

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, GGZ, indicatie
Zaaknummer : 2013.00093
Zittingsdatum : 20 november 2013

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 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.3 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Gemeentezorgpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Aanvullend Classic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van psychologisch advies/coaching ten bedrage van € 968,- verleend door een psycholoog te Kalmthout, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Op 2 april 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch 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 28 juli 2013 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 3 september 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 september 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 oktober 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 oktober 2013 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 27 september 2013 heeft de commissie het College voor Zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 28 oktober 2013 (zaaknummer 2013120324) heeft het CVZ de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet gebleken is dat verzoeker een indicatie had voor eerstelijns psychologische zorg ten laste van de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is op 1 november 2013 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker heeft op 7 november 2013 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker heeft zich tot de betreffende zorgaanbieder gewend, omdat zij in veel gevallen succesvolle hulp bij burn-out heeft geboden aan personeel van rechtbanken in Zeeland en Noord-Brabant, onder andere aan zijn echtgenote. De zorgaanbieder is als psycholoog ingeschreven bij het NIP. Aangezien zijn hulpvraag angstpsychoses betrof, waardoor verzoeker soms werd overvallen, heeft hij de betreffende zorgaanbieder gevraagd hem te behandelen. De ziektekostenverzekeraar heeft de ter declaratie ingediende nota van de behandeling afgewezen, omdat de zorgaanbieder in België staat ingeschreven als "Instituut voor personeelsopleidingen". De zorgaanbieder biedt echter ook individuele hulp op andere terreinen dan personeelszaken. Dit blijkt ook uit de folder die verzoeker aan het dossier heeft toegevoegd.
 - 4.2. In het Vergoedingenoverzicht staat ongeclausuleerd dat aanspraak bestaat op eerstelijnspsychologische zorg, zodat een indeling in categorieën niet aan de orde is.
 - 4.3. Voordat verzoeker begon met de behandeling, heeft hij telefonisch informatie ingewonnen bij de ziektekostenverzekeraar. Hem is toen verteld dat hij aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van vijf behandelingen waarbij een eigen bijdrage geldt van € 20,-. Hij is destijds niet gewezen op de uitgebreide voorwaarden.
 - 4.4. Ook nadat verzoeker kennis heeft genomen van artikel 22 van de zorgverzekering, snapt hij de afwijzing niet. In dit artikel staat immers vermeld dat aanspraak bestaat op eerstelijnspsychologische zorg indien sprake is van "preventie van paniekstoornis in de vorm van programma's op basis van cognitieve gedragstherapie." Voorts bestaat aanspraak indien sprake is van "behandeling van lichte tot matige depressies en angststoornissen". Dit zijn precies de redenen dat verzoeker door de betreffende zorgaanbieder is behandeld.

4.5. In reactie op het CVZ-advies heeft verzoeker bij brief van 7 november 2013 aan de commissie medegedeeld dat in dit advies niet wordt ingegaan op zijn stellingen ten aanzien van de door de ziektekostenverzekeraar telefonisch verstrekte informatie en de voorwaarden van de zorgverzekering. Verzoeker benadrukt dat het leerdoel van de coaching niet de aanpassing aan een nieuwe leefsituatie betrof. Het leerdoel was dat hij van zijn angstaanvallen wilde afkomen. Verzoeker is bereid zijn huisarts te vragen, achteraf, een verwijzing voor deze behandeling af te geven.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Aan de orde is het niet vergoeden van de kosten van psychologisch advies en coaching, gemaakt in België. Verzoeker verwijst naar artikel 22 van de zorgverzekering, maar vermeldt hierbij slechts een gedeelte van de voorwaarden. In de volledige tekst staat wanneer sprake is van een depressie of paniekstoornis. Dit is bij verzoeker niet aan de orde.

5.2. De betreffende zorgaanbieder heeft in haar e-mailbericht van 7 maart 2013 zelf uitdrukkelijk verklaard dat zij geen diagnose stelt, omdat zij geen klinische vraagstukken behandelt.

5.3. Verder is in artikel 22 van de zorgverzekering bepaald welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen. Het betreft hier een Register psycholoog NIP arbeid en organisatie. Deze zorgaanbieder wordt niet vermeld in de polisvoorwaarden, zodat de onderhavige kosten ook om deze reden niet voor vergoeding in aanmerking komen.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 8 van 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 22 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op eerstelijnspsychologische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van eerstelijnspsychologische zorg zoals klinisch psychologen deze plegen te bieden, tot maximaal vijf zittingen per kalenderjaar. Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

Onder deze zorg wordt ook verstaan:

(...)

