

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : De heer A, vertegenwoordigd door de heer B, beiden te C, tegen  
D te E  
Zaak : GGZ, psychologische zorg, behandeltraject, niet-gecontracteerde  
zorg  
Zaaknummer : 2012.01956  
Zittingsdatum : 20 februari 2013

1. Partijen

De heer A, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer B, beiden te C,

tegen

D te E, 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 de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (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 Uitgebreide Aanvullende Verzekering en MiX Aanvullende Verzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is in oktober 2011 een behandeltraject psychologische zorg gestart bij Basic Trust, welke zorg werd vergoed door de ziektekostenverzekeraar.
- 3.2. Bij brief van 11 mei 2012 heeft Basic Trust aan verzoeker medegedeeld dat de behandelafspraken worden opgeschort, aangezien onduidelijkheid is ontstaan over de vergoeding van de te verlenen zorg.
- 3.3. Bij brief van 30 mei 2012 heeft Basic Trust aan verzoeker medegedeeld dat zijn behandeltraject niet langer wordt vergoed door de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 4 juni 2012 bij de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd naar de vergoeding van zijn behandeltraject.
- 3.5. Bij e-mailbericht van 8 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het behandeltraject niet (meer) voor vergoeding in aanmerking komt.
- 3.6. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

- 3.7. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.8. Bij ongedateerde brief, ontvangen op 26 november 2012, heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de psychologische zorg bij Basic Trust alsnog volledig te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekeringen (hierna: het verzoek).
- 3.9. 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.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 januari 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 januari 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.11. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 januari 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 januari 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.12. Bij brief van 8 januari 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 14 januari 2013 (zaaknummer 2013004125) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de behandelaar van verzoeker niet valt onder de categorieën zorgaanbieders als genoemd in de zorgverzekering. Specialistische geestelijke gezondheidszorg valt onder de dekking van de zorgverzekering. De wetgever bepaalt welke te verzekeren risico's door verzekeraars moeten worden aangeboden aan hun verzekerden. Het staat een verzekeraar vrij in de modelovereenkomst te bepalen wie deze zorg mag verlenen en waar deze zorg moet worden verleend. De ziektekostenverzekeraar mag derhalve aanvullende voorwaarden stellen, zolang het maar zorg betreft zoals de klinisch psycholoog die pleegt te bieden en deze zorg voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. De toegang tot specialistische geestelijke gezondheidszorg wordt door dit vereiste niet beperkt. Een afschrift van het CVZ-advies is op 30 januari 2013 respectievelijk 5 februari 2013 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker heeft bij ongedateerde brief, door de commissie ontvangen op 5 februari 2013, op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid te reageren op het CVZ-advies.

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

- 4.1. Verzoeker heeft in verband met een meervoudige psychologische problematiek een therapeutisch behandeltraject bij Basic Trust gevolgd. Dit traject is op 11 oktober 2011 gestart, en inmiddels succesvol afgerond.
- 4.2. In eerste instantie werden de consulten in het kader van het behandeltraject vergoed door de ziektekostenverzekeraar. In mei 2012 ontving verzoeker, via zijn behandelaar, van Europsyche het bericht dat zijn behandeltraject niet langer werd vergoed. Op dat moment werd verzoeker voor de onredelijke keuze gesteld het behandeltraject stop te zetten dan wel een andere zorgverlener te kiezen of de zorg zelf te financieren. Verzoeker heeft geen inkomen, zodat de laatste optie niet mogelijk was. Het kiezen voor een andere zorgverlener was eveneens geen optie, omdat sprake was van een lopend traject en een met de behandelaar opgebouwde vertrouwensband. Zodoende is, mede naar aanleiding van de verklaring van zijn behandelaar dat het afbreken van het behandeltraject onverantwoord zou zijn, het behandeltraject voortgezet. Dit betekent dat negen consulten ten bedrage van in totaal € 1.155,75 voor verzoekers rekening zijn gebleven.
- 4.3. Verzoeker stelt dat sprake is van specialistische tweedelijns GGZ. De behandelaar van Basic Trust is een BIG-geregistreerd GZ-psycholoog met een AGB-code, en voldoet zodoende aan de DBC-regels zoals die door de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) zijn vastgesteld. Daarnaast was de zorg geïndiceerd, en beschikte hij over een verwijzing van de huisarts en een GGZ-instelling. Op basis van artikel 1.4 van de zorgverzekering (2011-2012) dient op zijn minst het tarief voor niet-gecontracteerde zorg te worden vergoed.
- 4.4. Bij de aanvang van het behandeltraject in 2011 werden de kosten vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Daarom mocht verzoeker erop vertrouwen dat het gehele overeengekomen behandeltraject zou worden vergoed. Het halverwege stopzetten van de vergoeding door de ziektekostenverzekeraar is onredelijk en onbillijk.
- 4.5. Verzoeker merkt nog op dat zijn behandelaar heeft getracht een contract af te sluiten met de ziektekostenverzekeraar, maar dat dit niet mogelijk was. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij vrij is in zijn keuze bepaalde beroepsgroepen te contracteren, en maakt daarbij onderscheid tussen eerstelijns en tweedelijns zorg. Dit is in strijd met de DBC-regels van de NZa.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

