



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg, EuroPsyche, gewekt
vertrouwen, bestendige gedragslijn
Zaaknummer : 201400197
Zittingsdatum : 19 november 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk 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 Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] direct Extra 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).

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 behandelingen bij de Praktijk voor Systeemtherapie (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 26 en 27 november 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 30 december 2013 en 16 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 7 juli 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 19 september 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 september 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 29 september 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Om redenen van proceseconomie heeft de commissie besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid, en tevens, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomende bevoegdheid, dat de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 23 september 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 17 oktober 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014123549) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat artikel B.27 van de zorgverzekering in overeenstemming is met het bepaalde aangaande GGZ in de Zvw. Het is aan de ziektekostenverzekeraar te beoordelen of in de onderhavige situatie is voldaan aan de polisvoorwaarden. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 november 2014 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 20 november 2014 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 16 december 2014 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft relatietherapie gehad bij de Praktijk voor Systeemtherapie. De behandelaar werkte via EuroPsyche, en deelde hem mede dat de kosten zouden worden vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Door de behandelaar werd toegelicht dat hij de kosten altijd via EuroPsyche declareerde, en daarop volgde van de ziektekostenverzekeraar, en ook van andere verzekeraars, dan een vergoeding. Verzoeker vertrouwde daarom erop dat de kosten ook in zijn geval voor vergoeding in aanmerking kwamen, en is met de behandeling gestart.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de kosten echter afgewezen en wel op de grond dat de behandelaar niet voldoet aan de eisen om GGZ-zorg te mogen verlenen. De behandelaar heeft evenwel jarenlang in een instelling voor GGZ als hoofdbehandelaar gewerkt voordat hij zich als zelfstandige vestigde. Hierbij heeft hij dezelfde werkwijze in zijn praktijk voortgezet. Bovendien is EuroPsyche een door de minister goedgekeurde GGZ-instelling, en kwam de naam van de behandelaar op alle facturen voor. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten steeds vergoed. De behandelaar mocht daarom erop vertrouwen dat de kosten ook in de situatie van verzoeker zouden worden vergoed.
- 4.3. Overigens mag de ziektekostenverzekeraar deze eisen niet stellen. Hij legt de bepaling betreffende GGZ in de zorgverzekering, die voor iedereen gelijk hoort te zijn, anders uit dan de Nederlandse Zorgautoriteit, die deze zorg heeft gedefinieerd. Dit levert rechtsongelijkheid tussen verzekerden op.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar stelt zijn beleid niet te hebben gewijzigd. De voorwaarden van de zorgverzekering zijn inderdaad gelijk gebleven, maar de vergoedingspraktijk is gewijzigd. Vergoedingen die in het verleden werden verleend, worden nu niet meer gegeven. Deze wijziging is niet aan de behandelaars en verzekerden doorgegeven. Dit lag wel op de weg van de ziektekostenverzekeraar, toen hem na onderzoek bleek dat deze declaraties niet mochten worden ingediend. De ziektekostenverzekeraar had stappen moeten ondernemen om schade die hierdoor zou kunnen ontstaan te voorkomen en verzekerden in staat te stellen naar een passende oplossing te zoeken.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat jarenlang facturen zijn betaald zonder dat is gecontroleerd of was voldaan aan de voorwaarden. De behandelaar van verzoeker heeft hem verteld dat alle verzekeraars zijn behandeling vergoeden. Verzoeker heeft destijds een akte van cessie moeten ondertekenen, zodat de behandelaar zijn nota's via EuroPsyche kon declareren. De behandelaar is volledig te goeder trouw geweest. Op enig moment zijn steekproefsgewijs door de ziektekostenverzekeraar behandelingen onderzocht, en toen is gezegd dat niets van EuroPsyche meer werd betaald. Op het moment dat de vergoedingspraktijk wijzigt, moet de ziektekostenverzekeraar zijn verzekerden daarvan op de hoogte brengen. De behandelaar is geen zenuwarts of één van de andere in de voorwaarden genoemde zorgaanbieders. Hij is wel al jaren werkzaam in de GGZ. Hij werkte via de zogenoemde "verlengde-arm-constructie". Dit werd bij veel andere instellingen ook zo gedaan, maar EuroPsyche is door de ziektekostenverzekeraar gebruikt om dit aan de kaak te stellen. Verzoeker stelt verder ermee bekend te zijn dat andere verzekerden in een gelijk geval wel een vergoeding hebben gekregen van de ziektekostenverzekeraar. Hij vindt het oneerlijk dat hij nu een bedrag van ongeveer € 6.000,- aan zijn behandelaar moet betalen.

