



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te B, tegen D te E en F te G
Zaak : Geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg, EuroPsyche, gewekt vertrouwen
Zaaknummer : 201302308
Zittingsdatum : 14 mei 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

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

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door mevrouw C te B,
tegen

- 1) D te E, en
 - 2) F te G,
- 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 drie sterren en 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 de praktijk Stretch Your Mind (hierna: de aanspraak). Bij brief van 6 juni 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 brief van 15 augustus 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 6 november 2013 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 24 februari 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 februari 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 6 mei 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 april 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 25 februari 2014 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 25 maart 2014 heeft het CVZ (zaaknummer 2014023371) 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 zorgverlener van verzoekster niet behoort tot één van de in de zorgverzekering genoemde categorieën van zorgverleners die GGZ-zorg mogen verlenen. De zorgverlener is - gelet op informatie op haar website - geen psychotherapeut volgens de Wet BIG. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 mei 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 3 juni 2014 heeft de commissie het CVZ (thans: Zorginstituut Nederland) afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut Nederland bij brief van 16 juni 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken 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. Verzoekster heeft op verwijzing van de huisarts een behandeling ondergaan bij de praktijk Stretch Your Mind. De kosten hiervan zijn door de behandelaar gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar met een DBC-code. De DBC's die liepen vanaf 3 september 2009 tot 31 augustus 2010 en van 31 augustus 2010 tot 31 augustus 2011 zijn volledig door de ziektekostenverzekeraar vergoed. De kosten van de vervolg-DBC die is geopend op 31 augustus 2011 en gesloten op 1 juni 2012, zijn niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
 - 4.2. De praktijk Stretch Your Mind is aangesloten bij EuroPsyche. Tegen EuroPsyche is een vonnis gewezen in een kwestie met een andere verzekeraar. Hierop beroept de ziektekostenverzekeraar zich bij de afwijzing. Indien de ziektekostenverzekeraar van mening is dat EuroPsyche onrechtmatig handelt, dient hij in dit kader een procedure aan te spannen. Dit is niet gebeurd. Verzoekster is overigens gebleken dat binnen EuroPsyche werd voldaan aan de geldende wet- en regelgeving. Uit rapportages van de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) blijkt niet dat onrechtmatigheden hebben plaatsgevonden.
 - 4.3. Verzoekster en haar behandelaar zijn door de ziektekostenverzekeraar niet geïnformeerd dat de behandelingen in het vervolg niet zouden worden vergoed. Bij verzoekster is hierdoor het vertrouwen gewekt dat zij ook vergoeding van de na 30 augustus 2011 gemaakte kosten zou ontvangen. Nu dit niet het geval is, lijdt zij schade. Verzoekster beroept zich in dit kader op een bindend advies van de commissie (GcZ 6 maart 2013, 2012.01956). Voor zover de ziektekostenverzekeraar stelt dat het bij dit bindend advies zou gaan om gecontracteerde zorg, terwijl hiervan in de onderhavige situatie geen sprake is, merkt verzoekster op dat op het voorblad van het bindend advies is vermeld dat het gaat om "niet-gecontracteerde zorg". De uitspraak is derhalve onverkort van toepassing.
 - 4.4. Verzoekster vordert, naast betaling van de nota van de behandelaar ter hoogte van € 1.982,45, de wettelijke rente over de periode dat deze nota onbetaald is gebleven.
 - 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar al jarenlang op de hoogte was van de door EuroPsyche gekozen constructie, en steeds een vergoeding heeft verleend. Recent heeft de ziektekostenverzekeraar nog een betaalovereenkomst gesloten. Door de akte van cessie wist de

ziekttekostenverzekeraar om welke verzekerden het ging. Toch heeft hij nagelaten zijn verzekerden vooraf te informeren over de wijziging in vergoeding, waardoor nu kosten voor rekening van verzoekster blijven. Zij wordt daarom de dupe van het faillissement van EuroPsyche.

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. Uit een onderzoek van een andere verzekeraar naar declaraties van EuroPsyche bleek dat het in bijna alle gevallen ging om onverzekerde zorg. De ziektekostenverzekeraar kwam tot de conclusie dat hij de declaraties van EuroPsyche diende te controleren. De ziektekostenverzekeraar vindt het redelijk dat hij de betalingen aan EuroPsyche na het kort geding en dit onderzoek heeft stopgezet.

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 verzekeraar in het betreffende bindend advies - niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd. Het bindend advies is derhalve in de onderhavige situatie niet van toepassing.

