



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen IZZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg, EuroPsyche,
muziektherapie, bestendige gedragslijn, gewekt vertrouwen
Zaaknummer : 201400774
Zittingsdatum : 22 april 2015

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

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

tegen

IZZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, 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 IZZ 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 extra vergoedingen afgesloten (hierna gezamenlijk: 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 behandeling bij de Praktijk voor Systeemtherapie (hierna: de aanspraak).

3.2. Omdat verzoeker niets van de ziektekostenverzekeraar vernam, heeft hij de ziektekostenverzekeraar bij brief van 29 januari 2014 gevraagd waarom de zorgaanbieder nog geen vergoeding had ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 10 februari 2014 aan verzoeker medegedeeld dat de ingediende nota's niet worden vergoed, en dat hij niet zal terugkomen op deze beslissing.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij brief van 14 mei 2014 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij brief van 12 augustus 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 28 januari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 februari 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 12 februari 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 april 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 3 februari 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 20 februari 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015015420) 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. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 april 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 23 april 2015 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en voorgedragen pleitnota gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 1 mei 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en pleitnota 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 verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft in 2011 contact opgenomen met een muziektherapeut. Aangezien de behandelingen voor hem te duur waren om zelf te betalen, werd hem door de muziektherapeut verteld dat hij de behandeling kon combineren met systeemtherapie. Indien hij ook een verwijsbrief van zijn huisarts zou vragen, zouden de kosten door de ziektekostenverzekeraar worden vergoed. Nadien heeft de huisarts verklaard verzoeker te verwijzen naar een "psycholoog/psychotherapeut" in verband met een "aanpassingsstoornis". De behandeling verliep via EuroPsyche en werd bij de start van de behandeling door alle ziektekostenverzekeraars vergoed. Tijdens de therapie kwam EuroPsyche in opspraak, en besloot de ziektekostenverzekeraar deze behandelingen niet meer te vergoeden.
- 4.2. Verzoeker ontving van de systeemtherapeut twee nota's. De eerste nota had betrekking op de behandeling die liep vanaf 13 oktober 2011 tot 25 mei 2012 en bedroeg € 3.654,66. De tweede nota heeft betrekking op de behandelperiode van 13 februari 2012 tot 31 mei 2012 en bedroeg € 500,57. Verzoeker heeft deze nota's bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd, maar vergoeding werd afgewezen. De reden van afwijzing was dat de zorgverlener geen psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog of psychotherapeut is. Ook was hij niet werkzaam bij een GGZ-instelling. Verzoeker tekent hierbij aan dat EuroPsyche in de tijd dat hij met de behandeling begon een door het ministerie erkende GGZ-instelling was. Omdat de kosten van deze zorg destijds door alle ziektekostenverzekeraars werden voldaan, mocht hij erop vertrouwen dat dit ook in zijn geval zo zou zijn.
- 4.3. Het argument van de ziektekostenverzekeraar dat geen sprake is van een bestendige gedragslijn, omdat verzoeker van tevoren had kunnen informeren naar de vergoeding en zulks heeft nagelaten, snijdt geen hout. Indien hij dit had gedaan had het antwoord enkel kunnen luiden dat de kosten voor vergoeding in aanmerking komen. Dit was immers destijds het geval. Verder geldt dat het volgens de voorwaarden van de zorgverzekering op dat moment niet verplicht was

toestemming te vragen. Een verwijzing van de huisarts volstond. De ziektekostenverzekeraar had de problemen kunnen voorzien en zijn verzekerden hierover moeten informeren. Dit kon door middel van een bulletin, nieuwsbrief of een schrijven gericht aan de verzekerden. De ziektekostenverzekeraar was ervan op de hoogte dat er een constante instroom van patiënten was bij EuroPsyche, en had in het kader van zijn zorgplicht maatregelen moeten treffen teneinde zijn verzekerden te informeren.

4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat toen hij met de behandeling begon, EuroPsyche een door de overheid erkende GGZ-instelling was met een WTZi-toelating door de Minister van VWS. De behandelingen werden al enkele jaren vergoed door zorgverzekeraars. Verzoeker is van mening dat hij ervan uit mocht gaan dat ook zijn behandeling zou worden vergoed. Vanwege een christelijke hulporganisatie die homoseksuelen hielp hun homoseksuele gevoelens te onderdrukken, en die declareerde via EuroPsyche, raakte EuroPsyche in opspraak. Hiervan is verzoeker het slachtoffer geworden. De behandelaar heeft de nota bij verzoeker ingediend, en heeft ook een incassobureau ingeschakeld.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. In artikel 23 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat de kosten van geestelijke gezondheidszorg worden vergoed als deze wordt verleend door een psychiater/zenuwarts, een klinisch (neuro)psycholoog, een psychotherapeut of een GGZ-instelling. Uit onderzoek naar de declaraties van EuroPsyche is gebleken dat in het verleden zorg is geleverd die niet voldoet aan de wet- en regelgeving. De behandelaar van verzoeker voldoet niet aan de voorwaarden, en mag de onderhavige zorg niet verlenen. Daarom zijn de nota's niet vergoed.

