

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door F tegen C en E beide te D
Zaak : Geestelijke gezondheidszorg, eerstelijns psychologische zorg,
vereiste BIG-registratie zorgverlener
Zaaknummer : 2009.02227
Zittingsdatum : 21 april 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P.Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, 2.3 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in deze vertegenwoordigd door F,

tegen

1) C en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 30 oktober 2008 de kosten verbonden aan een eerstelijns psychologisch dubbel consult relatietherapie slechts gedeeltelijk, te weten tot een bedrag van € 25,-- te vergoeden, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering onder de noemer 'alternatieve behandelingen', en geen vergoeding te verlenen ten laste van de zorgverzekering.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-Maatpolis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus PZP en Tandarts PZP afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de onder 2 vermelde kosten, ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsbericht van 30 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 12 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Verzoeker heeft zijn zaak bij brief van 19 oktober 2009 voorgelegd aan de SKGZ. Bij brief van 28 oktober 2009 heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.5. Bij brief van 26 november 2009 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

(hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 17 februari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 februari 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 maart 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 22 februari 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 maart 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010029401) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het de ziektekostenverzekeraar vrij staat in de modelovereenkomst te bepalen wie zorg mag verlenen en waar, zolang de toegang tot de zorg daarmee niet wordt beperkt. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 27 april 2010 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 6 mei 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de weigering van de ziektekostenverzekeraar de kosten van de behandelingen eerstelijns psychologische zorg te vergoeden ten laste van de zorgverzekering om reden dat de zorgverlener niet geregistreerd is volgens de Wet BIG, in strijd is met het gelijkheidsbeginsel. Zijn zorgverlener is namelijk ECP-houder. Volgens een rapport van PLATO is de opleiding van ECP-houders gelijk aan die van de GZ-psycholoog. Uit een arrest van het Europese Hof van Justitie volgt dat EU-landen in de gezondheidszorg wel een niveau van kwaliteit mogen eisen. De EU-landen mogen zich echter niet beperken tot één etiket, in dit geval de BIG-registratie. Het Hof baseert zich daarbij op de Zesde richtlijn (77/388/EEG) van de Raad van 17 mei 1977. Vanaf die datum moet de BIG-registratie dus al als maatstaf worden gehanteerd, en niet als geëist etiket. Een maatstaf is een bepaling van kwaliteitsniveau, ongeacht het etiket dat daar aan hangt. Met het publiceren van het rapport van PLATO is wetenschappelijk

vastgesteld dat de ECP-standaard aan de maatstaf van de BIG-registratie voldoet.

- 4.2. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat de kwaliteit bepalend is voor de vraag of de zorg van een bepaalde zorgverlener dient te worden vergoed. In verschillende rechterlijke uitspraken is dit criterium bevestigd. In geschil is niet alleen het niet vergoeden van de nota's, maar ook het tegenwerken op de markt door de gevestigde partijen. ECP-ers worden tegengewerkt op de markt, maar zij mogen wettelijk gezien een positie innemen in de eerstelijns psychologische zorg.

- 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. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de Zorgverzekeringswet functiegericht is omschreven. De nadere invulling van de niet-zorginhoudelijke eisen en randvoorwaarden is aan de zorgverzekeraars overgelaten. Deze bepalen de eisen betreffende bijvoorbeeld het type zorgverlener, de plaats van de behandeling, en het al dan niet vereist zijn van een verwijzing, voorschrift of toestemming. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit geval besloten dat nota's van eerstelijns psychologische zorg enkel worden vergoed wanneer deze zorg wordt uitgevoerd door een gezondheidszorgpsycholoog en deze BIG-geregistreerd is.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar aanvullende voorwaarden mag stellen aan zorgverleners, en dit door middel van de polisvoorwaarden heeft gedaan. De ziektekostenverzekeraar beperkt niet de toegang van ECP-therapeuten tot de markt voor eerstelijns psychologische zorg, maar heeft randvoorwaarden gesteld voor de vergoeding van de psychologische zorg.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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 kosten verbonden aan een eerstelijns psychologisch dubbel consult relatietherapie volledig te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 39 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering. Artikel 37 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op eerstelijns psychologische zorg bestaat

en luidt, voor zover hier van belang:

“Aanspraak bestaat op eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg). De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden, met dien verstande dat:

- a. de zorg ten hoogste acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar omvat;*
- b. voor eerstelijnspsychologische zorg de verzekerde een eigen bijdrage van € 10 per zitting betaalt.*

Deze zorg omvat niet de specialistische zorg genoemd in artikel 38.

(...)

De eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) is voorgeschreven door een gezondheidszorgpsycholoog.

(...)

De eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) wordt verleend door een gezondheidszorgpsycholoog of door een eerstelijns instelling voor eerstelijnspsychologische zorg.

(...)

Bij eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) door een niet-gecontracteerde leverancier of instelling genoemd in het voorgaande lid vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal hetgeen in het Restitutie Reglement van de [zorgverzekering] vermeld staat. (...)

