






ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen Interpolis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Geneeskundige zorg, GGZ, niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201700626
Zittingsdatum : 21 februari 2018

 Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

 (Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

 1. Partijen


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

 tegen

Interpolis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

 2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Interpolis Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een in 2015 aangevangen behandeling door GGZ Heuvelrug ad € 4.562,29 (verder: de aanspraak). Door middel van een digitaal declaratieoverzicht van 2017 van de zorgverzekeraar heeft verzoeker vernomen dat de kosten van voornoemde behandeling gedeeltelijk worden vergoed, namelijk tot een bedrag van € 3.105,30.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 3 maart 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld de kosten niet volledig te vergoeden. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar vervolgens nogmaals verzocht om heroverweging. Bij e-mailbericht van 22 maart 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Verzoeker heeft zich bij klachtenformulier van 23 maart 2017 tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij brief van 26 april 2017 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij brief van 10 juli 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 november 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 november 2017 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 december 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 15 december 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.10. Verzoeker is op 21 februari 2018 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is in oktober 2015, in verband met stemmingswisselingen, door de huisarts verwezen naar GGZ Heuvelrug. Voorafgaand aan de behandeling is aan hem door een medewerker van genoemde instelling medegedeeld dat GGZ Heuvelrug geen contract heeft gesloten met de zorgverzekeraar, en is hem geadviseerd de hoogte van de vergoeding te controleren. De vader van verzoeker heeft vervolgens de website van de zorgverzekeraar geraadpleegd om na te gaan of de behandeling onder de dekking van de zorgverzekering valt en wat de hoogte van de vergoeding is. Uit de informatie op de website blijkt duidelijk dat zowel de kosten van basis geestelijke gezondheidszorg (hierna: GGZ) en van gespecialiseerde GGZ zonder opname vanuit de zorgverzekering voor 100 percent zijn gedekt, zodat verzoeker ervan is uitgegaan dat de kosten volledig zouden worden vergoed. Verzoeker heeft na het afronden van de behandeling eind 2016, in januari 2017 van GGZ Heuvelrug een factuur ontvangen ten bedrage van € 4.562,29, en heeft deze vervolgens ter declaratie ingediend. De zorgverzekeraar heeft hierop medegedeeld een bedrag van € 3.105,30 te vergoeden.
- 4.2. Verzoeker is van mening dat uit de informatie op de website van de zorgverzekeraar duidelijk blijkt dat de vergoeding 100 percent bedraagt. De stelling van de zorgverzekeraar dat (de vader van) verzoeker verder had moeten klikken op de button "kies een verzekering om uw vergoeding te bekijken", zodat hij op de vervolgpagina had kunnen zien dat de vergoeding alleen 100 percent bedraagt indien de zorg wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, kan volgens verzoeker geen stand houden. Immers, pas wanneer je op de button klikt en naar beneden 'scrollt' wordt de volgende melding weergegeven: "u krijgt minder vergoed bij een niet-gecontracteerde zorgverlener". De zorgverzekeraar stelt dat 75 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief wordt vergoed. Verzoeker kan dit echter niet teruglezen op de betreffende pagina. Ook worden de gecontracteerde tarieven niet vermeld en staat nergens dat er bepaalde GGZ-zorgaanbieders worden uitgesloten. Bovendien vermeldt de informatie op de website van de zorgverzekeraar bij andere zorgvormen wél direct dat de vergoeding alleen 100 percent bedraagt bij gecontracteerde zorg. Ter onderbouwing verwijst verzoeker naar een printscreen/screenshot van de website ter zake van de vergoeding van 'Medisch-specialistische zorg, verpleging en verblijf'. Verzoeker is van mening dat de zorgverzekeraar niet transparant is in de informatieverstrekking over vergoedingen en dat sprake is van misleiding.
- 4.3. Verzoeker verwacht dat de zorgverzekeraar de kosten van de behandeling alsnog volledig vergoedt en rekent voor dat nu slechts 68 percent van de nota is vergoed.

