

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F te G tegen C en E beide te D
Zaak : Geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg, eerstelijns
psychologische zorg, relatietherapie, telefonische toezegging
Zaaknummer : 2011.01294
Zittingsdatum : 8 februari 2012

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 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010, 2012)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door F te G

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Pro Life Basispolis (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 Pro Life Largepolis en Tand Small 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 heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van relatietherapie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 mei 2010 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 brief van 31 mei 2010 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 4 oktober 2011 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 november 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 december 2011 aan verzoeker gezonden.
 - 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 19 december 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 januari 2012 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
 - 3.8. Bij brief van 12 december 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 2 januari 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2011133097) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat Stichting Koinonia niet een toegelaten zorginstelling voor het bieden van zorg in het kader van de Zvw is en pastorale en psychosociale hulpverlening biedt, welke zorg geen geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in de zin van de Zvw is. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 18 januari 2012 aan partijen gezonden.
 - 3.9. Verzoeker is op 8 februari 2012 in persoon gehoord en is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
 - 3.10. Bij brief van 13 februari 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 17 februari 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is enkele keren getroffen door een herseninfarct. Deze infarcten hebben een grote impact gehad op zijn gezin. De behandeld psycholoog en verzoekers echtgenote hebben hem geadviseerd een therapeut te zoeken die ervaring heeft met de behandeling van mensen die zijn getroffen door een herseninfarct en die tevens een christelijk therapeut is omdat het geloof heel belangrijk is voor het gezin. Verzoeker is terecht gekomen bij een therapeut van Koinonia. Voorafgaand aan het eerste consult heeft verzoekers echtgenote op 20 april 2010 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en gevraagd of de behandelingen voor vergoeding in aanmerking zouden komen. Een door verzoeker bij naam genoemde medewerker heeft zijn echtgenote vervolgens medegedeeld dat de behandelingen zouden worden vergoed. Verzoeker en zijn echtgenote hebben daarop een afspraak gemaakt voor een intakegesprek. Dit gesprek zou plaatsvinden op 4 mei 2010. Op 28 april 2010 is verzoeker echter door dezelfde medewerker van de ziektekostenverzekeraar gebeld met de mededeling dat de therapie bij Koinonia niet wordt vergoed. Aangezien de afspraak niet meer kon worden afgezegd en verzoeker al in een gespannen situatie verkeerde, is de behandeling bij Koinonia voortgezet.

- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van het jaar 2012 zijn gewijzigd. Nieuw is dat psychosociale hulpverlening (ook) wordt vergoed indien de behandelaar aan de kwaliteitseisen van de beroepsvereniging voldoet. Aangezien de behandelaar van verzoeker lid is van de Beroepsvereniging Contextueel Werkers is volgens verzoeker daarmee voldaan aan genoemde voorwaarde en moeten in ieder geval de na 1 januari 2012 gemaakte kosten worden vergoed..
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Op grond van de door verzoeker afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op psychotherapeutische hulp. Deze zorg dient te worden verleend door een gekwalificeerde zorgverlener die is aangesloten bij de Christelijke Vereniging van Psychologen, Psychiaters en Psychotherapeuten (CVPPP) of de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Christen Hulpverleners (NVVCH). Uit de ter declaratie ingediende facturen blijkt niet dat de betreffende therapeut aan voornoemde voorwaarden voldoet.
 - 5.2. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat is besloten de kosten van het intakegesprek op 4 mei 2010 eenmalig en onverplicht te vergoeden. De reden voor deze vergoeding is dat verzoeker de gemaakte afspraak op 4 mei 2010 niet meer kon afzeggen op het moment dat hij van het callcenter de mededeling kreeg dat de behandeling niet zou worden vergoed.
 - 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
 - 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 13 van de "Lijst van aanspraken" van de zorgverzekering. Artikel 3a van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op eerstelijnspsychologische zorg bestaat, en

luit, voor zover hier van belang:

“a Eerstelijnspsychologische zorg

Omschrijving: diagnostiek en kortdurende generalistische behandeling in verband met een lichte tot matig ernstige, niet-complexe psychische problematiek, verleend door een extramuraal werkend eerstelijnspsycholoog, gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog, orthopedagoog-generalist of seksuologisch hulpverlener. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

(...)

