



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Geestelijke gezondheidszorg, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Zaaknummer : 201602825

Zittingsdatum : 31 mei 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgkeuzepolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering 50+ afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met 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 behandeling met Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 30 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 e-mailbericht van 21 februari 2017 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 stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 april 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 april 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 april 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 april 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 13 april 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 19 april 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017018041) de commissie medegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben in het onderhavige geschil. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 20 april 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De huisarts heeft op 4 november 2016 aan verzoeker verklaard: "(...) U bent door mij voor uw angstklachten verwezen naar mevrouw (...) voor behandeling middels EMDR. Deze verwijzing vond plaats binnen het kader van de BasisGGZ. Mevrouw (...) is een erkend EMDR therapeut die deze behandelingen binnen het kader van de BasisGGZ mag uitvoeren. De in Drenthe dominerende zorgverzekeraars Zilveren Kruis en VGZ verzekering vergoeden de behandelingen van mevrouw (...) vanuit de aanvullende verzekering. Verzekeraar de Friesland vergoed[t] de behandelingen zelfs vanuit de basisverzekering. (...)".
- 4.2. Verzoeker is door de huisarts verwezen naar een psycholoog voor EMDR. De kosten van de behandelingen heeft verzoeker gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Dit kwam op een bedrag van totaal € 457,43. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding hiervan evenwel afgewezen.
- 4.3. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een restitutiepolis afgesloten, op grond waarvan hij volledige vergoeding ontvangt, ook als de zorgaanbieder niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. In de voorwaarden is niet terug te lezen dat de zorgaanbieder een zogenoemde BIG-registratie dient te hebben. De behandelingen die worden gegeven door de betreffende psycholoog, worden door andere verzekeraars wel vergoed. Kennelijk zijn deze verzekeraars van mening dat betrokkene goede zorg verleent. Dat de zorgaanbieder niet voldoet aan de door de ziektekostenverzekeraar gestelde eisen begrijpt verzoeker daarom niet. Verzoeker mocht erop vertrouwen dat ook hij een vergoeding ter zake zou ontvangen.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker niet de juiste informatie verstrekt over vergoeding van de behandeling. Verzoeker heeft namelijk rond 4 december 2015 telefonisch contact gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar, die hem toen niet heeft gewaarschuwd dat hij alert moest zijn omtrent de keuze voor een bepaalde psycholoog. Verzoeker heeft hierover afstemming gehad met de huisarts, en deze heeft hem medegedeeld dat aan het GGZ-traject geen kosten waren verbonden voor verzoeker.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. In de Zvw is ervoor gekozen de zorg functiegericht te omschrijven. Dit houdt in dat bij wettelijk voorschrift alleen is geregeld wat onder de aanspraken valt en wanneer hierop aanspraak bestaat. Wie de zorg verleent en waar die wordt verleend, is de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar. Dit geldt ook voor de procedurele voorwaarden zoals

toestemmingsvereisten, verwijzingen en voorschrijfvereisten. De verschillende zorgverzekeraars kunnen hierin andere keuzes maken.

- 5.2. De huisarts is het eerste aanspreekpunt bij psychische problemen, en kan een patiënt vaak zelf behandelen. Als sprake is van een psychische stoornis die de huisarts dan wel de praktijkondersteuner niet zelf kan behandelen, verwijst de huisarts door naar een zorgaanbieder in de Basis GGZ. De behandelingen worden ingedeeld in de behandeltrajecten kort, middel, intensief en chronisch. Zij dienen - gelet op de voorwaarden van de zorgverzekering - te worden uitgevoerd door een GZ-psycholoog, psychotherapeut of instelling voor Basis GGZ. De ziektekostenverzekeraar vergoedt in dat geval de kosten ten laste van de zorgverzekering.
- 5.3. De zorgaanbieder van verzoeker betreft geen GZ-psycholoog of psychotherapeut maar een orthopedagoog. Ook is zij niet werkzaam bij een instelling voor Basis GGZ. De kosten van de behandelingen die verzoeker bij de betreffende zorgaanbieder heeft ondergaan, komen dan ook niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Verzoeker is bij e-mailbericht van 4 december 2015 geïnformeerd over de voorwaarden voor vergoeding van Basis GGZ-zorg. Dit was voorafgaand aan de behandelingen, die in 2016 hebben plaatsgevonden. Een en ander is ook na te lezen in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt onder voorwaarden een vergoeding voor alternatieve zorg. De door de zorgaanbieder aan verzoeker verleende zorg betreft echter geen alternatieve behandeling, en kan daarom niet in dit kader worden vergoed.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering en 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 B.1. tot en met B.26. van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B.19.1. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op Basis GGZ bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Hoofdbehandelaar Generalistische Basis GGZ

De hoofdbehandelaar dient BIG-geregistreerd te zijn en is een gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) of psychotherapeut en is eindverantwoordelijk voor de totale behandeling, inclusief de diagnosestelling. (...)

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat Generalistische Basis GGZ, zoals klinisch psychologen die plegen te bieden, voor verzekerden vanaf 18 jaar.

Deze zorg is ingedeeld in verschillende prestaties:

- Kort
- Middel
- Intensief
- Chronisch. (...)

Algemeen

De voorwaarden met betrekking tot zorgverlener, verwijzing en voorgestelde behandeling (voorschrift) staan vermeld in het Reglement GGZ. (...)"