- preventie van depressie als het gaat om cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie en problem solving therapy, eventueel in combinatie met psycho-educatie. U hebt recht op vergoeding van de kosten van deze zorg bij een (beginnende) subklinische depressie. Hiervan is sprake als u één kernsymptoom, bijvoorbeeld een neerslachtige stemming, en maximaal drie andere symptomen van depressie hebt. Bijvoorbeeld een ontregelde slaap, energiegebrek en een gebrek aan eetlust. Van een depressie is dan nog geen sprake;

- preventie van paniekstoornis in de vorm van programma's op basis van cognitieve gedragstherapie. U hebt recht op vergoeding van de kosten van deze zorg als er sprake is van een subklinische paniekstoornis waarbij geïndiceerde preventie van angststoornissen aangewezen is;

(...)

- behandeling van lichte tot matige depressies en angststoornissen. De programma's Beating the Blues en Kleur je leven mogen worden ingezet bij deze zorg als het behandeling betreft van lichte tot matige depressies.

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen. Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt ook niet verstaan intelligentieonderzoek, schoolpsychologische zorg en neurofeedback.

Door

Gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, psycholoog, cognitief therapeut, gedragstherapeut, ECP-therapeut, A&G-psycholoog, seksuoloog of arts. (...)”

- 8.3. Artikel 23 van de zorgverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op specialistische GGZ, en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg zoals psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg wordt verstaan diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

(...)”

- 8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

*“9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland
Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:*

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;

- vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.
(...)"

- 8.5. De artikelen 9, 22 en 23 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 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.
Geneeskundige zorg, waaronder specialistische GGZ, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.3 Rzv.
- 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.
- 8.8. Artikel 20 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:
1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
 2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker is naar een andere lidstaat gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20

van Vo. nr. 883/2004. Verzoeker heeft niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Daarom dient te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 9.2. In artikel 22 van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op eerstelijnspsychologische zorg. Hieronder wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen. Volgens de ziektekostenverzekeraar worden deze aandoeningen/stoornissen nader uitgewerkt in het vervolg van dit artikel. Echter, deze uitwerking staat vermeld na de zinsnede "Onder deze zorg wordt ook verstaan". Bij de uitleg van dit artikel gaat het om de betekenis die partijen daaraan in de gegeven omstandigheden over en weer redelijkerwijs mochten toekennen en om hetgeen zij te dien aanzien redelijkerwijs van elkaar mochten verwachten (een en ander in voorkomend geval met inachtneming van de ingevolge artikel 6:238 lid 2 BW voorgeschreven uitleg contra proferentem). Gezien het gebruik van het woord "ook" moeten de daaropvolgende voorwaarden worden beschouwd als een aanvulling op de algemene omschrijving van de aanspraak en niet als een nadere uitwerking van de aanspraak. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker geen aanspraak heeft op de onderhavige zorg, omdat geen sprake is van een depressie of paniekstoornis zoals omschreven in de polisvoorwaarden kan daarom niet slagen.
- 9.3. Volgens de factuur van de betreffende zorgaanbieder is sprake geweest van psychologisch advies/coaching. In het e-mailbericht van 7 maart 2013 verklaart de zorgaanbieder dat zij geen diagnose stelt, omdat zij geen klinische vraagstukken behandelt. Daarom is niet komen vast te staan dat verzoeker een indicatie heeft voor eerstelijnspsychologische zorg dan wel specialistische GGZ als bedoeld in de zorgverzekering. De zorgaanbieder stelt wel coaching leerdoelen vast. In het geval van verzoeker betreft dit het vinden van een nieuw perspectief na een druk werkzaam leven, het omgaan met onzekerheid in ongeplande situaties en het bewust worden van de eigen manier van denken. Deze zorg is niet aan te merken als eerstelijnspsychologische zorg als bedoeld in artikel 22 van de zorgverzekering of als specialistische geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 23 van de zorgverzekering. Het verzoek is daarom terecht afgewezen.

Telefonisch verstrekte informatie

- 9.4. Verzoeker stelt dat hij voorafgaand aan de behandeling telefonisch informatie heeft ingewonnen bij de ziektekostenverzekeraar. Hem is verteld dat aanspraak bestaat op maximaal vijf zittingen, en dat hij een eigen bijdrage is verschuldigd. De verstrekte informatie is correct. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker expliciet heeft gevraagd of de behandeling door de betreffende zorgaanbieder en/of de behandeling van zijn indicatie voor vergoeding in aanmerking komt. Er is derhalve geen sprake van een onvoorwaardelijke toezegging voor vergoeding van deze specifieke behandeling. Dat de ziektekostenverzekeraar niet uit eigen beweging nadere informatie heeft verstrekt over de voorwaarden die gelden ten aanzien van de behandelaar en/of de behandelindicatie is hierbij niet van belang. Daarom kan de ziektekostenverzekeraar op grond van de verstrekte informatie niet gehouden worden de kosten van de onderhavige behandeling te vergoeden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

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, 20 november 2013,

Voorzitter