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. De ziektekostenverzekeraar mag eisen stellen die te maken hebben met de randvoorwaarden van de zorg. In dat kader is bepaald dat enkele met name genoemde zorgverleners GGZ-zorg mogen verlenen. De behandelaar van verzoeker voldoet niet aan de regels, zodat vergoeding is afgewezen.
- 5.2. In het verleden is aan andere verzekerden een vergoeding verleend voor GGZ-zorg, die werd gedeclareerd via EuroPsyche. De declaraties vonden rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar plaats op basis van een akte van cessie. Aanvankelijk was niet bekend dat deze organisatie zorg declareerde namens onbevoegde behandelaars. De ziektekostenverzekeraar is vanwege enkele signalen dat de declaraties onterecht zouden zijn, een onderzoek gestart. Hiervan is EuroPsyche op de hoogte gesteld. Op 16 mei 2012 volgde een uitspraak in kort geding. De rechter stelde de ziektekostenverzekeraar in het gelijk. Vanaf dat moment werden declaraties van EuroPsyche niet meer vergoed. Het was niet nodig individuele verzekerden hierover te informeren, omdat deze worden verondersteld bekend te zijn met de voorwaarden van de zorgverzekering, waarin staat welke zorgverleners de GGZ-zorg mogen verlenen.
- 5.3. Verzoeker heeft niet voorafgaand aan de behandelingen contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Bij hem zijn geen verwachtingen gewekt ten aanzien van de vergoeding. Aan de onterechte vergoedingen aan andere verzekerden kan verzoeker geen rechten ontleen. Er is geen sprake geweest van een beleid op dit gebied.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat al eerder is medegedeeld dat de behandelaar een behandeling uitvoerde die werd gedeclareerd als tweedelijns GGZ, maar dit niet was. De voorwaarden in de polis zijn gesteld om de kwaliteit te waarborgen. De behandelaar wist echt wel dat wat hij deed niet klopte. De ziektekostenverzekeraar kon verzoeker niet informeren over de wijziging van de vergoedingspraktijk, omdat hij niet wist dat de behandeling werd gegeven. Dit bleek pas bij declaratie van de kosten ervan. Een mededeling van de behandelaar dat de

kosten zouden worden vergoed, is niet bindend voor de ziektekostenverzekeraar, en kan daarom niet leiden tot de conclusie dat door de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker het vertrouwen is gewekt dat vergoeding zou plaatsvinden. De onderhavige kwestie is vergelijkbaar met een bindend advies waarin een afwijzende beslissing is genomen, omdat aan verzoeker niet eerder een vergoeding is verleend.

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 A.25. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering en 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 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.27.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op specialistische GGZ zonder opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“B.27.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat specialistische geestelijke gezondheidszorg (specialistische GGZ) zoals psychiaters, zenuwartsen en klinisch psychologen die plegen te bieden, zonder dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) plaatsvindt. Onder deze specialistische geestelijke gezondheidszorg verstaan wij diagnostiek (het vaststellen van de aandoening) en specialistische behandeling van ingewikkelde (complexe) psychische aandoeningen.