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

- 5.1. Verzoeker heeft een behandeltraject bij Basic Trust ondergaan. De behandelingen aldaar werden door Europsyche bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. In 2011 zijn de consulten in het kader van het behandeltraject vergoed. Vanaf 2012 komen de consulten echter niet langer voor vergoeding in aanmerking. Dit heeft alles te maken met de problematiek rondom Europsyche. Deze problematiek is pas laat aan het licht gekomen en was ook voor de ziektekostenverzekeraar niet te voorzien. Achteraf is duidelijk geworden dat eerdere vergoedingen in strijd met de verzekeringsvoorwaarden hebben plaatsgevonden.
- 5.2. Anders dan de hoofdbehandelaar Europsyche, kan verzoekers behandelaar geen tweedelijns GGZ leveren, en eveneens geen GGZ DBC's openen, afsluiten en decla-

reren. De reden is dat hij niet beschikt over de kwalificaties en registraties voor tweedelijns GGZ om als hoofdbehandelaar op te treden. Alleen indien een zorgverlener beschikt over de kwalificaties en registraties (BIG) van psychiater, psychotherapeut of klinisch (neuro)psycholoog dan wel dat sprake is van een toegelaten instelling (WTZi), kan hiermee een tweedelijns GGZ overeenkomst worden aangegaan en kunnen GGZ DBC's worden vergoed. Basic Trust heeft geen contract met de ziektekostenverzekeraar. De voorwaarden bieden aldus geen grondslag om onderhavig behandeltraject te vergoeden in het kader van tweedelijns GGZ.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar is niet bereid het behandeltraject volledig te vergoeden op basis van gerechtvaardigd vertrouwen van verzoeker. Het is voorstelbaar dat het voor verzoeker moeilijk te begrijpen is dat de consulten in het kader van het behandeltraject in 2011 wel werden vergoed en vanaf 2012 niet meer. Er wordt echter geen uitzondering voor verzoeker gemaakt. Dit zou rechtsongelijkheid scheppen ten opzichte van andere verzekerden die in een soortgelijke situatie geen vergoeding ontvangen.
- 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 10 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekeringen (2011-2012) en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekeringen (2011-2012) is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekeringen, bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden het onderhavige behandeltraject alsnog volledig te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekeringen.

## 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 de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering (2012). De artikelen 22 en 23 van de zorgverzekering (2011) bepalen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geestelijke gezondheidszorg bestaat. Artikel 23 van de zorgverzekering (2011) regelt de aanspraak op specialistische geestelijke gezondheidszorg. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel als volgt:

*“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 specialis-  
tische behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen.*

*Begeleidingsactiviteiten kunnen onderdeel zijn van de geneeskundige zorg als deze onlosma-  
kelijk onderdeel zijn van uw behandeling. De activiteiten moeten dan voortvloeien uit het be-  
handelplan en noodzakelijk zijn om het behandeldoel 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 des-  
kundigheid.*

*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 ar-  
tikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in  
artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ.*

*(...)"*

Eenzelfde regeling is opgenomen voor het jaar 2012.

