

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C en E te D
Zaak	: EU/EER, geneeskundige zorg, GGZ, consulten psychiater
Zaaknummer	: 2009.00786
Zittingsdatum	: 21 oktober 2009

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C en E te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 24 februari 2009 de consulten van een psychiater in België niet respectievelijk tot maximaal € 84,10 per consult te vergoeden.

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 Pro Life Basispolis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verder was verzoekster op dat moment bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de Extra Largepolis (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW).
- 3.2. De huisarts heeft verzoekster verwezen in verband met: “depressieve stoornis, addictieproblematiek en ernstige belasting in de gezinssituatie, systeemproblematiek”, met de specifieke vraagstelling: “psychiatrisch onderzoek en behandeling, voortzetting”. Verzoekster heeft naar aanleiding van de consulten bij haar psychiater in België bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten daarvan ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak).
- 3.3. Op 28 januari en 10 februari 2009 hebben de behandeling, op de (volledige) vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, plaatsgevonden.
- 3.4. Bij declaratieoverzicht van 24 februari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak niet respectievelijk tot maximaal € 84,10 wordt gehonoreerd.
- 3.5. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij declaratieoverzicht van 27 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld het consult van 10 februari 2009 tot maximaal € 96,72 te ver-

goeden.

- 3.6. Bij brief van 31 maart 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen.
- 3.7. 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 3 juli 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 juli 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en ziektekostenverzekeraar hebben op 16 juli respectievelijk 12 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.10. Bij brief van 20 augustus 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) gevraagd om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 24 september 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29091240) de commissie medegedeeld dat de onderhavige zorg onder het eigen risico valt, maar dat de door de ziektekostenverzekeraar toegepaste berekening niet kan worden gecontroleerd, zodat een advies over de toe- of afwijzing van het verzoek achterwege moet blijven.
- 3.11. Een afschrift van het CVZ-advies is op 30 september 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 5 oktober 2009 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij zich voorafgaand aan de overstap naar de ziektekostenverzekeraar met ingang van 1 januari 2009, heeft geïnformeerd over de vergoeding van de onderhavige zorg. Zij is daarbij in het bezit gekomen van een e-mailbericht van 8 oktober 2009, gericht aan een andere verzekerde, waarin deze wordt medegedeeld dat recht op vergoeding bestaat tot maximaal het Nederlandse marktconforme tarief. Die andere verzekerde zou daartoe de originele nota's, samen met een kopie van de verwijfsbrief en een declaratieformulier aan de ziektekostenverzekeraar moeten zenden. Desgevraagd is verzoekster bevestigd dat hetzelfde voor haar zou gelden en dat de kosten volledig zouden worden vergoed.
- 4.2. Op grond van deze informatie heeft verzoekster tot de overstap besloten waarna zij twee nota's ad € 170,-- per nota voor anderhalf uur consult psychiatrie aan de ziektekostenverzekeraar heeft gezonden. Zij begrijpt niet waarom de ziektekostenverzekeraar van de declaraties van in totaal € 340,-- slechts € 13,20 respectievelijk € 12,62 heeft vergoed.
- 4.3. 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 een vergoeding kan worden verleend voor de medische kosten in België tot maximaal het in Nederland geldende tarief voor deze zorg. Het maximale tarief voor een consult van 0 tot 100 minuten bij een psychiater is € 96,72. Wordt een lager tarief in rekening gebracht, zoals in het geval van verzoekster, dan wordt echter het lagere tarief als uitgangspunt genomen.
- 5.2. Indien een verzekerde gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg, en er geen sprake is van spoedeisende zorg, hetgeen in casu het geval is, dan wordt de hoogte van de vergoeding bepaald door de tarieven die gangbaar zijn in Nederland. Dit kan ertoe leiden dat slechts een gedeeltelijke vergoeding wordt toegekend. Voor de consulten die hebben plaatsgevonden vanaf maart 2009 is een bedrag van € 85,-- per consult gedeclareerd, waarvoor op grond van declaratiecode 250017 het bedrag van € 84,10 per consult aan verzoekster is uitgekeerd.
- 5.3. Voor de consulten van januari en februari 2009 heeft verzoekster een bedrag van € 12,62 vergoed gekregen, omdat deze nota's zijn verrekend met het verplichte eigen risico van € 155,--.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is ter zake van de consulten van de psychiater in België, die door hem niet respectievelijk tot maximaal € 84,10 per consult zijn vergoed, een hogere vergoeding te verlenen 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 de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering. Artikel 3 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg bestaat. Voor zover relevant wordt hier bepaald:

"a Eerstelijns psychologische zorg

Omschrijving: diagnostiek en kortdurende generalistische behandeling in verband met een lichte tot matig ernstige, niet-complexe psychische problematiek, verleend door

een extramuraal werkende eerstelijns psycholoog, gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Zorgverlening: extramuraal werkende eerstelijns psycholoog, GZ-psycholoog, (...) of orthopedagoog (...).