Zorgverlening: Door: werkend eerstelijnspsycholoog, gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog, orthopedagoog-generalist of seksuologisch hulpverlener. Zie voor de kwalificaties van de zorgverlener de begripsomschrijvingen onder algemene voorwaarden.

Prestatie: vergoeding van kosten conform art. 7 van de algemene voorwaarden voor maximaal 8 zittingen per kalenderjaar. Per zitting eerstelijnspsychologie is een wettelijke eigen bijdrage van € 10,- verschuldigd.

(...)”

- 8.3. In artikel 1 van de zorgverzekering zijn de begripsomschrijvingen van een eerstelijnspsycholoog (punt 23) en van een gezondheidszorgpsycholoog (punt 31) opgenomen.

“Eerstelijnspsycholoog:

Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en geregistreerd staat in het Register Eerstelijnspsycholoog van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

“Gezondheidszorgpsycholoog:

Een gezondheidspsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.”

- 8.4. Artikel 3a van de ‘Lijst van aanspraken’ van de zorgverzekering is volgens artikel 4 van de “algemene voorwaarden” van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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.
Geneeskundige zorg, waaronder ook psychologische zorg valt, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7. In artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2010) is het volgende geregeld:

“2 Overige psychische zorgverlening

Omschrijving:

- *gestalttherapie;*
- *haptotherapie;*
- *integratieve psychotherapie;*

- lichaamsgerichte psychotherapie;
- psychosociaaltherapie.

Zorgverlening: gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging/register genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden.

Vergoeding: (...)

Largepolis 75% tot maximaal € 450,- per verzekerde per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van consulten en behandeling van de genoemde alternatieve geneeswijzen en overige psychische zorgverlening. De vergoeding is inclusief de kosten van homeopathische geneesmiddelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HM hebben.

(...)"

In de bijlage 'Beroepsverenigingen/registers' waarnaar bovengenoemd artikel verwijst is het volgende opgenomen:

"Overige psychische zorgverlening

(...)

- Christelijke Vereniging van Psychologen, Psychiaters en Psychotherapeuten (CVPPP) (Uitsluitend niet BIG geregistreerde psychologen)
- Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Christen Hulpverleners (NVVCH) (Uitsluitend niet BIG geregistreerde psychologen)

(...)"

- 8.8. Artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2012) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op psychosociale hulpverlening bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"e Psychosociale hulpverlening

Omschrijving: psychosociale hulpverlening aan personen met een probleem in een van de volgende categorieën:

- relatieproblemen;
- problemen rondom verwerking van schokkende gebeurtenissen en overlijden;
- psychosomatische klachten.

Zorgverlening: behandelaar die lid is van de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Christen Hulpverleners, de Christelijke Vereniging van Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten of voldoet aan de kwaliteitseisen van de betreffende beroepsvereniging.

Verwijzing: U moet zijn doorverwezen door een huisarts of bedrijfsarts.

Vergoeding: (...)

Largepolis 75% tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

(...)"

Bijzonderheden: het moet gaan om kortdurende behandeling van psychosociale problemen door een maatschappelijk werker die plaatsvindt in het kader van een medische behandeling.