De zorg omvat tevens:

- a. de psychotherapie, waaronder (langdurige) psychoanalytische psychotherapie;*
- b. andere specialistische GGZ zonder opname;*
- c. de verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen. (...)*

B.27.2.2. Andere specialistische GGZ zonder opname

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, psychiater, zenuwarts, bedrijfsarts of Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg. (...)

Zorgverlener/leverancier

Een psychiater, zenuwarts of instelling voor medisch specialistische zorg verleent de zorg. (...)

- 8.4. Artikel B.27.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering is volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' 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 aanspraak op vergoeding indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar 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. Uit de nota van toelichting bij artikel 2.4 Bzv blijkt dat de ziektekostenverzekeraar de taak heeft te bepalen wie de zorg die is gedekt onder de zorgverzekering mag verlenen en waar deze zorg dient te worden verleend.
- 9.2. Gelet op artikel B.27.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bestaat aanspraak op specialistische geestelijke gezondheidszorg zonder opname indien deze zorg wordt verleend door een psychiater of zenuwarts. Vast staat dat de behandelaar van verzoeker niet aan deze kwalificaties voldoet. Voorts is de Praktijk voor Systeemtherapie geen instelling voor medisch-specialistische zorg.
- 9.3. Niet aannemelijk is geworden dat EuroPsyche als GGZ-instelling dan wel een daar werkzame psychiater of zenuwarts de hoofdbehandelaar was. Bovendien declareert de behandelaar de kosten rechtstreeks bij verzoeker, waaruit tevens diens hoofdbehandelaarschap blijkt. De behandelaar beroept zich hierbij op zijn zelfstandig declaratierecht. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de onderhavige behandeling, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor specialistische GGZ, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Gewekt vertrouwen

- 9.5. Verzoeker heeft zich beroepen op het bestaan van een bestendige gedragslijn van de ziektekostenverzekeraar. Voor zover dit door de commissie mag worden begrepen als een beroep

van verzoeker op het bindend advies van de commissie van 6 maart 2013 (GcZ 6 maart 2013, 2012.01956), geldt dat bij die uitspraak het verzoek tot vergoeding is toegewezen op de grond dat in dat geval sprake was van een bestendige gedragslijn, welke lijn zonder mededeling aan de verzekerde was stopgezet. Zoals in voormeld 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 aan het desbetreffende bindend advies ten grondslag liggende geval was dit niet periodiek gebeurd, waardoor de ongewenste situatie heeft kunnen ontstaan. Onder deze omstandigheden kon de ziektekostenverzekeraar in het aldaar aan de orde zijnde geval niet lopende het verzekeringsjaar het contract met de zorgaanbieder beëindigen en de financiële gevolgen hiervan afwentelen op de verzekerde. Het thans aan de commissie voorgelegde geval is echter wezenlijk anders van aard. In casu betreft het behandelingen door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, zodat de hierboven geparafraseerde overweging thans niet relevant is.

- 9.6. Verder staat vast dat verzoeker niet voorafgaand aan de bewuste behandelingen 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.
- De commissie kan niet treden in de beoordeling van een eventueel gewekt vertrouwen bij de behandelaar, omdat dit speelt in de relatie tussen de ziektekostenverzekeraar en de behandelaar, en daarmee valt buiten de bevoegdheid van de commissie.
- Uit het voorgaande volgt dat geen sprake is van een gerechtvaardigd vertrouwen bij verzoeker dat de onderhavige kosten door de ziektekostenverzekeraar zouden worden vergoed.

Gelijkheidsbeginsel

- 9.7. Verzoeker kan geen rechten ontleen aan vergoedingen volgens hem die aan andere verzekerden in een gelijke situatie zijn verleend, omdat niet is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar een beleid voert op dit gebied, waarbij in het geval van verzoeker sprake is van schending van het gelijkheidsbeginsel. De ziektekostenverzekeraar kan niet worden gehouden nota's te vergoeden die niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen.
- Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 januari 2015,

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