Artikel 1.4 van de zorgverzekering (2011) regelt de hoogte van de vergoeding indien een verzekerde zich voor zorg tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wendt. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*"Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Als u voor  
zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, kan het zijn dat u een deel van de re-  
kening zelf moet betalen. De kosten van zorg worden namelijk vergoed tot maximaal 80% van  
de gemiddelde tarieven voor 2011, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn over-  
eengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen in-  
koop tarieven zijn vastgesteld en er gelden Wmg-tarieven, is het gemiddeld gecontracteerde  
tarief gelijk aan het geldende Wmg-tarief. In dat geval worden de kosten vergoed tot maximaal  
80% van de Wmg-tarieven.*

*(...)"*

Eenzelfde regeling is opgenomen voor het jaar 2012. In artikel 1.4 van de zorgverze-  
kering (2012) is de volgende uitzondering opgenomen:

*"Uitzondering:*

*Specialistische GGZ zoals omschreven in artikel 23. Gaat u voor deze zorg naar een GGZ-  
instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten? U ontvangt dan maximaal 60%  
van de geldende Wmg-tarieven."*

- 8.3. De artikelen 1.4 en 23 van de zorgverzekering (2011-2012) zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering (2011-2012) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verze-  
kerden 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.3 Rzv.

Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding in het geval een verzekerde, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, de verzekerde zorg of een andere dienst betreft bij een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.

- 8.5. 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. De zorg dient te worden verleend door een psychiater/zenuwarts, klinisch (neuro)psycholoog, psychotherapeut of GGZ-instelling. Voorts dient een verzekerde te beschikken over een verwijfsbrief van de huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de Jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. De behandelaar van verzoeker is een GZ-psycholoog en voldoet derhalve niet aan de toepasselijke voorwaarden. Zoals door het CVZ in zijn advies van 14 januari 2013 is gesteld, staat het een verzekeraar vrij in de modelovereenkomst te bepalen wie de verzekerde zorg mag verlenen en waar deze zorg moet worden verleend.

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

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op die grond kan worden ingewilligd.

### **Werking privaatrecht**

- 9.3. Door verzoeker is gesteld dat eerdere consulten in het kader van het behandeltraject door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed. Dit is door de ziektekostenverzekeraar ook erkend. Verzoeker heeft voorts gesteld dat het onredelijk en onbillijk is halverwege een behandeltraject de vergoeding stop te zetten. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de consulten die vanaf 14 mei 2012 hebben plaatsgevonden niet (meer) vergoed. Naar het oordeel van de commissie bestaat er een bestendige gedragslijn, inhoudende dat de consulten in het kader van het behandeltraject bij Basic Trust, uitgevoerd door een GZ psycholoog en gedeclareerd door Europsyche, door de ziektekostenverzekeraar werden vergoed. De ziektekostenverzekeraar is in beginsel gebonden aan een dergelijke gedragslijn. Hoewel in die

zin sprake is van rechtsverwerking, betekent dit niet dat de ziektekostenverzekeraar niet meer van de door hem uitgezette gedragslijn zou mogen afwijken. Besluit de ziektekostenverzekeraar hiertoe, dan zal hij verzoeker, gelet op de nadelige (financiële) gevolgen voor deze, tijdig moeten waarschuwen. De commissie stelt vast dat dit niet is gebeurd. Verzoeker is door zijn behandelaar en door Europsyche geïnformeerd.

- 9.5. Voorts merkt de commissie op dat het een keuze van de ziektekostenverzekeraar is geweest Europsyche voor de onderhavige zorg te contracteren. Als een onderdeel van de te maken afspraken, lag het op de weg van de ziektekostenverzekeraar – mede gelet op de belangen van zijn verzekerden – te controleren of de geleverde zorg valt onder de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. Kennelijk is dit niet periodiek gebeurd, waardoor deze situatie heeft kunnen ontstaan, doch zulks nalaten door de ziektekostenverzekeraar kan niet onverkort op de verzekerde worden afgewenteld. Indien verder rekening wordt gehouden met het feit dat sprake is van één doorlopend behandeltraject, welk behandeltraject volgens de behandelaar van verzoeker onder geen beding kon worden stopgezet, restte verzoeker geen andere keuze dan de behandeling voort te zetten. Aangezien de kosten op grond van de verzekeringsvoorwaarden voor zijn rekening blijven, lijdt verzoeker schade. Deze schade is een rechtstreeks gevolg van het handelen of nalaten van de ziektekostenverzekeraar, en laatstgenoemde is hiervoor dan ook aansprakelijk. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoeker te compenseren voor de geleden schade door de consulten vanaf 14 mei 2012 alsnog te vergoeden, als waren deze gedeclareerd door Europsyche.

### **Conclusie**

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 6 maart 2013,

Voorzitter