Prestatie: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden voor maximaal 8 zittingen per kalenderjaar.

Per zitting eerstelijns psychologie is een wettelijke eigen bijdrage van € 10,- verschuldigd.

Verwijzing: huisarts of bedrijfsarts (...)

Bijzonderheden:

(...)

- in plaats van de verstrekking van eerstelijns psychologische zorg kan aanspraak gemaakt worden op een persoonsgebonden budget waarmee in eerstelijns psychologische zorg kan worden voorzien. Zie voor de voorwaarden het Reglement PGB experiment GGZ.

b Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg (met uitzondering van eerstelijns psychologische zorg)

Omschrijving: onderzoek en behandeling in verband met complexe psychische aandoeningen, verleend door een GGZ-instelling, een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (PAAZ), een psychiatrische universiteitskliniek (PUK) of door een extramuraal werkend psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Zorgverlening: in een GGZ-instelling, een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis, een psychiatrische universiteitskliniek of door een extramuraal werkend psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut.

Prestatie: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden. (...)"

In artikel 7 lid 2 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering wordt het volgende bepaald:

"a. De vergoeding van kosten bedraagt nooit meer dan de werkelijke kosten.

b. De vergoeding van kosten vindt plaats op basis van het op het moment van behandeling door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen (dbc-)tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen, en voorts

- tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum)tarief, dan wel

- indien en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum)tarief bestaat tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag."

7.3. Artikel 13 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering ziet op de buitenlanddekking en bepaalt, voor zover hier van belang:

"Buitenlanddekking

1 De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg naar de omvang als omschreven in artikel 7 van de Algemene voorwaarden van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. (...)

- 7.4. Het eigen risico is geregeld in artikel 12 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering. Voor zover in dit kader relevant is hierin bepaald:

"Verplicht eigen risico

- 1. Voor deze polis geldt overeenkomstig artikel 18a van de Zorgverzekeringswet een eigen risico van € 155,- per kalenderjaar voor de verzekerde van 18 jaar en ouder.*
- 2. Van dit eigen risico zijn uitgezonderd de kosten voor huisartsenzorg, verloskunde, kraamzorg en mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar met uitzondering van de chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, de uitneembare volledige prothese en bijzondere tandheelkundige zorg.*
- 3. Naast de hierboven onder 2 genoemde uitzonderingen maakt de zorgverzekeraar gebruik van de mogelijkheid andere kosten buiten het verplichte eigen risico te laten vallen indien de verzekerde zich wendt tot een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder of als de verzekerde een bepaald door de zorgverzekeraar aangewezen programma volgt of heeft gevolgd. Welke zorgaanbieders en programma's dit betreft wordt opgenomen in een aparte bijlage bij deze polisvoorwaarden. (...)"*

- 7.5. De hiervoor genoemde artikelen zijn volgens artikel 4 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 7.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, 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 de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1 lid 2 is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Artikel 2.4 aanhef bepaalt dat geneeskundige zorg zorg omvat zoals onder andere klinisch-psychologen die plegen te bieden. Lid 1 onder d van dit artikel bepaalt dat de zorg ten hoogste acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg per jaar omvat. Onder e wordt bepaald dat de zorg die niet gepaard gaat met verblijf of die geen psychoanalytische behandeling is, ten hoogste vijftientig zittingen (...) omvat, met dien verstande dat de zorg meer zittingen psychotherapie kan omvatten indien die voor de verzekerde noodzakelijk zijn blijkens de normen die door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard. Artikel 18a Zvw bevat de regeling inzake het verplichte eigen risico. In artikel 2.17 en 2.18 Bzv zijn nadere regels gesteld.

- 7.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 7.8. Het geschil, zoals omschreven onder 7.1, spitst zich in de eerste plaats toe op de vraag of de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde vergoeding in overeen-

stemming is met de verzekeringsvoorwaarden. In dat verband constateert de commissie dat de door verzoekster overgelegde nota's betrekking hebben op consulten van 45 en 90 minuten. Voor een consult van 45 minuten is € 85,- in rekening gebracht, voor ieder van de consulten van 90 minuten – die hebben plaatsgevonden op 28 januari en 10 februari 2009 – is € 170,- berekend. Zoals door de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd is gesteld, bedraagt het overeenkomstig artikel 7 lid 2 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering toepasselijke tarief voor een zitting van 0 tot 100 minuten € 84,10. Hieruit volgt dat ter zake van de consulten van 90 minuten, in totaal ad € 340,-, in beginsel € 168,20 (2 X € 84,10) voor vergoeding in aanmerking komt, en ter zake van de overige consulten ad € 85,- per consult een bedrag van € 84,10.