4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerdtoegelicht dat hij op enig moment op de website van de zorgverzekeraar heeft gelezen dat geestelijke gezondheidszorg volledig werd vergoed ten laste van de zorgverzekering. Pas indien de betreffende zorgverzekering wordt aangeklikt staat vermeld dat mogelijk aanspraak bestaat op een lagere vergoeding indien wordt gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. In artikel 4.3 van de polisvoorwaarden is bepaald dat indien zorg wordt afgenomen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder een lagere vergoeding wordt toegekend. De artikelen 15 en 16 van de zorgverzekering regelen de aanspraak op GGZ-zorg. Op grond van artikel 16 bestaat aanspraak op niet-klinische gespecialiseerde GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder met een complexe psychische stoornis. De zorg dient te worden geleverd door een GGZ-instelling, psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog. Indien de zorgaanbieder niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd, bedraagt de vergoeding maximaal 75 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

5.2. Verzoeker heeft in de periode van 8 december 2015 tot 6 december 2016 een behandeltraject bij GGZ Heuvelrug ondergaan. GGZ Heuvelrug was in 2015 niet door de zorgverzekeraar gecontracteerd, zodat verzoeker conform de polisvoorwaarden aanspraak heeft op een vergoeding van maximaal 75 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief. De hoogte van het tarief hangt af van de soort behandeling die de behandelaar declareert. De zorgverzekeraar merkt verder op dat niet is gebleken van een situatie waarbij onvoldoende zorg is ingekocht en de door hem gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen de zorg niet kunnen leveren, zodat geen aanspraak bestaat op volledige vergoeding.

5.3. Verzoeker was op basis van informatie op de website van de zorgverzekeraar blijkbaar in de veronderstelling dat de kosten volledig worden vergoed, omdat nergens een voorbehoud of uitzondering wordt vermeld. Dit is echter onjuist. Op de website van de zorgverzekeraar is onder het kopje 'Basis GGZ', namelijk te lezen dat de verzekerde (meestal) minder vergoed krijgt indien hij kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Ook wordt op de website vermeld dat dit bij GGZ-zorg 75 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief is. Ter onderbouwing verwijst de zorgverzekeraar naar een printscreen/screenshot van de betreffende pagina. Verzoeker had, gelet op het voorbehoud op de website én de polisvoorwaarden, kunnen weten dat het behandeltraject bij GGZ Heuvelrug niet volledig zou worden vergoed. De zorgverzekeraar is niet bereid de kosten van de behandeling alsnog volledig te vergoeden.

5.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn eerdere standpunt herhaald.

5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18.4 van de 'Algemene voorwaarden' van zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op volledige vergoeding van de kosten van de behandeling door GGZ Heuvelrug, ten laste van de zorgverzekering.

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 zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders, en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 34 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 16 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Heeft u een complexe psychische stoornis? Dan heeft u aanspraak op gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg geleverd door een GGZ-instelling, psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog.

(...)

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen door een GGZ-instelling, psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief. Wilt u weten met welke zorgverleners of instellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners en instellingen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

(...)"

8.4. Artikel 4.3 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de hoogte van de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg en luidt, voor zover hier van belang:

"Wilt u zorg van een zorgverlener of zorginstelling met wie of waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener of zorginstelling die wij wél gecontracteerd hebben. Als dat het geval is, vindt u dat in de polisvoorwaarden onder 'Aanspraken en vergoedingen Basisverzekering' bij de gewenste aanspraak of vergoeding. Wij vergoeden maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief tenzij er een andere lagere vergoeding bij de aanspraak of vergoeding staat vermeld. U heeft echter wel recht op de vergoeding zoals bij gecontracteerde zorg, als wij onvoldoende zorg hebben ingekocht en de gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling de zorg niet op tijd kan leveren.

Wilt u weten hoeveel u vergoed krijgt van kosten van zorg die u heeft gemaakt bij niet gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen? Een lijst met de hoogte van de vergoedingen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Geldt er geen lagere vergoeding? Dan heeft u volledige aanspraak op zorg en/of vergoeden wij de kosten van zorg. Dit doen wij tot maximaal het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum)tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan krijgt u 100% van de kosten vergoed tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag."

8.5. Artikel 4.3 van de 'Algemene voorwaarden' en artikel 16 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 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, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Geneeskundige zorg, waartoe ook gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg behoort, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.

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 zorgverzekeraar 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. Verzoeker heeft een gespecialiseerde GGZ-behandeling ondergaan. Op grond van artikel 16 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering heeft hij aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan. Partijen zijn hierover niet verdeeld. Voorts is niet in geschil dat de betrokken zorgaanbieder in 2015 niet door de zorgverzekeraar was gecontracteerd. Deze zorgaanbieder heeft in verband met de GGZ-behandeling een bedrag van € 4.562,29 bij verzoeker in rekening gebracht. De zorgverzekeraar heeft hiervan € 3.105,30 vergoed. In geding is de vraag of verzoeker aanspraak heeft op volledige vergoeding van de kosten. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.

