg**

*De zorg omvat specialistische geestelijke gezondheidszorg (specialistische GGZ) zoals psychiaters, zenuwartsen en klinisch psychologen die plegen te bieden, zonder dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) plaatsvindt. Onder deze specialistische geestelijke gezondheidszorg verstaan wij diagnostiek (het vaststellen van de aandoening) en specialistische behandeling van ingewikkelde (complexe) psychische aandoeningen.*

*De zorg omvat tevens:*

- a. de psychotherapie, waaronder (langdurige) psychoanalytische psychotherapie;*
- b. andere specialistische GGZ zonder opname;*
- c. de verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.*

*(...)*

**B.27.2.2.2. Andere specialistische GGZ zonder opname**

**Verwijzing**

*U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, psychiater, zenuwarts, bedrijfsarts of Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.*

*(...)*

**Voorschrift**

*De zorg is voorgeschreven door een psychiater of zenuwarts.*

**Zorgverlener/leverancier**

*Een psychiater, zenuwarts of instelling voor medisch specialistische zorg verleent de zorg.*

**Plaats**

*De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg, die zorg met of zonder verblijf kan verlenen. De zorg kan ook plaatsvinden in de huispraktijk van de zorgverlener*

waar u behandeld wordt of bij u thuis. Als u thuis behandeld wordt, moet hiervoor een indicatie aanwezig zijn.

(...)”

8.4. Artikel B.27. van de zorgverzekering is volgens artikel A.2.4. 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 gereuleerde 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. Uit de nota van toelichting bij artikel 2.4 Bzv blijkt dat de ziektekostenverzekeraar de taak heeft te bepalen wie de zorg die is gedekt onder de zorgverzekering mag verlenen en waar deze zorg dient te worden verleend.

9.2. Gelet op artikel B.27.2. van de zorgverzekering bestaat aanspraak op specialistische geestelijke gezondheidszorg zonder opname indien deze zorg wordt verleend door een psychiater of zenuwarts. Vast staat dat de behandelaars van verzoekster niet aan deze kwalificaties voldoen. Voorts is de Praktijk voor Systemische therapie geen instelling voor medisch-specialistische zorg.

9.3. Niet aannemelijk is geworden dat EuroPsyche als GGZ-instelling dan wel een daar werkzame psychiater of zenuwarts de hoofdbehandelaar was. Bovendien declareert één van de behandelaars de kosten intussen rechtstreeks bij verzoekster, waaruit tevens diens hoofdbehandelaarschap blijkt. Deze behandelaar beroept zich hierbij op haar zelfstandig declaratierecht. Zij is echter niet gerechtigd om op basis van een DBC-code de behandeling te declareren. Verzoekster heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de onderhavige behandeling, ten laste van de zorgverzekering.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

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

#### **Gewekt vertrouwen**

9.5. 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 aan het desbetreffende bindend advies ten grondslag liggende geval was dit niet periodiek gebeurd, waardoor de ongewenste situatie heeft kunnen ontstaan. Onder deze omstandigheden kon de ziektekostenverzekeraar in het aldaar aan de orde zijnde geval niet lopende het verzekeringsjaar het contract met de zorgaanbieder beëindigen en de financiële gevolgen hiervan afwentelen op de verzekerde. Het thans aan de commissie voorgelegde geval is echter wezenlijk anders van aard. In casu betreft het behandelingen door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, zodat de hierboven geparafraseerde overweging thans niet relevant is.

- 9.6. Met betrekking tot het op 28 december 2011 door verzoekster gevoerde telefoongesprek geldt het volgende. Van dit gesprek is door de medewerker van de ziektekostenverzekeraar de volgende notitie gemaakt: *"mevr is bij europsyche geweest, dit wordt voor 75% vergoed, hiervan is zij niet op de hoogte gesteld. wanneer zij overstapt naar restitutie polis is de vergoeding 100% van marktconforme tarief, maar ivm 9898, omdat dit traject is gestart is in 2011, wordt er in 2012 met restitutie ook gedeclareerd als verzekering in 2011. wanneer een 2e dbc start (duurt max 1 jaar) en mevr heeft dan restitutiepolis, krijgt ze wel 100% vergoed. Mev gaat met arts bellen wat hij verwacht en maakt dan een keus"*.

Uit de notitie blijkt dat met name is gesproken over het verschil tussen een naturapolis en een restitutiepolis en de daarmee gepaard gaande vergoeding. Ook is uitgelegd dat indien een DBC in 2011 wordt geopend, de voorwaarden van dat jaar leidend zijn, ook al loopt het behandeltraject door in 2012. Deze informatie is correct. Niet gebleken is dat is gesproken over de behandelaars van verzoekster. Op het moment van het gesprek was niet algemeen bekend dat EuroPsyche op onjuiste wijze declareerde. Hierover is EuroPsyche door de ziektekostenverzekeraar eerst in februari 2012 geïnformeerd. Van de medewerker van de ziektekostenverzekeraar kon dan ook niet worden verwacht dat zij ten tijde van het telefonisch onderhoud ervan op de hoogte was dat zorg bij EuroPsyche in de toekomst niet langer zou worden vergoed, en dat zij verzoekster hierover informeerde. Gelet op het voorgaande kan hetgeen verzoekster is medegedeeld tijdens voormeld telefoongesprek dan ook niet leiden tot een ander oordeel.

### 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, 3 juni 2015,

prof. mr. A.I.M. van Mierlo