



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en Achmea  
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist  
Zaak : Geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg, EuroPsyche, gewekt vertrouwen  
Zaaknummer : 201400797  
Zittingsdatum : 28 januari 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011-2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011-2012)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
  - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- 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 was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Plus Polis 3 sterren 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 door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Beter Af Tandarts Polis 3 sterren is niet in geschil, en blijft om die reden verder onbesproken.

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 sociaal psychiatrisch verpleegkundige (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 8 juni 2012 en 18 januari 2013 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 21 januari 2014 en 20 februari 2014 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 21 juli 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 21 oktober 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 oktober 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 12 november 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 januari 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 22 oktober 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 29 oktober 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014137079) 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 polisvoorwaarden, dit ter beoordeling aan de ziektekostenverzekeraar. Artikel 11 van de zorgverzekering omschrijft de aanspraak op klinisch geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Dit komt overeen met hetgeen bij en krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Het is aan de ziektekostenverzekeraar om te beoordelen of de zorgverlener voldoet aan de in de polisvoorwaarden gestelde eisen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 6 januari 2015 aan partijen gezonden.
- 3.9. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstige bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 januari 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 30 januari 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 6 februari 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen 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 verzoekster
- 4.1. De behandelend arts van de pijnpoli heeft op 13 september 2011 over verzoekster verklaard: *“VG 1999 aanrijding > whiplash klachten. (...) Ook emotionele stress, heeft na 38 jr haar baan als datatypiste verloren. Blijft hierdoor veel nek + hoofdpijnklachten houden”*, en verwees haar (onder andere) naar een klinisch psycholoog.
- 4.2. Verzoekster heeft in de periode van 8 november 2011 tot 5 juni 2012 op aanraden van de behandelend arts behandelingen genoten bij een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, aangesloten bij EuroPsyche. Deze behandelingen werden volledig vergoed door de ziektekostenverzekeraar. De brief van 8 juni 2012 van de ziektekostenverzekeraar maakte voor verzoekster duidelijk dat de behandelingen bij EuroPsyche niet meer voor vergoeding in aanmerking kwamen. De behandelingen zijn vanaf dat moment om financiële redenen gestaakt. Overigens erkent de ziektekostenverzekeraar in voornoemde brief dat eerdere behandelingen wel volledig zijn vergoed. Verzoekster heeft van de behandelaar een nota ontvangen ten bedrage van € 1.982,44. Deze kan zij niet voldoen.
- 4.3. Verzoekster stelt dat sprake is van gewekt vertrouwen. Zij is te goeder trouw geweest. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn zorgplicht ernstig verzaakt door haar niet eerder dan 8 juni 2012 mede te delen dat de behandelingen niet langer voor vergoeding in aanmerking kwamen, dan wel dat er problemen waren met de vergoeding voor de behandelingen van EuroPsyche.

Alleen al het stilzwijgen van de ziektekostenverzekeraar in de periode tot 8 juni 2012 dient te leiden tot vergoeding. Volgens verzoekster is de ziektekostenverzekeraar gebonden aan zijn handelen c.q. nalaten. Niet eerder dan bij brief van 8 juni 2012 zijn maatregelen getroffen om het gewekte vertrouwen te doorbreken. Verzoekster heeft maandenlang in vertrouwen behandelingen bij EuroPsyche genoten. De bewuste brief van de ziektekostenverzekeraar zorgde bij haar dan ook voor verwarring. De verwijzing van de ziektekostenverzekeraar naar zijn beleid maakt het vorenstaande niet anders. Zulks te meer ten aanzien van het declareren door middel van codes, aangezien de ziektekostenverzekeraar de controles hierop achteraf uitvoert. Het hieraan verbonden risico kan niet worden afgewenteld op een verzekerde. Als sprake was van een beleidswijziging had verzoekster hierover direct moeten worden geïnformeerd. Verzoekster heeft gerechtvaardigd er op vertrouwd dat de behandelingen bij EuroPsyche volledig zouden worden vergoed. Indien zij had geweten dat dit niet het geval was, had zij anders gehandeld. Thans wordt verzoekster geconfronteerd met een hoge nota van de behandelaar van EuroPsyche. Deze negatieve consequentie dient te worden gedragen door de ziektekostenverzekeraar; verzoekster dient in deze te worden beschermd. Verzoekster beroep zich op een bindend advies van de commissie (GcZ 6 maart 2013, met 2012.01956).

