

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : Geestelijke gezondheidszorg
Zaaknummer : 2009.02144
Zittingsdatum : 23 juni 2010

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 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.3 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om verstrekking of vergoeding van psychologische consulten (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 18 februari 2009 is afgewezen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en TandVerzorgd 3 afgesloten. De TandVerzorgd 3 is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de onder 2 omschreven beslissing gevraagd. Bij brief van 27 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt 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 23 februari 2010 heeft verzoekster 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 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 april 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 mei 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 11 respectievelijk 19 mei 2010 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 3 mei 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 2 juni 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010061661) 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 te bepalen wie de verzekerde zorg mag verlenen, voor zover hij daarmee de toegang tot de zorg niet beperkt.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 3 juni 2010 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 6 juni 2010 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat zij bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak heeft gemaakt op vergoeding van enkele consulten psychologische zorg. Vergoeding is afgewezen op de grond dat de behandelaar geen GZ-psycholoog is, en eveneens niet is aangesloten bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging voor alternatieve geneeswijzen. De betreffende behandelaar is aangesloten bij het NIP, hetgeen de kwaliteit van de geleverde zorg waarborgt. Door de ziektekostenverzekeraar is geen duidelijkheid geboden over de vraag waarom genoemd kwaliteitskeurmerk niet voldoende is, en wat dient te worden verstaan onder een GZ-psycholoog. Voorts is niet duidelijk of de genoten zorg eerstelijns- dan wel tweedelijns psychologische zorg betreft. Bovendien is de aanvraag voor een PGB afgewezen. De voorwaarden om daarvoor in aanmerking te kunnen komen, zijn echter gelijk aan die van de voorwaarden voor reguliere vergoeding. Verzoekster vraagt zich daarom af wat de toegevoegde waarde van het PGB is.
- 4.2. Verzoekster 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 dat geen sprake is van specialistische psychologische zorg, omdat de betreffende behandelaar geen arts of klinisch psycholoog is. Voor eerstelijnspsychologische zorg heeft de ziektekostenverzekeraar in de polisvoorwaarden het vereiste opgenomen dat sprake dient te zijn van behandeling door een GZ-psycholoog of een Europees gecertificeerd psychotherapeut. De behandelaar van verzoekster is weliswaar aangesloten bij het NIP, doch dit is onvoldoende voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Enkel een therapeut die is ingeschreven in het BIG-register, mag de titel 'GZ-psycholoog' voeren. Voor de vergoeding van alternatieve psychologische zorg vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering dient

de behandelaar te zijn aangesloten bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging. De behandelaar van verzoekster voldoet niet aan dit vereiste, zodat geen vergoeding mogelijk is ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 5.2. 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 de consulten psychologische zorg aan verzoekster te vergoeden, 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 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 B10 tot en met B36 van de zorgverzekering. Artikel B16 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geestelijke gezondheidszorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"B16.1 (...)

Eerstelijns Psychologische zorg is gericht op diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van mensen met eenvoudige psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog) is niet nodig.

U heeft recht op vergoeding van maximaal 8 zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar. De omvang van de zorg is begrensd door wat klinisch-psychologen plegen te bieden.

(...)

U heeft een eigen bijdrage van € 10 per zitting (...)

U kunt naar een gezondheidszorgpsycholoog of een Europees gecertificeerd psychotherapeut (European Certificate of Psychotherapy, verleend door de European Association for Psychotherapy te Wenen), een Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP of een Orthopedagoog Generalist. [De ziektekostenverzekeraar] heeft zorgverleners gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. (...) Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met [de ziektekostenverzekeraar] heeft gesloten, krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Als er een Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 80% van dat tarief vergoed. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 80% van het bedrag dat in Nederland marktconform is.

Een persoonsgebonden budget (PGB) is een geldbedrag waarmee u zelf diagnostiek en behandeling kunt inkopen. U heeft recht op een PGB voor eerstelijnspsychologische zorg als dat is bedoeld voor geneeskundige zorg die gericht is op herstel van een psychiatrische aandoening (...)

B16.2 (...)

U heeft recht op vergoeding van kosten van diagnostiek en behandeling van complexe aandoeningen. De omvang van de zorg is begrensd door wat psychiaters/zenuwartsen en klinisch-psychologen plegen te bieden.

Voor specialistische GGZ zonder opname kunt u naar een zelfstandig gevestigde psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog of naar een GGZ-instelling. Ook kunt u naar de polikliniek van een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. (...)

Een persoonsgebonden budget (PGB) is een geldbedrag waarmee u zelf diagnostiek en behandeling kunt inkopen. U heeft recht op een PGB voor de geestelijke gezondheidszorg als dat is bedoeld voor geneeskundige zorg die gericht is op herstel van een psychiatrische aandoening (...)

- 8.3. Artikel B16 van de zorgverzekering is volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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. Geestelijke gezondheidszorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.3 Rzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. In artikel E3 van de aanvullende ziektekostenverzekering is het volgende geregeld:

“(...) Alternatieve behandelwijzen kunnen zijn: homeopathie, antroposofie, acupunctuur, acupressuur, natuurlijke geneeswijzen, zorg voor houding en beweging, of alternatieve psychologische hulpverlening. U krijgt een vergoeding voor consulten en behandelingen van 80% tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar.

(...)

ExtraVerzorgd 3

€ 500

(...)

Let op

- *de kosten van alternatieve behandelwijzen worden alleen vergoed als uw behandelaar als gediplomeerd lid is aangesloten bij een door [de ziektekostenverzekeraar] erkende beroepsvereniging; u kunt de lijst van beroepsverenigingen vinden op onze website. (...)*
- *behandelingen die al onder de Zorgverzekeringswet vallen of onder een vergoeding uit de aanvullende verzekering, worden niet uit het artikel alternatieve geneeswijzen vergoed. (...)*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Blijkens de nota van toelichting bij het Bzv kan in de zorgverzekeringsovereenkomst worden opgenomen welke zorgverleners de zorg mogen verlenen die wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. De voorwaarden van de zorgverzekering bepalen dat eerstelijnspsychologische zorg dient te worden verleend door een gezondheidszorgpsycholoog, een Europees gecertificeerd psychotherapeut, een Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP of een Orthopedagoog Generalist. Specialistische geestelijke gezondheidszorg kan worden verleend door een zelfstandig gevestigde psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog. Ook kan een verzekerde deze zorg verkrijgen in een GGZ-instelling. In de voorwaarden van de zorgverzekering is niet expliciet opgenomen dat de zorgverlener BIG-geregistreerd dient te zijn, maar zoals de ziektekostenverzekeraar terecht heeft aangevoerd, mogen de betreffende titels – met uitzondering van de Europees gecertificeerd psychotherapeut – alleen worden gevoerd door zorgverleners die een BIG-registratie hebben. Vast staat dat de zorgverlener van verzoekster niet aan dit vereiste voldoet. Hij voert de titel 'psycholoog, NIP-lid'. Ook is niet gebleken dat hij Europees gecertificeerd psychotherapeut is, zodat noch ingevolge artikel B16.1, noch op basis van artikel B16.2 van de zorgverzekering, vergoeding mogelijk is van de door deze zorgverlener verleende zorg ten laste van de zorgverzekering. Met betrekking tot het PGB heeft hetzelfde te gelden, omdat ook daarvoor geldt dat de zorg dient te worden verleend door de in de zorgverzekering genoemde zorgverleners.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. Ingevolge de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoekster aanspraak op (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van alternatieve geneeswijzen, namelijk tot maximaal € 500,- 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 verzoekster bij een dergelijke vereniging is aangesloten, zodat ook geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 juni 2010,

Voorzitter