

A vertical strip of small, orange icons representing various people and groups, including a person walking, a person in a wheelchair, a group of people, and a person sitting at a desk, positioned along the left edge of the page.

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D  
Zaak : Geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg, EuroPsyche, gewekt vertrouwen  
Zaaknummer : 201301615  
Zittingsdatum : 3 september 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), 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

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het [naam ziektekostenverzekeraar] Basispakket, variant Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basisaanvullende regeling en de Regeling aanvullende vergoedingen, pakket 1 afgesloten (hierna: 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een behandeltraject bij een praktijk voor systeemtherapie (hierna: de aanspraak).

3.2. Aangezien verzoeker van de ziektekostenverzekeraar geen reactie op de ingediende declaraties ontving, heeft hij de ziektekostenverzekeraar schriftelijk verzocht de aanspraak in te willigen. Bij brief van 19 november 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld de aanspraak af te wijzen.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 22 april 2014 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 juni 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 juli 2014 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 17 en 24 juli 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

3.8. Bij brief van 7 juli 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 21 juli 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014087988) de commissie medegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben in het onderhavige geschil. Een afschrift van de brief van het Zorginstituut is op 22 juli 2014 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker is, op verwijzing van zijn huisarts, een behandeling gestart bij een praktijk voor systeemtherapie. De kosten van deze behandeling bedragen totaal € 4.973,63 en zijn in eerste instantie door EuroPsyche met een DBC-code gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De eerste DBC liep van 22 maart 2011 tot en met 20 maart 2012 en de tweede DBC van 21 maart 2012 tot en met 9 juni 2012.

4.2. De praktijk voor systeemtherapie is aangesloten bij EuroPsyche. Via zijn behandelaar heeft verzoeker moeten vernemen dat de kosten van de therapie niet meer zouden worden vergoed. Kort na deze mededeling heeft verzoeker van zijn behandelaar een brief gekregen met het verzoek de kosten van de behandeling te voldoen. Aangezien verzoeker het bedrag van € 4.973,63 onmogelijk zelf kan betalen, heeft hij de betreffende nota's ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Pas op 19 november 2013 ontving verzoeker van de ziektekostenverzekeraar het bericht dat de gedeclareerde nota's niet zouden worden vergoed. Op dat moment was verzoeker echter al door zijn behandelaar gedagvaard vanwege het niet betalen van de nota's.

4.3. Verzoeker vraagt nadrukkelijk aandacht voor het tijdsverloop. Hij wijst er in dit verband op dat ten tijde van de onderhavige behandeling, de ziektekostenverzekeraar nog niet bekend had gemaakt dat een onderzoek naar het declareren door EuroPsyche gaande was. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker nimmer geïnformeerd dat de kosten van de behandeling, anders dan voorheen, in het vervolg niet meer zouden worden vergoed. Bij verzoeker is hierdoor het vertrouwen gewekt dat de ingediende declaraties zonder meer zouden worden voldaan. Verzoeker beroept zich in dit kader tevens op een bindend advies van de commissie (GcZ 6 maart 2013, 2013.01956).

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

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Uit een grootschalig onderzoek door meerdere zorgverzekeraars is gebleken dat veel zorgverleners die onder EuroPsyche werkzaam waren geen gekwalificeerde zorgverleners zijn. De behandelaar van verzoeker 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 van de behandeling bij verzoeker in rekening te brengen.

5.2. Verzoeker beroept zich op een bindend advies van de commissie. In dit bindend advies werd het verzoek toegewezen in het kader van gecontracteerde zorg. EuroPsyche is echter - anders dan door de zorgverzekeraar in het betreffende bindend advies - niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd. Daarnaast was in het bindend advies sprake van eerder door de zorgverzekeraar vergoede declaraties. Dit is in het onderhavige geval niet aan de orde. Eerst na het faillissement van EuroPsyche heeft verzoeker de nota's ter declaratie ingediend. Het bindend advies is in de deze situatie dan ook niet van toepassing.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 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 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 11 e.v. van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 23 van de zorgverzekering (2011) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op specialistische GGZ zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"Omschrijving:*

*u hebt recht op geneeskundige zorg zoals psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg wordt verstaan diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen / stoornissen.*

*(...)*

*Door:*

*psychiater/zenuwarts, klinisch (neuro)psycholoog, psychotherapeut en GGZ-instelling.*

*Verwijsbrief:*

*huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de Jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van het Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ.*

*(...)"*

Voor het kalenderjaar 2012 is een soortgelijke bepaling opgenomen.

- 8.4. Artikel 23 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 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. Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding van de kosten van zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd.

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 23 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op specialistische geestelijke gezondheidszorg indien deze zorg wordt verleend door een psychiater/zenuwarts, klinisch (neuro)psycholoog, psychotherapeut of GGZ-instelling. Voorts dient een verwijzing te hebben plaatsgevonden door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/ arts voor de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. Vaststaat dat bij verzoeker aanvankelijk sprake was van zorgverlening onder verantwoordelijkheid van een (hoofd)behandelaar van EuroPsyche. Deze (hoofd)behandelaar behoorde tot de in voornoemd artikel opgenoemde zorgaanbieders en mocht als zodanig de kosten declareren door middel van een DBC. Dit is kennelijk ook gebeurd, maar de ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding afgewezen, waarna de (feitelijke) behandelaar verzoeker tot betaling - aan hem, zonder tussenkomst van EuroPsyche - heeft aangesproken. Tussen partijen staat niet ter discussie dat de (feitelijke) behandelaar van verzoeker - die maatschappelijk werker en systeemtherapeut is - niet aan de in de verzekeringsvoorwaarden gestelde voorwaarden voldoet. Deze behandelaar is ook niet gerechtigd de kosten van de behandeling bij verzoeker in rekening te brengen met een DBC. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten ten laste van de zorgverzekering. Of hij ervan op de hoogte was dat de behandelaar niet aan de gestelde voorwaarden voldoet, doet in dit verband niet ter zake.

### 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. Verzoeker heeft zich beroepen op een bindend advies van de commissie (GcZ 6 maart 2013, 2012.01956). Hierin is het verzoek tot vergoeding toegewezen op de grond dat in dat geval sprake was van een bestendige gedragslijn, welke lijn zonder mededeling aan de verzekerde is stopgezet. In het onderhavige geval is volgens verzoeker sprake van een identieke situatie aangezien het hem ten tijde van de behandeling niet bekend was dat de declaraties niet zouden worden vergoed. Na het indienen van de nota's - eind 2012 - is verzoeker eerst in november 2013 medegedeeld dat de kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen. Ten aanzien van deze stellingen overweegt de commissie dat deze verzoeker niet kunnen baten aangezien uit de overgelegde stukken niet is gebleken datdoor verzoeker eerder kosten van eerstelijnspsychologische zorg, verleend door de systeemtherapeut, zijn gedeclareerd onderscheidenlijk vergoed door de ziektekostenverzekeraar, zodat in die zin niet kan worden gesproken van een gewekt en rechtens te honoreren vertrouwen. Dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker pas in november 2013 heeft bericht dat de ingediende declaraties niet zouden worden vergoed is vanuit het oogpunt van service niet wenselijk, maar de tweede en laatste DBC was toen al ruim een jaar daarvoor gesloten, zodat deze vertraging geen enkele invloed heeft gehad op de beslissing van verzoeker de behandeling te ondergaan. Bovendien betreft het hier - anders dan in het door verzoeker aangehaalde bindend advies - een behandelaar die ook voorheen niet door de ziektekostenverzekeraar was gecontracteerd.

### Conclusie

9.4. 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 september 2014,

 Voorzitter