- 4.4. Voorts voert verzoekster aan dat de ziektekostenverzekeraar tijdens het behandeltraject nimmer kenbaar heeft gemaakt dat de behandelingen bij EuroPsyche niet voldeden aan de polisvoorwaarden. Sterker nog, de door EuroPsyche gedeclareerde nota's werden volledig door hem vergoed. Op dat moment was de ziektekostenverzekeraar kennelijk ook van mening dat sprake was van een verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering. Volgens verzoekster was de ziektekostenverzekeraar bekend met de manier van werken van EuroPsyche en diens behandelaars. De ziektekostenverzekeraar schendt het gelijkheidsbeginsel. Verzoekster heeft namelijk vernomen dat andere patiënten van haar behandelaar wél vergoeding hebben ontvangen. Verzoekster merkt verder op dat uit de polisvoorwaarden niet volgt dat voorafgaande toestemming is vereist. Dit is haar ook niet anderszins medegedeeld. Daarnaast volgt uit de polisvoorwaarden niet dat de behandelingen achteraf worden gefactureerd. Verzoekster ging ervan uit dat de ziektekostenverzekeraar haar zou informeren indien voorafgaande toestemming was vereist. Een nota heeft zij nimmer verwacht. Verzoekster heeft ook niets kunnen doen om een nota te voorkomen. Na 8 juni 2012 kon in alle redelijkheid niet van haar worden verwacht dat zij zich zou wenden tot een andere behandelaar. Verzoekster benadrukt dat zij niet voor niets is verwezen naar een psycholoog. Zij heeft veel baat gehad bij de behandelingen. Onderhavig geschil veroorzaakt bij haar helaas psychische schade.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de nota dient te voldoen. Pas na jaren is de ziektekostenverzekeraar achter de juiste verhoudingen gekomen. Het is onmogelijk dit van verzoekster te verwachten. Bovendien bestaat er een zorgplicht. De ziektekostenverzekeraar had betere controles moeten uitvoeren en moeten nagaan of de behandelaars aan de regels voldoen. Dit is niet gebeurd. Verzoekster verklaart dat zij het meest uitgebreide pakket heeft. Er is navraag gedaan en de psychiatrisch verpleegkundige heeft medegedeeld dat de behandelingen zouden worden vergoed. Verzoekster benadrukt dat zij door het ziekenhuis is verwezen naar deze behandelaar. Gelet op haar toestand destijds, was het voor verzoekster onmogelijk telefonisch contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar. Bovendien was er geen aanleiding aan te nemen dat de vergoeding niet in orde was. Tot slot stelt verzoekster dat zij is gestopt met de behandeling bij de psychiatrisch verpleegkundige. Eigenlijk is sprake van een kwestie tussen de ziektekostenverzekeraar en de behandelaar. Dat verzoekster hierin wordt betrokken is onbegrijpelijk.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar geeft uitvoering aan de Zorgverzekeringswet en aanverwante regelgeving. Ingevolge artikel 11 van de zorgverzekering - gebaseerd op artikel 2.4 Bzv - bestaat aanspraak op tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (hierna: GGZ) indien deze zorg wordt

verleend door een hiervoor gekwalificeerde zorgverlener. Deze voorwaarde geldt tevens indien de zorg door een GGZ-instelling wordt verleend. Enkel de kosten van specialistische GGZ, behandeling met verpleging en de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen worden vergoed. Specialistische GGZ houdt in dat een specialist is betrokken bij de zorg. Deze specialist moet de hoofdbehandelaar zijn. Het moet gaan om diagnostiek en behandeling van complexe psychische aandoeningen. Een en ander volgt uit artikel 1 van de zorgverzekering (begripsbepalingen). Een specialist is in dit geval een psychiater, zenuwarts, BIG-geregistreerde psychotherapeut of klinisch psycholoog.