- 7.9. Aangezien in de maanden januari en februari 2009 kennelijk nog geen andere zorgkosten waren gedeclareerd, stond ten tijde van de verwerking van de nota's van 28 januari en 10 februari 2009 nog het volledige eigen risico ad € 155,- open. Aangezien hier geen sprake is van uitgezonderde zorgvormen betreft als bedoeld in artikel 12 lid 2 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering, en evenmin sprake is van een door de ziektekostenverzekeraar aangewezen zorgaanbieder of programma als bedoeld in lid 3, geldt het eigen risico onverkort, en komt – na aftrek hiervan – een bedrag van (€ 168,20 - € 155,- =) € 13,20 voor vergoeding in aanmerking. De commissie begrijpt dat dit bedrag ook aan verzoekster is overgemaakt. De commissie kan zich overigens voorstellen dat de wijze waarop een en ander administratief door de ziektekostenverzekeraar is verwerkt, vragen oproept. Zo vermeldt de afrekeningspecificatie van 24 februari 2009 twee declaraties van € 85,90 en twee van € 84,10 (in plaats van twee maal € 170,-), en is in de afrekeningspecificatie van 27 maart 2009 sprake van een declaratie van 10 februari 2009 van € 96,72, en een onder het eigen risico vallend bedrag van € 70,90. Per saldo zou € 25,82 worden uitgekeerd, maar om onduidelijke redenen heeft een verrekening met het hiervoor berekende bedrag van € 13,20 plaatsgevonden, zodat krachtens de zorgverzekering € 12,62 voor vergoeding in aanmerking komt. Blijkens haar brief van 22 april 2009 heeft verzoekster – naast de eerdergenoemde € 13,20 – een betaling van € 12,62 ontvangen, die blijkbaar betrekking heeft op de nota van 10 februari 2009. Nu zij van deze mogelijk onjuiste berekening geen nadeel ondervindt, zal de commissie dit aspect verder laten rusten.

De aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.10. De aanspraak op vergoeding van alternatieve geneeswijzen en overige psychische zorgverlening is geregeld in artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering waarin, voor zover thans relevant, wordt bepaald:

“a Alternatieve geneeswijzen en overige psychische zorgverlening

(1. ...)

2 Overige psychische zorgverlening

Omschrijving: gestalttherapie, haptotherapie, integratieve psychotherapie, lichaamsgerichte psychotherapie, psychosociaaltherapie.

Zorgverlening: gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging/register genoemd in de lijst achterin deze polisvoorwaarden.

Vergoeding Extra Largepolis 75% tot maximaal € 600,- per verzekerde per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van consulten en behandeling van de genoemde alternatieve geneeswijzen en overige psychische zorgverlening.(...)"

De Bijlage Beroepsverenigingen/registers bepaalt onder meer:

"Overige psychische zorgverlening

- Nederlands Gilde voor Health Counseling en Psychotherapie (NGVHealth)*
- Nederlands Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie (NVAGT)*
- Vereniging van Integraal Therapeuten (VIT)*
- Vereniging integrale vitaliteitskunde (VIV)*
- Vereniging van Haptotherapeuten (VVH)*
- Christelijke Vereniging van Psychologen, Psychiaters en Psychotherapeuten (CVPPP)*
(Uitsluitend niet BIG geregistreerde psychologen)
- Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Christen Hulpverleners (NVVCH)*
(Uitsluitend niet BIG geregistreerde psychologen)"

- 7.11. De commissie stelt vast dat de behandelend psychiater niet is aangesloten bij één van de in de bijlage genoemde beroepsverenigingen, zodat reeds op die grond geen verdere vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering kan plaatshebben.

Werking van het privaatrecht

- 7.12. Door verzoekster is in de procedure een beroep gedaan op een door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar gedane mededeling naar aanleiding van een door verzoekster overgelegd e-mailbericht, gericht aan een andere verzekerde. Met betrekking daartoe is de commissie van oordeel dat verzoekster die mededeling niet heeft mogen opvatten zoals zij heeft gedaan, te weten een toezegging dat de kosten volledig zouden worden vergoed. Duidelijk is dat het e-mailbericht ziet op de procedure die moet worden gevolgd om in het buitenland gemaakte zorgkosten te kunnen declareren. Voorts wordt in dat bericht gesteld dat recht bestaat op vergoeding "tot maximaal Nederlands marktconform tarief". Het eigen risico vormde geen onderwerp van de correspondentie en dit is kennelijk tijdens het gesprek ook niet als zodanig aan de orde geweest. Daar verzoekster bekend was, althans bekend mag worden verondersteld met het bestaan van het verplichte eigen risico – zij declareerde immers in 2008 bij haar vorige verzekeraar ook kosten ten laste van de zorgverzekering – mocht zij er onder de gegeven omstandigheden niet op vertrouwen dat dit eigen risico, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, in haar geval niet zou worden toegepast.

Conclusie

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 oktober 2009,

Voorzitter