Artikel 36 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering definieert een gezondheidszorgpsycholoog als volgt:

“Gezondheidszorgpsycholoog

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

- 8.2. De artikelen 36 en 37 van de ‘algemene voorwaarden’ 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).
- 8.3. 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. Eerstelijns psychologische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.3 Rzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien door een verzekerde wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 8.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.5. Verder is in artikel 7.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering voor zover hier van belang, het volgende geregeld:

“In aanvulling op de aanspraak op (vergoeding van de kosten) van eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ zorg op grond van de hoofdverzekering vergoeden wij kosten van deze zorg, als sprake is van zorg die wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ zorg plegen te bieden. Deze kosten moeten betrekking hebben op:

- a. eigen bijdragen die op grond van de hoofdverzekering voor uw rekening blijven;*

b. eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ zorg waarop u geen aanspraak heeft omdat deze zorg het aantal zittingen te boven gaat waarop u op grond van de hoofdverzekering aanspraak heeft.

(...)

de eerstelijnspsychologische, niet-specialistische GGZ zorg wordt verleend door een gezondheidszorgpsycholoog of door een eerstelijns instelling. (...)"

Artikel 8.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt het volgende:

"Wij vergoeden de kosten van behandelingen op basis van alternatieve therapieën.

(...)

De behandelingen worden gegeven door uitsluitend:

- 1) een arts voor alternatieve geneeswijzen;*
- 2) een therapeut die geen arts is maar wel lid is van een beroepsvereniging van alternatieve geneeswijzen die naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt;*
- 3) een therapeut die geen arts is maar wel is ingeschreven in een register voor alternatieve geneeswijzen dat naar onze mening voldoende kwaliteit waarborgt.*

(...)

Alternatief:

max. € 225,- per verz. / jaar

*Alternatieve behandelingen, exclusief
chiropractie*

100%, max. € 25,- per behandeldag (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat eerstelijns psychologische zorg is geleverd, en dat de betrokken zorgverlener niet BIG-geregistreerd is. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of de ziektekostenverzekeraar het recht heeft de eis te stellen dat de zorgverlener een BIG-registratie heeft. Verzoeker heeft in dat kader gesteld dat zijn zorgverlener is aangesloten bij het NAP en tevens ECP-houder is. Volgens een onderzoek van PLATO (Universiteit Leiden) is de kwaliteit van de door het NAP erkende opleidingen gelijk aan die van gezondheidszorgpsycholoog.

9.2. De wet stelt geen regels omtrent de zorgverlener die de zorg verleent, anders dan dat het moet gaan om zorg zoals onder andere klinisch-psychologen die plegen te bieden. De nota van toelichting bij het Bzv merkt over artikel 2.4, voor zover hier van belang, het volgende op:

"Het opnemen van beroepsgroepen in de omschrijving kadert slechts de inhoud en omvang van de zorg in. Het regelt niet dat zij de beroepsbeoefenaren zijn die de zorg voor rekening van de zorgverzekering verlenen. Zoals gezegd, is dat een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en de verzekerde. Zij maken daarover afspraken in de zorgverzekeringsovereenkomst. Dat kunnen dus andere zorgaanbieders zijn en hoeven zelfs in het geheel niet de beroepsbeoefenaren te zijn die in de bepaling genoemd worden.

Voor de zorg in het eerste lid kunnen dus allerlei beroepsbeoefenaren en instellingen ingeschakeld worden, bijvoorbeeld een huisarts, een verloskundige, een ziekenhuis, een psychiater, een basisarts, een bedrijfsarts, de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en een gezondheidscentrum. Het inschakelen van beroepsbeoefenaren hoeft zich overigens, voor zover het geen voorbehouden handelingen betreft, niet te beperken tot beroepsbeoefenaren waarop de registratie en titelbescherming op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg betrekking hebben. (...)"

Uit de nota van toelichting blijkt dat het aan een zorgverzekeraar is in zijn polisvoorwaarden regels te stellen omtrent de eisen die aan zorgverleners worden gesteld. Die eisen kunnen blijkens de toelichting betrekking hebben op het al dan niet hebben van een BIG-registratie. De zorgverzekeraar kan ervoor kiezen andere vereisten te stellen, maar behoeft dat niet te doen. De ziektekostenverzekeraar is ingevolge de regeling derhalve gerechtigd alleen een vergoeding te verlenen wanneer de zorgverlener een BIG-registratie heeft. Deze keuze is niet onredelijk. Evenmin valt in te zien waarom de eis van registratie niet zou mogen worden gehanteerd als het gaat om een zorgverlener die eerstelijns psychologische zorg verleent, en die kennelijk voldoet aan de voorwaarden om als eerstelijns- dan wel gezondheidszorgpsycholoog te worden geregistreerd.

De stelling van verzoeker dat de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar in strijd zou zijn met uitspraken van het Europese Hof van Justitie, kan hem, wat daarvan zij, niet baten, aangezien verzoeker met de ziektekostenverzekeraar een privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst is aangegaan – waartoe hij niet verplicht was – en daarbij heeft ingestemd met het van toepassing zijn van de onderhavige polisvoorwaarden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Artikel 7.2 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering vormt een aanvulling op de aanspraak op eerstelijns psychologische zorg ingevolge de zorgverzekering, met nagenoeg identieke voorwaarden. Ook hier geldt de eis dat de zorgverlener BIG-geregistreerd dient te zijn, zodat geen vergoeding mogelijk is voor de door verzoeker ondergane behandelingen. Voorts staat vast dat de ziektekostenverzekeraar reeds de maximale vergoeding per behandeling heeft betaald waarop verzoeker ingevolge artikel 8 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft. Daarover bestaat overigens geen geschil, zodat de bespreking daarvan verder achterwege kan blijven.

Conclusie

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

Zeist, 26 mei 2010,

Voorzitter