- 8.4. Artikel B.19.1. van de zorgverzekering is volgens artikel A.2.4. 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. Geestelijke gezondheidszorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.6. 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.
- 8.7. Artikel D.7. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op alternatieve zorg en psychosociale zorg en luidt, voor zover hier van belang:

"Zorg: waar hebt u recht op?"

Wij vergoeden:

- a. behandelingen op basis van alternatieve geneeswijzen;
- b. psychosociale behandelingen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. (...)

- Wij vergoeden niet de kosten van:

o verzekerde zorg (behandelingen en consulten) op grond van uw zorgverzekering, Jeugdwet, Wlz, Wmo of een ander artikel uit uw aanvullende verzekering(en). Het maakt daarbij niet uit of u voor dat andere artikel verzekerd bent of dat u de behandeling volgens dat andere artikel niet (volledig) vergoed krijgt. U kunt niet kiezen onder welk artikel zorg vergoed wordt. U krijgt zorg ook niet 2x vergoed. Pas als is vastgesteld dat geen sprake is van verzekerde zorg op grond van uw zorgverzekering, Jeugdwet, Wlz, Wmo of een ander artikel uit uw aanvullende verzekering(en) valt, bepalen wij of die zorg als alternatieve zorg voor vergoeding in aanmerking komt; (...)

Zorgverlener

- De alternatieve behandelingen worden uitsluitend gegeven door een therapeut alternatieve geneeswijzen of een arts alternatieve geneeswijzen:

- o die als lid is ingeschreven bij een door ons erkende beroepsvereniging voor alternatieve geneeswijzen, of;*
- o die is opgenomen in een door ons erkend register voor alternatieve geneeswijzen.*

- De psychosociale behandelingen worden uitsluitend gegeven door een therapeut psychosociale zorg of een arts psychosociale zorg:
o die als lid is ingeschreven bij een door ons erkende beroepsvereniging voor psychosociale zorg;
of
o die is opgenomen in een door ons erkend register voor psychosociale zorg.
Een lijst met door ons erkende, beroepsverenigingen is te vinden op onze internetsite. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering


- 9.1. Artikel B.19.1. van de zorgverzekering is gebaseerd op artikel 2.4 Bzv. In laatstgenoemd artikel is bepaald dat aanspraak bestaat op geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen deze plegen te bieden. Gelet op de Nota van Toelichting bij het Bzv wordt met de aanduiding "plegen te bieden" de inhoud en omvang van de zorg bepaald. Het artikel regelt niet dat de genoemde zorgaanbieders de beroepsbeoefenaren zijn die de zorg ten laste van de zorgverzekering verlenen. Dit is een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en de verzekerde, waarover afspraken kunnen worden gemaakt in de zorgverzekeringsovereenkomst.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen in de voorwaarden van de zorgverzekering te bepalen dat een GZ-psycholoog of psychotherapeut de zorg dient te verlenen, dan wel dat de zorg dient te worden verleend in een instelling voor Basis GGZ. Verzoeker heeft zich met het afsluiten van de zorgverzekering met deze voorwaarden akkoord verklaard.
- 9.3. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd, en door verzoeker is niet bestreden, dat de zorgaanbieder die de zorg aan verzoeker heeft verleend, een orthopedagoog is, en derhalve geen GZ-psycholoog of psychotherapeut. Ook is de desbetreffende zorgaanbieder niet verbonden aan een instelling voor Basis GGZ. Om deze redenen wordt niet voldaan aan de in de zorgverzekering gestelde voorwaarden, zodat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de behandelingen, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.4. Door verzoeker is aangevoerd dat hij door de ziektekostenverzekeraar niet is geïnformeerd over de voorwaarden voor vergoeding van de door hem ondergane behandelingen. Dit argument moet worden gepasseerd. Uit het e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar van 4 december 2015 blijkt immers dat verzoeker is medegedeeld dat een vergoeding mogelijk is voor Basis GGZ, mits de behandeling wordt uitgevoerd door een GZ-psycholoog, psychotherapeut of in een instelling voor Basis GGZ.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt, op grond van artikel D.7., dekking voor alternatieve geneeswijzen en psychosociale behandelingen. Een behandeling wordt niet vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering indien het gaat om een verzekerde prestatie die in beginsel ten laste van de zorgverzekering komt.
- 9.6. Aangezien aan verzoeker EMDR-behandelingen zijn gegeven, die in beginsel ten laste van de zorgverzekering komen, dat wil zeggen mits uitgevoerd door een GZ-psycholoog of psychotherapeut dan wel door een zorgaanbieder die is verbonden aan een instelling voor Basis GGZ, kunnen deze behandelingen niet ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering worden vergoed.

Vergoeding door andere zorgverzekeraars

- 9.7. Zorgverzekeraars dienen op basis van de polisvoorwaarden te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn met betrekking tot de inhoud van de zorgverzekering gebonden



aan de regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als de polisvoorwaarden van de zorgverzekering hiervoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat – om welke reden ook – wel doen. Slechts indien de ziektekostenverzekeraar een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regelgeving inzake de zorgverzekering is toegestaan kan verzoeker op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoeker zich slechts beroept op het beleid van andere zorgverzekeraars, kan hem dat – zo al van een dergelijk beleid aldaar sprake is – niet baten.




Conclusie

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



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 31 mei 2017,



A.I.M. van Mierlo