De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de polisvoorwaarden op dit onderdeel niet zijn gewijzigd.

De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) heeft met betrekking tot de tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg regels vastgesteld inhoudende aan wie, door wie of op welke wijze, onder welke voorwaarden of met inachtneming van welke voorschriften of beperkingen een tarief in rekening kan worden gebracht. De NZa verwijst in de circulaire 'Regeling NR/CU-508' naar de Spelregels DBC-registratie. Hierin is onder meer omschreven welke hulpverlener bevoegd is een DBC te typeren (versie 20101018, pagina 4).

- 5.2. Verzoekster is onder behandeling geweest bij een behandelaar die was aangesloten bij EuroPsyche. Vast staat dat de door verzoekster ondergane therapie als DBC is gedeclareerd. Dit houdt in dat de behandelaar van verzoekster de behandeling als tweedelijns GGZ heeft aangemerkt.

De behandelaar van verzoekster staat in het BIG-register geregistreerd als verpleegkundige. Derhalve is zij uitgesloten als behandelaar van eerste- of tweedelijns GGZ. Op de factuur is de praktijk PsyZorg vermeld. Uit de gegevens van de Kamer van Koophandel blijkt dat PsyZorg een eenmanszaak is waarvan de behandelaar van verzoekster eigenaar is, met als activiteiten 'praktijken van psychotherapeuten en psychologen'. Op de factuur van 1 december 2013 staat bij gegevens eindverantwoordelijke de naam van de behandelaar van verzoekster vermeld. Gelet op het voorgaande, wordt niet voldaan aan de polisvoorwaarden en bestaat geen aanspraak op vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

- 5.3. Verzoekster beroept zich op eerdere vergoedingen. Op grond van een betaalovereenkomst tussen de ziektekostenverzekeraar en EuroPsyche zijn in de meeste gevallen de kosten tot omstreeks 10 februari 2012 uitbetaald.

Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht de gedeclareerde kosten van zorg te controleren op rechtmatigheid. De ziektekostenverzekeraar heeft geconstateerd dat EuroPsyche op grote schaal onrechtmatige declaraties indiende. Bij brief van 10 februari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar EuroPsyche in kennis gesteld van de opschorting van de betalingen. Voorts zijn in deze brief vervolgcacties aangekondigd. Na controle en onderzoek is de opschorting van de betalingen aan EuroPsyche in stand gebleven en is EuroPsyche gesommeerd het onrechtmatig handelen te staken. De behandelaars die waren aangesloten bij EuroPsyche zijn door de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd over het stopzetten van de betalingen. Op 5 juni 2012 is EuroPsyche failliet verklaard.

Zoals reeds opgemerkt hadden EuroPsyche en de ziektekostenverzekeraar een betaalovereenkomst gesloten. Wegens het ontbreken van een zorginhoudelijk contract tussen partijen kan volgens de ziektekostenverzekeraar niet worden gesteld dat als onderdeel van de te maken afspraken het op zijn weg had gelegen, mede gelet op de belangen van verzekerden, te controleren of de geleverde zorg onder de verzekerde prestaties valt. In de gevallen waarin zorg op onrechtmatige wijze is geleverd, heeft EuroPsyche in strijd met de betaalovereenkomst gehandeld jegens de ziektekostenverzekeraar en de patiënten.

Gezien het voorgaande kan niet worden gesteld dat sprake was van een inconsistentie die eenvoudig had kunnen worden opgemerkt door de ziektekostenverzekeraar, dan wel dat de ziektekostenverzekeraar, wetende van de onrechtmatige declaraties, de handelwijze van EuroPsyche niet zou hebben gecorrigeerd, waardoor bij verzoekster de indruk zou zijn ontstaan dat de ziektekostenverzekeraar niettemin bereid was onrechtmatige/ondoelmatige zorg te vergoeden. Er wordt derhalve geen betekenis toegekend aan eerdere vergoedingen.

