

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van F
te G tegen C en E beide te D
Zaak : GGZ, psychomotorische therapie
Zaaknummer : 2009.01847
Zittingsdatum : 27 januari 2010

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van F te G hierna te noemen: verzekerde,

tegen

1) C en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 29 mei 2009 de kosten van psychomotorische therapie ten behoeve van verzekerde niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Vrije Keuze Topfit afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 16 oktober 2007 verzocht om vergoeding van de kosten van psychomotorische therapie ten behoeve van verzekerde (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 november 2007 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzekerde is op 26 oktober 2007 begonnen met de behandeling.
- 3.4. De eerste twee ingediende nota's, betreffende de maanden oktober, november en december 2007, zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed. De nota's over 2008 heeft verzoekster op 28 april 2009 ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft de vergoeding van deze nota's afgewezen, omdat de betreffende zorgverlener niet is aangesloten bij een door hem erkende beroepsvereniging.
- 3.5. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 10 augustus 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven. Echter, op grond van de onterechte telefonische toezegging van 20 november 2007 is de ziektekostenverzekeraar bereid een

bedrag van € 500,-- te vergoeden op basis van de polisbepaling inzake alternatieve geneeswijzen.

- 3.6. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.7. Bij ongedateerde brief, door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) op 9 oktober 2009 ontvangen, heeft verzoekster 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).
- 3.8. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 1 december 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 december 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 december 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 januari 2010 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.11. Bij brief van 3 december 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 18 december 2009, door de commissie ontvangen op 19 januari 2010, heeft het CVZ (zaaknummer 29132533) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van zorg zoals medisch specialisten of klinisch psychologen plegen te bieden. Een afschrift van het CVZ-advies is op 19 januari 2010 aan partijen gezonden.
- 3.12. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 januari 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.13. Bij brief van 28 januari 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 1 februari 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 verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de ziektekostenverzekeraar haar niet, dan wel onvoldoende, heeft geïnformeerd over de wijzi-

gingen in de polisvoorwaarden met ingang van 1 januari 2008. Nadat zij de afwijzingsbrief van de ziektekostenverzekeraar had ontvangen, heeft zij telefonisch contact opgenomen met de zorgverlener en hem verteld dat de aanvraag was afgewezen, omdat de zorgverlener niet aangesloten zou zijn bij een erkende beroepsvereniging, hetgeen door de zorgverlener ten zeerste werd ontkend. Op 20 november 2007 is door de ziektekostenverzekeraar telefonisch toegezegd dat de kosten van de psychomotorische therapie ten behoeve van verzekerde vergoed zouden worden. Deze toezegging is gedaan, nadat de ziektekostenverzekeraar de wijzigingen in de polisvoorwaarden naar haar had gestuurd. De polisvoorwaarden waren derhalve bekend bij de medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens het telefoongesprek is echter niets gezegd over een eventuele wijziging van, dan wel beperking in de dekking op dit punt.

- 4.2. De nota's over de maanden oktober, november en december 2007 zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed onder het kopje "psycholoog". Verzoekster is er daarom van uitgegaan dat de psychomotorische therapie ten behoeve van haar zoon behoort tot de psychologische zorg. Nu de aanspraak op vergoeding van de kosten van psychologische zorg met ingang van 1 januari 2008 is overgeheveld van de aanvullende ziektekostenverzekering naar de zorgverzekering, mocht zij ervan uitgaan dat de kosten voortaan uit de zorgverzekering vergoed zouden worden en dat het deel, dat eventueel niet vergoed zou worden, uit de aanvullende verzekering zou worden betaald.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar toestemming heeft gegeven voor de behandeling. Op advies van de zorgverlener heeft zij navraag gedaan bij de ziektekostenverzekeraar; deze is hierop nagegaan of de zorgverlener lid is van een door hem erkende beroepsvereniging en heeft verzoekster op 20 november 2007 bericht dat zij de kosten kon declareren. Hierbij is niet vermeld dat er een maximumvergoeding zou gelden. Deze toezegging is gedaan, nadat de polisvoorwaarden voor 2008 bekend waren geworden, daarom ging verzoekster ervan uit dat de toezegging tevens voor 2008 geldig was.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar 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 hij op 16 oktober 2007 de aanvraag van verzoekster voor de therapie van verzekerde heeft ontvangen. Na meer informatie opgevraagd en ontvangen te hebben, heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag met de brief van 15 november 2007 afgewezen. Verzoekster heeft op 20 november 2007 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Ten onrechte is haar toen medegedeeld dat de behandelaar wel bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging is aangesloten en dat de behandelingen zouden worden vergoed. In 2007 werden alternatieve geneeswijzen en psychologische zorg volledig vergoed vanuit de aanvullende verzekering.
 - 5.2. Medio november 2007 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn verzekerden met een brochure geïnformeerd over de wijzigingen van de polisvoorwaarden met ingang van 1 januari 2008. Als verzoekster ervan uitging dat de nota's vergoed zouden worden volgens de polisvoorwaarden van psychologische zorg, had zij kunnen lezen dat geen vergoeding meer mogelijk zou zijn in 2008, omdat geen sprake is van GGZ-