9.2. Uitgangspunt is dat de verzekeringsvoorwaarden bepalend zijn voor de aard en omvang van de aanspraken. Het lag op de weg van verzoeker hiervan kennis te nemen. Dit lag des te meer voor de hand omdat hij door de zorgaanbieder expliciet was gewezen op het ontbreken van een contract en de mogelijke financiële consequenties hiervan. Op grond van artikel 16 van de 'Aanspraken en Vergoedingen' van de zorgverzekering heeft verzoeker aanspraak op 75 percent van de kosten van het door de zorgverzekeraar gemiddeld gecontracteerde tarief. De zorgverzekeraar heeft een afschrift van de lijst 'Tarieven niet-gecontracteerde zorg gespecialiseerde GGZ 2015' overgelegd. Uit deze lijst volgt dat 75 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief van de door verzoeker ondergane GGZ-behandeling in 2015 € 3.105,29 was. De zorgverzekeraar heeft dit bedrag vergoed zodat verzoeker, gelet op voornoemd artikel, geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding.

- 9.3. De commissie heeft kennis genomen van de door partijen overgelegde printscreens/screenshots. Op beide printscreens/screenshots staat het volgende vermeld "Kies uw verzekering om de vergoeding te bekijken". Verzoeker had hieruit moeten opmaken dat hij vervolgens op de button van de betreffende verzekering diende te klikken voor meer informatie over de hoogte van de vergoeding. Dat hij is afgegaan op de informatie op het beginscherm zonder door te klikken, maakt niet dat hij gerechtvaardigd erop mocht vertrouwen dat de in het geding zijnde kosten, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, volledig zouden worden vergoed. Hetgeen overigens door verzoeker is gesteld, kan niet leiden tot een andere uitkomst.
- 9.4. De volgende vraag is of verzoeker uit andere uitingen van de zorgverzekeraar heeft mogen afleiden dat hij, eventueel in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, in aanmerking komt voor een hogere vergoeding. Verzoeker stelt in dat verband, op basis van de door hem geraadpleegde informatie op de website van de zorgverzekeraar, aanspraak te hebben op volledige vergoeding van de kosten van de door hem ondergane GGZ-behandeling. Ter onderbouwing heeft hij een printscreen/screenshot overgelegd van de betreffende pagina waaruit zijns inziens blijkt dat gespecialiseerde, geestelijke gezondheidszorg op grond van de zorgverzekering steeds voor 100 percent wordt vergoed. Verzoeker voert aan dat dit de enige juiste interpretatie is, aangezien de zorgverzekeraar bij andere zorgvormen vermeldt dat de vergoeding alleen 100 percent bedraagt bij gecontracteerde zorg. Daarom mocht hij naar zijn mening erop vertrouwen dat de onderhavige kosten volledig zouden worden vergoed. De zorgverzekeraar heeft, eveneens, onder verwijzing naar een printscreen/screenshot, aangevoerd dat op de website een voorbehoud wordt gemaakt voor niet-gecontracteerde zorg, in die zin dat bij niet-gecontracteerde zorg (mogelijk) een lagere vergoeding geldt. Voorts wordt op de website vermeld dat de vergoeding bij GGZ-zorg 75 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief is.
- De commissie heeft kennis genomen van de door partijen overgelegde printscreens/screenshots. Op beide printscreens/screenshots staat het volgende vermeld: "Kies uw verzekering om de vergoeding te bekijken". Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat hij op de button van de betreffende verzekering heeft geklikt en dat de informatie over een mogelijk lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg op deze pagina is vermeld. Dat verzoeker mogelijk onvoldoende acht heeft geslagen op deze informatie omdat hij kennelijk in de veronderstelling verkeerde dat de zorg volledig zou worden vergoed maakt niet dat hij gerechtvaardigd erop mocht vertrouwen dat de in het geding zijnde kosten, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, volledig zouden worden vergoed. Hetgeen overigens door verzoeker is gesteld, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Conclusie

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

Zeist, 7 maart 2018,

H.A.J. Kroon