- 5.4. De behandelaar van verzoekster had een afspraak met EuroPsyche over de verrekening van declaraties. Hiermee is de betaling van de aan verzoekster geleverde zorg iets tussen haar behandelaar en (de curator van) EuroPsyche. De behandelaar van verzoekster dan wel EuroPsyche had verzoekster correct moeten informeren. Hiertoe zijn zij verplicht. Dat dit niet is gebeurd, is de ziektekostenverzekeraar niet aan te rekenen.
- 5.5. Uit de polisvoorwaarden volgt welke zorg onder welke voorwaarden wordt vergoed. Gelet op het feit dat verzoekster sinds 2006 bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd, had zij op basis van de polisvoorwaarden behoren te weten dat onderhavige behandeling is uitgesloten van vergoeding. Bij het sluiten van de verzekeringsovereenkomst worden de polisvoorwaarden conform artikel 6:234 BW aan een verzekerde ter hand gesteld. De jaarlijkse wijzigingen worden kenbaar gemaakt. Daarnaast kan een verzekerde te allen tijde de polisvoorwaarden digitaal raadplegen of de ziektekostenverzekeraar verzoeken deze toe te zenden. Verzoekster wordt derhalve geacht op de hoogte te zijn van de (inhoud van de) polisvoorwaarden, zodat onbekendheid met bepalingen voor haar rekening en risico komt. Dit standpunt wordt onderschreven door de commissie in het bindend advies van 24 februari 2010 met nummer 2009.00991.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar is het niet eens met het oordeel van de commissie in het door verzoekster aangehaalde bindend advies van 6 maart 2013. Ten eerste wordt bekendheid met de polisvoorwaarden niet verondersteld. Dit zou juist het uitgangspunt moeten zijn. Ten tweede wordt misbruik in de zorg in de hand gewerkt. Immers, zorgverleners worden beloond voor het verkeerd declareren, nu de gevolgen hiervan op verzekeraars worden afgewenteld. Dit kan leiden tot (opzettelijke) benadeling van de ziektekostenverzekeraar door zorgaanbieders en verzekerden, en daarmee tot stijging van de zorgkosten. Aan de betaalovereenkomst wordt geen belang gehecht. Daarnaast dient de zorgverlener een verzekerde voor aanvang van een behandeling te informeren indien geen recht bestaat op vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Ten derde wordt het verzekerde pakket verruimd, in strijd met de bedoelingen van de wetgever. In tegenstelling tot de commissie in overweging 9.5 opmerkt, was geen sprake van een zorginhoudelijk contract tussen EuroPsyche en de ziektekostenverzekeraar. In het kader van de zorgplicht waren met andere zorgverleners inhoudelijke zorgcontracten afgesloten. De schade die verzoekster lijdt is dan ook geen rechtstreeks gevolg van het handelen of nalaten van de ziektekostenverzekeraar, waarvoor hij aansprakelijk kan worden gehouden.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar sluit zich bij de uitleg over het verzekerde pakket aan bij de advisering door het Zorginstituut. Aan deze adviezen liggen niet alleen zorginhoudelijke, maar ook financiële en maatschappelijke overwegingen ten grondslag. In eerdergenoemd bindend advies van de commissie van 6 maart 2013 heeft het Zorginstituut (toentertijd College voor Zorgverzekeringen) geadviseerd het verzoek van verzekerde af te wijzen op de grond dat de behandelaar niet valt onder de categorieën zorgaanbieders zoals genoemd in de zorgverzekering.
- 5.8. Onder verwijzing naar het bindend advies van de commissie van 1 oktober 2014 met nummer 201400441 stelt de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt dat het verzoek van verzoekster dient te worden afgewezen. Verzoekster is onder behandeling geweest bij PsyZorg en niet bij EuroPsyche. De behandelaar is geen psycholoog of psychiater en daarmee geen behandelaar die eerste- of tweedelijns GGZ kan/mag leveren conform de polisvoorwaarden. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoekster in goed vertrouwen de zorg heeft geaccepteerd en dat het om veel geld gaat, maar dit kan niet leiden tot een andere uitkomst. Vergoeding zou in strijd zijn met de Zorgverzekeringswet. Ook tot een coulancevergoeding wordt niet overgegaan, omdat de behandelaar geen gekwalificeerde zorgverlener is.
- 5.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen aanspraak op vergoeding van tweedelijns GGZ. Voor eerstelijns GGZ geldt dat deze door een klinisch psycholoog,



gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog of orthopedagoog-generalist dient te worden geleverd.