5.2. Uit een eerder bindend advies van de commissie volgt dat behandelingen bij EuroPsyche onder bepaalde voorwaarden mogen worden vergoed. Dit is het geval indien sprake is van een bestendige gedragslijn. Bij verzoeker is deze situatie niet aan de orde, omdat het niet gaat om een voortgezette behandeling. In zijn geval zijn nooit kosten vergoed. Ook bestaat, anders dan in de kwestie die in het genoemde bindend advies aan de orde was, geen contract met EuroPsyche. Daarom bestaat geen aanleiding verzoeker - in afwijking van de voorwaarden van de zorgverzekering - alsnog een vergoeding te verlenen.

5.3. Omdat verzoeker voorafgaand aan de behandeling niet heeft geïnformeerd bij de ziektekostenverzekeraar of aanspraak bestaat op vergoeding, kon hij eerst nadat kosten werden gedeclareerd, ervan op de hoogte worden gebracht dat de kosten van deze zorg niet voor vergoeding in aanmerking komen. Eerder was de ziektekostenverzekeraar immers niet ervan op de hoogte dat door verzoeker zorg was genoten via EuroPsyche.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat meer mensen op het verkeerde been zijn gezet. De behandelaar heeft een behandeling gegeven die niet voldoet aan de voorwaarden. Ook hijzelf voldoet niet aan de voorwaarden, want hij is geen psychiater, zenuwarts of klinisch psycholoog. De ziektekostenverzekeraar kan daarom niet tot vergoeding overgaan. Overigens blijkt ook uit gegevens van de website van de behandelaar dat hij niet voldoet aan de voorwaarden.

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 10 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2011 en 2012) 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 tot en met 35 van de zorgverzekering (2011 en 2012).

8.3. Artikel 23 van de zorgverzekering (2011 en 2012) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op specialistische GGZ 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.

Begeleidingsactiviteiten kunnen onderdeel zijn van de geneeskundige zorg als deze onlosmakelijk onderdeel zijn van uw behandeling. De activiteiten moeten dan voortvloeien uit het behandelplan en noodzakelijk zijn om het behandelplan te bereiken. Ook moeten de activiteiten gebeuren onder aansturing van uw behandelaar. Uw behandelaar krijgt terugkoppeling over deze activiteiten. Voor de activiteiten is deskundigheid op het niveau van de behandelaar noodzakelijk. U kunt hierbij denken aan (para)medische of gedragswetenschappelijke deskundigheid.

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. (...)”

8.4. Artikel 23 van de zorgverzekering (2011 en 2012) is volgens artikel 2.8 van de zorgverzekering (2011 en 2012) 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. De ziektekostenverzekeraar heeft de taak te bepalen wie de zorg die is gedekt onder de zorgverzekering mag verlenen en waar deze zorg dient te worden verleend.
Gelet op artikel 23 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op specialistische GGZ indien deze zorg wordt verleend door een psychiater/zenuwarts, klinisch (neuro)psycholoog, psychotherapeut of GGZ-instelling. Vast staat dat de behandelaar van verzoeker niet behoort tot één van de in voornoemd artikel limitatief opgesomde zorgaanbieders. Verzoeker heeft derhalve 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 geestelijke gezondheidszorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Gewekt vertrouwen

9.3. Verzoeker heeft zich erop beroepen dat de ziektekostenverzekeraar aan andere verzekerden in eenzelfde situatie wel een vergoeding heeft verleend. De ziektekostenverzekeraar heeft in dat kader verwezen naar een bindend advies van de commissie van 6 maart 2013 (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 is verzoeker medegedeeld dat de kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen. Ten aanzien van de betreffende stellingen overweegt de commissie dat deze verzoeker niet kunnen baten, aangezien uit de overgelegde stukken niet is gebleken dat door verzoeker eerder kosten van tweedelijns psychologische 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.

9.4. De behandelaar van verzoeker - die vóór het faillissement van EuroPsyche fungeerde als 'onderaannemer' - beroept zich thans uitdrukkelijk op een zelfstandig declaratierecht dat door de curator in het faillissement aan deze is overgedragen. Zoals onder 9.1 is overwogen, is de behandelaar van verzoeker 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.

Dat de ziektekostenverzekeraar in het verleden bij andere verzekerden - op basis van onjuiste informatie - is overgegaan tot vergoeding van kosten aan EuroPsyche, maakt het voorgaande niet anders.

- 9.5. Verder staat vast dat verzoeker niet voorafgaand aan de behandeling contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, teneinde te informeren naar de vergoeding. De ziektekostenverzekeraar is daarom niet in de gelegenheid gesteld verzoeker te waarschuwen dat vergoeding zou uitblijven. Of verzoeker conform de voorwaarden van de zorgverzekering gehouden was voorafgaande toestemming te vragen, doet hieraan niet toe of af. Gelet op het belang van verzoeker bij vergoeding, lag het op zijn weg hiernaar navraag te doen. De ziektekostenverzekeraar is niet gehouden elke wijziging van beleid in algemene zin te communiceren aan al zijn verzekerden.

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, 20 mei 2015,

mr. drs. P.J.J. Vonk