

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B als wettelijk vertegenwoordiger van E tegen C te D
Zaak : GGZ, eerstelijns psychologische zorg
Zaaknummer : 2010.00278
Zittingsdatum : 22 september 2010

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, als wettelijk vertegenwoordiger van E hierna te noemen: verzekerde,

tegen

C hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 12 juni 2009 de kosten van psychologische zorg ten behoeve van verzekerde (hierna: de aanspraak) niet volledig te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Standaard Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Classic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde en blijft daarom verder onbesproken. Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 12 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch 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 6 mei 2010 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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 juli 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 juli 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op respectievelijk 16 en 30 augustus 2010 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 26 juli 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 26 augustus 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010095799) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de behandelaar een gezondheidszorgpsycholoog is en de behandelingen van deze zorgverlener vanaf de negende zitting niet ten laste van de zorgverzekering kunnen worden vergoed.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 31 augustus 2010 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren en hebben hiervan geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker geeft aan dat bij verzekerde in november 2008 het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS) is vastgesteld. De kinderarts heeft destijds sterk aangedrongen op een drie tot vier weken durende opname in het ziekenhuis. Hier zou een multidisciplinair team verzekerde intensief gaan begeleiden met behulp van cognitieve gedragstherapie. Verzoeker en verzekerde hebben echter gekozen voor een poliklinische behandeling met behulp van de huisarts en een kinderpsycholoog. De behandeling is in januari 2009 aangevangen.
- 4.2. Verzoeker stelt dat hij zelf ten minste tweemaal telefonisch informatie heeft opgevraagd bij de ziektekostenverzekeraar, en zijn echtgenote éénmaal. Hem is in deze gesprekken medegedeeld dat maximaal acht behandelingen psychologische hulp vergoed zouden worden. Na ontvangst van de bestreden beslissing, waarbij een groot aantal behandelingen niet werd vergoed, heeft verzoeker wederom telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. In dit gesprek werd hem verteld dat als de zorg door middel van een DBC was gedeclareerd, de kosten wel grotendeels zouden zijn vergoed. Verzoeker is hier echter niet eerder op gewezen en hij is daarom van mening dat de ziektekostenverzekeraar in gebreke is gebleven bij de informatieverstrekking. Hierdoor blijft nu een aanzienlijk deel van de kosten van de onderhavige behandeling voor zijn rekening.
- 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 dat sprake is van eerstelijns psychologische zorg. Op grond van de polisvoorwaarden komen maximaal acht behandelingen per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking. Dit is, blijkens verklaringen van verzoeker,

ook telefonisch aan hem medegedeeld. Men kan niet van medewerkers verwachten dat zij bij telefonische verzoeken om informatie zelf de diagnose beoordelen en verwijzen naar tweedelijnszorg.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar ontkent dat telefonisch aan verzoeker is medegedeeld dat de onderhavige kosten volledig zouden zijn vergoed als de kosten door middel van een DBC waren gedeclareerd. De behandelaar van verzekerde kan namelijk geen DBC voor specialistische GGZ-zorg declareren.
- 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 bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
 - 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de onderhavige psychologische zorg volledig te vergoeden.
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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 22 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

*“Omschrijving: vergoeding van de kosten van eerstelijnspsychologische zorg zoals klinisch psychologen deze plegen te bieden, tot ten hoogste 8 zittingen per kalenderjaar. Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe, psychische aandoeningen/stoornissen.
Door: gezondheidzorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog. Eerstelijnspsychologische zorg zoals beschreven in dit artikel voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist.
Eigen bijdrage: € 10,- per zitting volgens de Regeling zorgverzekering.
(...)
Bijzonderheden: vergoeding van de kosten van psychologisch onderzoek, diagnostiek en behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen vallen niet onder deze aanspraak, zie artikel 23, Specialistische GGZ.”*
 - 8.3. In artikel 23 is de aanspraak op specialistische GGZ opgenomen. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving:

*vergoeding van de kosten van 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 specialis-
tische behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen.*

Door:

*psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog, psychotherapeut en GGZ-instelling.
(...)”*

- 8.4. De artikelen 22 en 23 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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 geestelijke gezondheidszorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzekerde is onder behandeling van een gezondheidszorgpsycholoog. Op grond van de zorgverzekering komt deze zorg voor vergoeding in aanmerking als zijnde eerstelijns psychologische zorg. De genoten zorg is niet aan te merken als specialis-
tische GGZ in de zin van artikel 23 van de zorgverzekering.
Op grond van artikel 22 van de zorgverzekering bestaat per kalenderjaar aanspraak op vergoeding van de kosten van maximaal acht behandelingen. Gebleken is dat in totaal acht behandelingen eerstelijns psychologische zorg ten behoeve van verzekerde zijn vergoed. Op grond van de polisvoorwaarden bestaat geen aanspraak op vergoeding van een groter aantal behandelingen.

Telefonisch verstrekte informatie

- 9.2. Verzoeker stelt dat hem door de ziektekostenverzekeraar in februari 2009 is verteld dat slechts acht behandelingen psychologische zorg zouden worden vergoed. Dit is tijdens een later telefoongesprek herhaald. Pas in juni 2009 zou hem tijdens een telefoongesprek zijn medegedeeld dat de kosten grotendeels zouden zijn vergoed, indien deze maar door middel van een DBC waren gedeclareerd. Er is dus geen sprake van gewekte verwachtingen door een uitspraak van de ziektekostenverzekeraar op grond waarvan verzoeker kosten heeft gemaakt die achteraf niet vergoed worden.
- 9.3. De commissie is van oordeel dat het niet aan de ziektekostenverzekeraar is om bij een telefonisch verzoek om informatie betreffende eerstelijns psychologische zorg de verzekerde te verwijzen naar tweedelijns psychologische zorg. Die beslissing ligt immers bij de behandelaar. Evenmin ligt het op de weg van de ziektekostenverzekeraar

om bij een zodanig verzoek de verzekerde spontaan te wijzen op de polisvoorwaarden betreffende tweedelijns psychologische zorg.

Conclusie

9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden af gewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 september 2010,

Voorzitter