5.10. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij verzoekster niet heeft verwezen naar de behandelaar. Dit was een eigen keuze van verzoekster. Voorafgaand daaraan had zij de voorwaarden kunnen raadplegen of kunnen bellen.

5.11. 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 (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 ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden 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 mixpolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 42 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 11 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering (2011) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op niet klinisch 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.*

*(...)*

*Voorwaarden*

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

*(...)"*

Artikel 11 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering (2012) is van gelijke strekking.

- 8.4. Artikel 1 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering (2011) betreft de begripsomschrijvingen en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"(...)

**Specialistische geestelijke gezondheidszorg**

*Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig. (...)*"

Artikel 1 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering (2012) is ter zake van het begrip specialistische geestelijke gezondheidszorg gelijkloidend.

- 8.5. De artikelen 1 van de "Algemene voorwaarden" en 11 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering (2011-2012) zijn volgens artikel 2 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering (2011-2012) 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.
- 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 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. Op grond van artikel 11 van de "Aanspraken" van de zorgverzekering bestaat aanspraak op niet klinische geestelijke gezondheidszorg indien deze zorg wordt verleend door een psychiater/zenuwarts, psychotherapeut, klinisch psycholoog of GGZ-instelling. Voorts dient een verwijzing te hebben plaatsgevonden door een huisarts, bedrijfsarts of arts voor de jeugdgezondheidszorg. Verzoekster heeft een behandeling genoten bij een sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Dit is geen zorgverlener zoals genoemd in de polisvoorwaarden, zodat om die reden de behandelingen niet voor vergoeding in aanmerking komen. Dit is slechts anders indien zou zijn komen vast te staan dat de psychiatrisch verpleegkundige de zorg in kwestie had verleend onder verantwoordelijkheid van een (hoofd)behandelaar van EuroPsyche. Laatstgenoemde zou wel tot de in voornoemd artikel opgesomde zorgverleners behoren, in welk geval de kosten van de behandeling op zijn naam mogen worden gedeclareerd door middel van een DBC. Gesteld noch gebleken is dat verzoekster in het tijdvak van november 2011 tot juni 2012 is behandeld door een (hoofd)behandelaar van EuroPsyche, dan wel dat deze directe betrokkenheid had bij het behandeltraject. Het vorenoverwogene leidt tot de conclusie dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de behandeling ten laste van de zorgverzekering.



## Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

### 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. In het onderhavige geval is volgens verzoekster sprake van een identieke situatie aangezien haar ten tijde van de behandeling niet bekend was dat de kosten hiervan niet zouden worden vergoed. Pas in juni 2012 werd dit voor verzoekster duidelijk.
- 9.4. Deze stelling kan verzoekster niet baten, aangezien uit de overgelegde stukken niet is gebleken dat door verzoekster eerder kosten van zorg, verleend door de betreffende behandelaar, zijn gedeclareerd onderscheidenlijk vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Daaraan doet evenmin af dat de ziektekostenverzekeraar haar pas in juni 2012 heeft bericht dat de kosten van de behandeling niet zouden worden vergoed, en verzoekster door dit stilzwijgen in de veronderstelling verkeerde dat de vergoeding geen probleem zou opleveren. Indien financiële overwegingen voor verzoekster reden zijn een behandeling te starten c.q. te beëindigen - zoals zij stelt -, dan had het op haar weg gelegen voorafgaand aan de behandeling bij de ziektekostenverzekeraar te informeren naar de vergoeding hiervan. Gesteld noch gebleken is dat dit is gebeurd. Bovendien mag van verzoekster worden verwacht dat zij kennis heeft van de toepasselijke polisvoorwaarden en dat bij eventuele onduidelijkheid door haar navraag wordt gedaan. Derhalve kan onder de gegeven niet worden gesproken van een gewekt en rechtens te honoreren vertrouwen.
- 9.5. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd maakt het voorgaande niet anders.

### 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, 11 februari 2015,

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