5.3. Het was voor de ziektekostenverzekeraar niet mogelijk individuele verzekerden te informeren over het stopzetten van de betalingen aan EuroPsyche. Ten tijde van dit besluit wist de ziektekostenverzekeraar namelijk niet wie op dat moment zorg van EuroPsyche ontving. Daarom zijn de bij EuroPsyche betrokken zorgaanbieders geïnformeerd. Ook is deze informatie op de website van de ziektekostenverzekeraar gepubliceerd. Dat verzoekster door haar zorgaanbieder onjuist is geïnformeerd, valt de ziektekostenverzekeraar niet aan te rekenen. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat bij verzoekster geen sprake was van gerechtvaardigd vertrouwen dat de nota zou worden vergoed.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de behandeling van verzoekster ten tijde van de declaraties niet bij hem bekend was. De behandelaar die de behandeling heeft uitgevoerd, en wiens gegevens op de nota staan, is niet bevoegd deze zorg te bieden. Een hoofdbehandelaar kan een nevenbehandelaar aanwijzen, maar deze moet ook op een "lijstje" staan, en de betreffende behandelaar staat hier niet op. De ziektekostenverzekeraar beroept zich op een advies van de commissie van 19 maart 2014 (GcZ 19 maart 2014, 2013.01986).

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 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.

- 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. 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, zo volgt onder andere uit het door verzoekster aangehaalde bindend advies van de commissie.


- 9.2. Gelet op artikel 11 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bestaat aanspraak op niet klinisch geneeskundige geestelijke gezondheidszorg indien deze zorg wordt verleend door een GGZ-instelling, psychiater, zenuwarts, psychotherapeut of klinisch psycholoog. Vast staat dat de behandelaar van verzoekster niet tot één van de in voornoemd artikel limitatief opgesomde zorgaanbieders behoort.
- 9.3. De bij EuroPsyche werkzame psychiater die aanvankelijk de eindverantwoordelijkheid voor de behandeling had, voldeed wel aan de voorwaarden, doch niet is gebleken dat hij een actieve rol heeft gespeeld bij de behandeling van verzoekster. Daarom staat niet vast dat de na deze datum geleverde zorg inderdaad de zorg is waarop verzoekster op grond van de verzekeringsovereenkomst aanspraak heeft. De daartoe vereiste betrokkenheid van de psychiater is door verzoekster onvoldoende aannemelijk gemaakt, bijvoorbeeld door inzage te geven in het behandelplan en de contactmomenten. Bovendien diende de psychiater - indien hij de hoofdbehandelaar was - gelet op artikel 5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering de nota te ondertekenen. Gebleken is dat hij dit in eerste instantie heeft nagelaten, doch dat later op verzoek een nieuwe nota is opgesteld die wel door hem is ondertekend. Dit laatste is echter onvoldoende om aan te nemen dat de psychiater inderdaad nauw betrokken was. Bovendien wordt inmiddels door de behandelaar van verzoekster een beroep gedaan op een zelfstandig declaratierecht, waarmee naar het oordeel van de commissie voldoende vaststaat dat de psychiater niet (langer) de hoofdbehandelaar van verzoekster is. Verzoekster heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de onderhavige zorg, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


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

Gewekt vertrouwen

- 9.5. Verzoekster heeft zich beroepen op 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. De ziektekostenverzekeraar stelt zich op het standpunt dat de beslissing in voormeld bindend advies in het onderhavige geval 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.
- 9.6. 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. In casu betreft het echter een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, zodat de hierboven geparafraseerde overweging thans niet relevant is.
- 9.7. 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. In dit verband is van belang dat de behandelaar een zelfstandig declaratierecht toekomt, waarop door deze ook een beroep wordt gedaan. Voor zover sprake is van een dergelijk recht, kan dit naar het oordeel van de commissie alleen betrekking hebben op de behandelingen 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 vervolgd-DBC, nog daargelaten dat deze behandelaar niet gerechtigd is op basis van DBC's te declareren.
- 9.8. 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 met ingang van 31 augustus 2011 zijn gewijzigd.




Indien de behandelaar nalatig is geweest verzoekster hierover te informeren, treft dit verwijt alleen de behandelaar en niet de ziektekostenverzekeraar.

- 
- 9.9. Of de behandelaar van verzoekster al dan niet door de ziektekostenverzekeraar is geïnformeerd over de wijziging kan onbesproken blijven aangezien, zoals opgemerkt, de behandelaar zich beroept op zijn zelfstandig declaratierecht, hetgeen impliceert dat hij bekend was met de veranderde omstandigheden, hetzij via de ziektekostenverzekeraar dan wel langs een andere weg.




Conclusie

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.



10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 9 juli 2014,



Voorzitter