

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in zijn hoedanigheid van
wettelijk vertegenwoordiger van C en D versus F en G, beide te H
Zaak : Geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg
Zaaknummer : 2009.00208
Zittingsdatum : 9 september 2009

Zaak: 2009.00208 (Geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg)

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

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde 1 en D, hierna te noemen: verzekerde 2, in deze vertegenwoordigd door E,

tegen

1) F te H, en

2) G te H, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissingen van de ziektekostenverzekeraar van 4 augustus en 16 september 2008 de kosten van psychologische consulten slechts gedeeltelijk te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag waren verzekerde 1 en 2 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde 1 de aanvullende ziektekostenverzekering Vrije Keuze Optifit afgesloten (hierna: aanvullende ziektekostenverzekering 1) en ten behoeve van verzekerde 2 de aanvullende ziektekostenverzekering Vrije Keuze Topfit (hierna te noemen: aanvullende ziektekostenverzekering 2). 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 een drietal nota's. De eerste nota van 3 juni 2008 betreft een dubbelconsult eenouder ten bedrage van € 280,35. De tweede nota van 11 augustus 2008 betreft een dubbel individueel consult ten bedrage van € 485,-- en een dubbel consult tweeouder ten bedrage van € 105,--. De derde nota van 12 augustus 2008 betreft een dubbel individueel eerstelijns psychologisch consult ten bedrage van € 715,-- en een dubbel consult tweeouder ter hoogte van € 105,-- (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsberichten van 4 augustus en 16 september 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de eerste nota wordt vergoed tot maximaal € 50,59, de tweede nota tot maximaal € 95,-- en de derde nota tot maximaal € 190,--.

- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 11 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 8 april 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 30 juni 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat voor de tweede nota onterecht € 95,-- is uitbetaald, en dat op basis van twee zittingen een bedrag van nogmaals € 95,-- zal worden nabetaald. Een afschrift hiervan is op 2 juli 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 29 juli 2009 respectievelijk 31 juli 2009 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 17 juli 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 19 augustus 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29078667) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar de declaraties van 11 en 12 augustus 2008 aan verzoeker te laten vergoeden, overeenkomstig de gewijzigde beleidsregel van de NZa.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 20 augustus 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben niet op het advies gereageerd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de nota's eerstelijns psychologische zorg geheel door de ziektekostenverzekeraar dienen te worden vergoed, exclusief de eigen bijdrage van € 10,-- per behandeling.
De ziektekostenverzekeraar heeft zich erop beroepen dat de nota's alleen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering worden vergoed wanneer ook dekking bestaat op grond van de zorgverzekering. Dit laatste is echter nergens in de polisvoorwaarden terug te vinden.
- 4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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, het volgende.
Bij de nota van 3 juni 2008 wordt als omschrijving gegeven '30011 Dubbel consult eenouder'. De omschrijving, opgegeven door de NZa, licht toe dat dit als volgt dient te worden uitgelegd: 'gezinstherapie één ouder telt als een hele zitting voor de ouder'. Derhalve telt een dubbel consult als twee zittingen voor één ouder. Verzoeker heeft recht op een uitkering van € 190,-- , te weten twee keer een zitting, gebaseerd op het marktconforme tarief van € 85,-- per zitting en een eigen bijdrage van twee maal € 10,--. Het alsdan resterende bedrag van € 70,35 komt niet voor vergoeding in aanmerking. Van de uitkering van € 190,-- is een deel verrekend met het verplichte eigen risico.
- 5.2. De nota van 11 augustus 2008 staat op naam van verzekerde 2. Als omschrijving wordt gegeven 'Eerstelijns psychologische zorg diagnostiek'. De aanvullende ziektekostenverzekering vormt een aanvulling op de zorgverzekering. Als geen dekking bestaat ten laste van de zorgverzekering, is deze ook niet aanwezig met betrekking tot de aanvullende ziektekostenverzekering.
Van het dubbel consult twee ouder voor een bedrag van € 175,35 is een bedrag van € 95,-- uitgekeerd. Het betreft een dubbel consult, waardoor het voor beide ouders als één consult telt. Ook hier is tweemaal de eigen bijdrage van € 10,-- in mindering gebracht.
- 5.3. De nota van 12 augustus 2008 staat op naam van verzekerde 1. Ook op deze datum is een dubbel consult twee ouder in rekening gebracht, ditmaal voor een bedrag van € 210,--. Daarvan is € 190,-- uitgekeerd, met inachtneming van de marktconforme tarieven (2 x € 85,--) en de eigen bijdrage van € 10,-- per persoon.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, 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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de psychologische consulten alsnog volledig aan verzoeker 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 kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering.