zorg. De onderhavige zorgverlener is niet een BIG-geregistreerd psycholoog, die niet declareert volgens de wettelijk bepaalde richtlijnen. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar de nota's afgehandeld volgens de voorwaarden van alternatieve geneeswijzen uit de aanvullende verzekering.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat hij met de beslissing van 10 augustus 2009 de nota's van 2008 coulancehalve als tegemoetkoming aan verzoekster heeft vergoed tot een bedrag van € 500,-- als ware wel voldaan aan de voorwaarden voor alternatieve geneeswijzen op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. Er bestond op grond van de polisvoorwaarden echter geen recht op deze vergoeding.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat in 2007 alternatieve geneeswijzen en psychologische zorg volledig werden vergoed vanuit de aanvullende verzekering. Deze aanspraak is echter in de polisvoorwaarden van 2008 veranderd. Voor de aanspraak op alternatieve geneeswijzen is niet voldaan aan de polisvoorwaarden, daarom komen deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking. De aanspraak op psychologische hulp is in 2008 opgenomen in de zorgverzekering; aan de voorwaarden die hiervoor gelden, is evenmin voldaan. Bij het telefonisch verstrekken van informatie wordt uitgegaan van de actuele polisvoorwaarden; in dit geval betekent dat, dat op 20 november 2007 geantwoord is op basis van de polisvoorwaarden van 2007.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan verzoekster de kosten van de psychomotorische therapie ten behoeve van verzekerde te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier 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 3 tot en met 22 van deel B van de zorgverzekering. Artikel 19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ bestaat.

Voor zover hier van belang, luidt artikel 19 als volgt:

"Artikel 19

Eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ

lid 1

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van eerstelijns psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, klinisch psycholoog of psychotherapeut.
lid 2

De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden,(...)."

Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op specialistische GGZ. Dit artikel luidt, voor zo ver hier van belang, als volgt:

"Specialistische GGZ

(...)

lid 2

Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van niet-klinische GGZ door een GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts of psychotherapeut. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

(...)"

In artikel 1 van deel A van de zorgverzekering zijn de begripsomschrijvingen voor de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekering vermeld. Voor zover hier van belang luiden deze begripsbepalingen als volgt:

"Eerstelijnspsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Gezondheidszorgpsycholoog

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

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Psychotherapeut

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

- 7.3. De artikelen 1, 19 en 20 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. 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.
Specialistische geestelijke gezondheidszorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Het geschil zoals omschreven in 7.1 spitst zich toe op de vraag of de verleende zorg is aan te merken als eerstelijns psychologische zorg dan wel specialistische geestelijke gezondheidszorg.
- 7.7. Zorg die onder het pakket valt is in de Zvw functiegericht omschreven. Deze functiegerichte omschrijving houdt in dat geregeld is wát onder de aanspraken valt (inhoud en omvang van de zorg) en wannéér aanspraak bestaat (indicatievereisten). De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor wié de zorg verleent en wáár die wordt verleend. De ziektekostenverzekeraar maakt daarover afspraken met de verzekerde in de verzekeringsovereenkomst (polis).
- 7.8. De commissie overweegt dat op grond van de polisvoorwaarden alleen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van eerstelijns psychologische zorg, indien deze zorg wordt verleend door een gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, klinisch psycholoog of psychotherapeut zoals gedefinieerd in artikel 1 van deel A van de zorgverzekering. Gesteld noch gebleken is de betreffende zorgverlener als zodanig is aan te merken. Derhalve bestaat op grond van artikel 19 van deel B van de zorgverzekering geen aanspraak op vergoeding van de gemaakte kosten.
- 7.9. Op grond van artikel 20 van deel B van de zorgverzekering bestaat aanspraak op niet-klinische GGZ door een GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts of psychotherapeut. De commissie is gebleken dat de betreffende zorgverlener niet is verbonden aan een GGZ-instelling en dat hij ook niet is aan te merken als één van de genoemde zorgverleners, waardoor op grond van dit artikel evenmin aanspraak bestaat op vergoeding.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.10. Artikel 3 van deel B van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt, voor zover hier van belang:

“Psychologische zorg

De kosten van eerstelijns psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, klinisch psycholoog of psychotherapeut, na verwijzing van de behandelend arts tot maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar. De eigen bijdragen op grond van de [naam ziektekostenverzekeraar] Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor de verstrekking van niet-klinische psychiatrische zorg en voor de verstrekking van eerstelijns psychologische zorg komen niet voor vergoeding in aanmerking.”

Artikel 5 van deel B van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt, voor zover hier van belang:

“Alternatieve geneeswijzen

lid 1

De kosten van het consulteren van of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder arts acupuncturist en arts haptotherapeut. De vergoeding bedraagt maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar, maximaal € 85,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag.

lid 2

*De kosten van het consulteren van of behandeling door een behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder acupuncturist en haptotherapeut. De vergoeding bedraagt maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar, maximaal € 65,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag.
(...)”*

In artikel 1 van deel A van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn de begripsomschrijvingen voor de zorgverzekering en de aanvullende verzekering vermeld. Voor zover hier van belang luiden deze begripsbepalingen als volgt:

“Alternatieve geneeswijzen

Behandelingen en/of onderzoeksmethoden die genezing of behandeling van een ziekte tot doel hebben, maar in de reguliere geneeskunde niet worden erkend. Het wetenschappelijk bewijs, volgens de methoden en standaards van de reguliere geneeskunde ontbreekt.

Behandelaar

Een zorgverlener die ingeschreven staat in het register van een erkende beroepsorganisatie die relevant is voor de betreffende beroepsgroep. Een opgave van de door de verzekeraar erkende beroepsorganisaties is bij hem verkrijgbaar. De hulp die wordt verleend, dient in de beroepsgroep als gebruikelijk te worden aanvaard en dient te worden berekend volgens de officiële dan wel in de beroepsgroep algemeen gebruikelijke tarieven. Voor zover een beroepsorganisatie normtarieven hanteert, zijn deze leidend.”

- 7.11. Zoals uiteen is gezet in overweging 7.8 is de betreffende zorgverlener niet aan te merken als een gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, klinisch psycholoog of psychotherapeut. Derhalve bestaat op grond van artikel 3 van deel B van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak op vergoeding van deze kosten.
- 7.12. De commissie is voorts gebleken dat de betreffende zorgverlener niet staat ingeschreven in het register van een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging. De commissie concludeert daarom dat de zorgverlener niet voldoet aan de in de polisvoorwaarden opgenomen criteria en dat de vergoeding van de kosten op de voet van artikel 5 van deel B van de aanvullende ziektekostenverzekering niet mogelijk is.

Werking privaatrecht

- 7.13. Verzoekster heeft gesteld dat haar een telefonische toezegging is gedaan. Uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde telefoonnotitie blijkt dat verzoekster op 20 november 2007 telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar. Na overleg met een medewerker van de afdeling declaratiebehandeling is verzoekster medegedeeld dat zij de nota's gewoon kan declareren. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 10 augustus 2009 erkend dat de voornoemde telefonische toezegging (ten onrechte) is gedaan.
- Ten tijde van het voornoemde telefoongesprek (2007) kwamen de kosten van de onderhavige zorg op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering voor vergoeding in aanmerking. De verstrekte informatie was destijds correct. Het komt de commissie niet onlogisch over dat de ziektekostenverzekeraar bij een telefonisch verzoek om informatie de vraag beantwoordt op grond van de op dat moment geldende polisvoorwaarden, ook al zijn de polisvoorwaarden voor het volgende jaar reeds bekend. Daarom kan de ziektekostenverzekeraar op grond van deze toezegging niet gehouden worden de kosten van de psychomotorische therapie ten behoeve van verzekerde te vergoeden.

- 7.14. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten de door verzoekster gemaakte kosten voor deze behandelingen over het jaar 2008 alsnog te vergoeden tot maximaal € 500,--. In het licht van het bovenoverwogene is verzoekster daarmee een redelijke mogelijkheid geboden zich aan te passen aan de gewijzigde situatie.

Conclusie

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

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 februari 2010,

Voorzitter