Uitsluiting: kosten van onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter vallen buiten de dekking."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. In artikel 3a van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op eerstelijnspsychologische zorg zoals klinisch psychologen deze plegen te bieden. De zorg dient te worden verleend door een gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog. De definities hiervan zijn in artikel 1 van de zorgverzekering vermeld. Onder meer uit de facturen en informatie op de website van Koinonia blijkt niet dat de betreffende zorgverlener als gezondheidszorgpsycholoog is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, dan wel als eerstelijnspsycholoog is ingeschreven in het Register van eerstelijnspsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). Gelet op het voorgaande kan verzoeker geen aanspraak maken op vergoeding van de kosten van de onderhavige therapie ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. Ingevolge de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering van 2010 kan verzoeker aanspraak maken op (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van alternatieve geneeswijzen, namelijk tot maximaal € 450,- per kalenderjaar. De voorwaarden stellen evenwel het vereiste dat de zorgverlener dient te zijn aangesloten bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging. Niet gebleken is dat de zorgverlener van verzoeker bij een dergelijke vereniging – dat wil zeggen een die is genoemd in de bijlage 'Beroepsverenigingen/registers' – is aangesloten, zodat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de onderhavige kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.3. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat de verzekeringsvoorwaarden met ingang van het jaar 2012 zijn gewijzigd in die zin dat psychosociale hulpverlening nu ook voor vergoeding in aanmerking komt indien de behandelaar voldoet aan de kwaliteitseisen van de beroepsvereniging waarbij hij is aangesloten. Door verzoeker is gesteld dat de behandelaar in kwestie is aangesloten bij de Beroepsvereniging Contextueel Werkers en daarmee voldoet aan de gestelde voorwaarden. Uit eigen onderzoek is de commissie gebleken dat de door verzoeker genoemde behandelaar op de website van de Vereniging van Contextueel Werkers niet wordt vermeld als lid van deze vereniging. Aangezien verzoeker niet aannemelijk heeft gemaakt dat de betreffende behandelaar wél is aangesloten bij de Vereniging van Contextueel Werkers en voldoet aan de door deze organisatie gehanteerde kwaliteitseisen, is de commissie van oordeel dat reeds om die reden niet is voldaan aan de in artikel 9 gestelde voorwaarden, nog daargelaten de vraag of de uitleg zoals die door verzoeker aan genoemde bepaling wordt gegeven wel juist is. Op vergoeding van de in 2012 gemaakte kosten bestaat mitsdien ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak.

Telefonische toezegging

- 9.4. Op grond van de overgelegde stukken staat vast dat verzoekers echtgenote op 20 april 2010 telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid door één van diens medewerkers is medegedeeld dat de relatietherapie bij Koinonia zou worden vergoed. Uit de overgelegde stukken blijkt dat de ziektekos-

tenverzekeraar ten tijde van deze toezegging kennelijk in de veronderstelling verkeerde dat de relatietherapie bij Koinonia voldeed aan de voorwaarden. Toen dit niet het geval bleek te zijn, heeft de ziektekostenverzekeraar op 29 april 2010 zelf telefonisch contact met verzoeker opgenomen teneinde hem mede te delen dat tijdens het telefoongesprek van 20 april 2010 ten onrechte was verteld dat de kosten volledig zouden worden vergoed.

Rekening houdend met de mogelijkheid dat de ziektekostenverzekeraar in het verleden verzoeker onjuist heeft geïnformeerd, moet hij de gelegenheid hebben dit te corrigeren. In dat geval dient de ziektekostenverzekeraar de kosten te vergoeden die zijn gemaakt in de periode gelegen tussen de foutieve mededeling die door verzoeker als een toezegging mag worden opgevat en de latere correctie van deze foutieve mededeling. Gesteld noch gebleken is dat in de periode tussen het telefoongesprek op 20 april 2010 en dat van 29 april 2010 een behandeling is gestart. Er was enkel een intakegesprek gepland. Aangezien verzoeker de gemaakte afspraak op 4 mei 2010 niet meer kon afzeggen, heeft de ziektekostenverzekeraar eenmalig en uit coulance de kosten van deze afspraak vergoed. De commissie acht deze oplossing onder de gegeven omstandigheden alleszins redelijk.

- 9.5. Gelet op het voorgaande is geen grond aanwezig te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is ook de na 4 mei 2010 gemaakte kosten van de relatietherapie door Koinonia geheel of gedeeltelijk te vergoeden. Vanaf 29 april 2010 wist verzoeker immers dat Koinonia niet voldeed aan de gestelde voorwaarden. Verzoeker heeft hierdoor niet gerechtvaardigd mogen vertrouwen dat de kosten van de relatietherapie door Koinonia volledig zouden worden vergoed.

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, 21 maart 2012,

Voorzitter