Artikel 19 van ‘Deel B Omvang Dekking’ van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op eerstelijns psychologische zorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“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, met dien verstande dat:

- 1. de zorg ten hoogste acht zittingen eerstelijns psychologische zorg per kalenderjaar omvat;*
- 2. voor eerstelijns psychologische zorg de verzekerde een eigen bijdrage betaalt zoals vermeld op de eigen bijdragen tabel.*

De verzekerde is de eigen bijdrage rechtstreeks verschuldigd aan de zorgaanbieder.(...)”

In artikel 1 lid 2 is het volgende bepaald:

“De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- 1. het op het moment van behandeling op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde tarief;*
- 2. indien en voor zover er geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld tarief bestaat het in Nederland geldende marktconforme bedrag;*
- 3. bij een contract tussen zorgverlener en zorgverzekeraar echter conform hetgeen is overeengekomen.”*

- 7.3. Artikel 19 van ‘Deel B Omvang Dekking’ van de zorgverzekering is volgens artikel 2 lid 1 van de ‘Algemene bepalingen’ 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.
Geestelijke gezondheidszorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.2 Rzv.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Aangezien de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot uitbetaling van de nota's, kan de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie en of verzekerde 1 en 2 hiervoor een indicatie hebben, in het vervolg onbesproken blijven.
- 7.7. Met betrekking tot de hoogte van de vergoeding, stelt de commissie vast dat door de behandelaar geen DBC-code is vermeld op de nota's, waardoor geen vastgesteld tarief geldt. Blijkens de polisvoorwaarden heeft verzoeker derhalve recht op het marktconforme tarief voor deze behandelingen. De ziektekostenverzekeraar heeft desgevraagd toegelicht dat het marktconforme tarief is gebaseerd op binnengekomen declaraties van zorgverleners. Daarvan is een gemiddelde genomen, aan de hand waarvan de nota's worden uitgekeerd. Dit systeem komt de commissie niet onredelijk voor.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.8. Artikel 3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering 1 regelt, voor zover hier van belang:

“Psychologische zorg

De kosten van eerstelijns psychologische zorg door een gezondheidspsycholoog, eerstelijnspsycholoog, klinisch psycholoog of psychotherapeut, na verwijzing van de behandelend arts tot een maximale vergoeding van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar. De eigen bijdragen op grond van de [zorgverzekering] (of een elders lopende verzekering) voor de verstrekking van niet-klinische psychiatrische zorg en voor de verstrekking van eerstelijns psychologische zorg komen niet voor vergoeding in aanmerking.”

Artikel 3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering 2 regelt, voor zover hier van belang:

“Psychologische zorg

De kosten van eerstelijns psychologische zorg door een gezondheidspsycholoog, 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 [zorgverzekering] (of een elders lopende verzekering) voor de verstrekking van niet-klinische psychiatrische zorg en voor de verstrekking van eerstelijns psychologische zorg komen niet voor vergoeding in aanmerking.”

Bij beide verzekeringen is bovenaan, voorafgaand aan artikel 1, de volgende tekst opgenomen:

“Indien aanspraken bestaan op grond van de [zorgverzekering] (of een elders lopende verzekering) en de [aanvullende ziektekostenverzekering 1/2] een aanvullende dekking verleent, dient verzekerde te handelen conform de voorwaarden van de [zorgverzekering] (dan wel de elders lopende zorgverzekering).

De verzekeraar vergoedt de in de onderstaande artikelen genoemde kosten van behandelingen door zorgverleners en andere genoemde kosten volgens wettelijke of marktconforme tarieven. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van medische noodzaak.”

- 7.9. De commissie begrijpt de stelling van de ziektekostenverzekeraar aldus dat slechts dan aanspraak bestaat op eerstelijns psychologische zorg vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering, wanneer een (verzekerings-)indicatie bestaat voor deze zorg vanuit de zorgverzekering, en daaruit reeds acht behandelingen zijn vergoed. Verzoeker heeft hier met juistheid tegenin gebracht dat één en ander niet uit de voorwaarden valt op te maken. In artikel 3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is alleen een uitsluiting opgenomen voor de eigen bijdragen. Mede gelet op artikel 19 lid 2 van ‘Deel B Omvang Dekking’ van de zorgverzekering kan hieronder niet anders worden verstaan dan – in dit geval – het bedrag van € 10,-- per zitting. Niet valt in te zien waarom de ziektekostenverzekeraar niet gehouden zou zijn het verschil tussen het notabedrag en het marktconforme tarief ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering te vergoeden tot maximaal € 500,-- respectievelijk € 1.000,-- per kalenderjaar.

Conclusie

- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe.

- 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 9 september 2009,

Voorzitter