



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B,, tegen C te D en
E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg, EuroPsyche, gewekt vertrouwen
Zaaknummer : 201302811
Zittingsdatum : 27 augustus 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, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, tegen

- 1) C te D, en
 - 2) E te F,
- 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 waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis drie sterren, Beter Af Tandarts Polis één ster en het Beter Af Extra Pakket Onderwijs 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een behandeltraject bij een praktijk voor systeemtherapie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 13 juni 2012 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 15 oktober 2013 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 26 januari 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 7 april 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 april 2014 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 6 mei en 12 augustus 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

3.8. Bij brief van 22 april 2014 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen, thans Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 16 mei 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014054566) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen in geval niet wordt voldaan aan de polisvoorwaarden. Het is aan de ziektekostenverzekeraar te beoordelen of de zorgverlener voldoet aan de in de polisvoorwaarden gestelde eisen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 20 mei 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 verzoekster

4.1. Verzoekster is op verwijzing van haar huisarts, een behandeling gestart bij een praktijk voor systeemtherapie. De kosten hiervan zijn door EuroPsyche met een DBC-code gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De eerste DBC liep van 17 november 2010 tot 16 november 2011 en is volledig door de ziektekostenverzekeraar vergoed. De kosten van de vervolg-DBC, die is geopend op 17 november 2011 en gesloten op 7 juni 2012, zijn niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed.

4.2. De praktijk voor systeemtherapie is aangesloten bij EuroPsyche. Via haar behandelaar 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, in het vervolg niet meer zouden worden vergoed. Bij verzoekster is hierdoor het vertrouwen gewekt dat zij ook na 16 november 2011 aanspraak heeft op vergoeding. Nu dit niet het geval blijkt te zijn, lijdt zij schade. Verzoekster beroept zich in dit kader tevens op een bindend advies van de commissie (GcZ 6 maart 2013, 2012.01956).

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. 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 voor hem dan ook niet toegestaan gebruik te maken van het DBC-declaratiesysteem om kosten in rekening te brengen.

5.2. Verzoekster 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. Het bindend advies is in de onderhavige situatie dan ook niet van toepassing.

5.3. 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 nota zou worden vergoed.

5.4. 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 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 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 onder het kopje '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 GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts of klinisch psycholoog. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

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

- 8.4. Artikel 5.3 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

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

- 8.5. De artikelen 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).

- 8.6. 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 vergoeding van de kosten van zorg 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. Op grond van 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. Voorts dient een verwijzing te hebben plaatsgevonden door een huisarts, bedrijfsarts of arts voor de jeugdgezondheidszorg. 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 opgenoemde 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 derhalve geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de onderhavige zorg ten laste van de zorgverzekering. Of zij ervan op de hoogte was dat de behandelaar niet aan de gestelde voorwaarden voldoet, doet 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. Verzoekster 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. De ziektekostenverzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat het aangehaalde bindend advies in de onderhavige casus niet van toepassing is omdat EuroPsyche - anders dan het geval was in het aangehaalde bindend advies - niet door hem is gecontracteerd. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.4. Zoals in het aangehaalde 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 betreffende 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 casu 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.
- 9.5. In dit verband is van belang dat de behandelaar zich erop beroept dat hem een zelfstandig declaratierecht toekomt. Voor zover sprake is van een dergelijk recht, kan dit naar het oordeel van de commissie alleen betrekking hebben op de behandelingen systeemtherapie 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. In die zin is ook geen sprake van een vervolg-DBC, nog daargelaten dat de behandelaar 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 na 16 november 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, 27 augustus 2014,



Voorzitter