

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C, tegen D te E en F. te G  
Zaak : EU/EER, geestelijke gezondheidszorg, hoogte vergoeding  
Zaaknummer : 2009.01671  
Zittingsdatum : 26 mei 2010

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, 2.2 en 2.4 Bzv, 2.3 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

---

1. Partijen

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

tegen

1) D te E en

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

2. De bestreden beslissing

Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van de kosten verbonden aan tien behandelingen eerstelijns psychologische zorg, ondergaan te Nordhorn (Duitsland) (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 22 september 2008 gedeeltelijk, tot een bedrag van € 611,36 is ingewilligd.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Keuze Zorgplan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Royaal (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en T-500 afgesloten. De aanvullende verzekering T-500 biedt geen dekking voor het gevraagde, en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de onder 2 vermelde beslissing gevraagd. Bij brief van 10 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 4 december 2009 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 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 maart 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 maart 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 april 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 4 maart 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 18 maart 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010034138) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de vraag of het hier eerstelijns- dan wel tweedelijns psychologische zorg betreft. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. De commissie heeft op 9 juni 2010 tweemaal getracht verzoeker telefonisch te bereiken, doch heeft hierbij beide keren geen gehoor gekregen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
  - 4.1. Tussen 22 juli 2008 en 8 december 2008 hebben de behandelingen waarop verzoeker aanspraak maakt plaatsgevonden.
  - 4.2. Verzoeker stelt dat hij in Nordhorn tien behandelingen eerstelijns psychologische zorg heeft ondergaan. Hij heeft vanuit de zorgverzekering aanspraak op vergoeding van acht behandelingen, en nogmaals acht vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Door de ziektekostenverzekeraar zijn echter slechts acht behandelingen vergoed vanuit de zorgverzekering.
  - 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 verzoeker aanspraak heeft op acht behandelingen eerstelijns psychologische zorg vanuit de zorgverzekering. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor vergoeding van de eigen bijdrage die verzekerden voor de zorg die wordt vergoed vanuit de zorgverzekering verschuldigd zijn. Verzoeker heeft dienovereenkomstig acht maal de eigen bijdrage vergoed gekregen.
  - 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 aan verzoeker een hoger bedrag dan € 611,36 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk 2: Dekking zorgverzekering' van de zorgverzekering. Artikel 2 onder B van 'Hoofdstuk 2: Dekking zorgverzekering' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

### *"2. Eerstelijnspsychologische zorg*

*Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog en/of klinisch psycholoog. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. De zorg omvat ten hoogste acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 10,-- per zitting. (...)"*

Artikel 3 van 'Hoofdstuk 2: Dekking zorgverzekering' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*"De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:*

*1 . aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;*

*2. aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:*

*- tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) vastgestelde (maximum)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;*

*- indien en voorzover geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) vastgesteld (maximum)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag."*

- 8.3. De artikelen 2 en 3 van 'Hoofdstuk 2: Dekking zorgverzekering' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van 'Hoofdstuk 1: Algemene voorwaarden zorgverzekering' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.4. 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. Eerstelijns psychologische zorg 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 2 van de aanvullende ziektekostenverzekering is onder C, lid 2 het volgende geregeld:

*“2 Eigen bijdrage geneesmiddelen en/of psychotherapie en/of hulpmiddelen (...)*

*b. De wettelijke eigen bijdrage voor niet-klinische geestelijke gezondheidszorg en eerstelijns-psychologische zorg die verschuldigd is krachtens de hoofdverzekering. (...)”*

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. De commissie begrijpt uit de stukken in het dossier dat verzoeker behandelingen eerstelijns psychologische zorg heeft ondergaan. Verzoeker heeft niet gesteld dat het zou gaan om specialistische GGZ. Tussen partijen is niet in geschil dat deze behandelingen een verzekerde prestatie vormen en dat verzoeker daarvoor een indicatie heeft. Verzoeker heeft ervoor gekozen gebruik te maken van de mogelijkheid van vergoeding volgens de zorgverzekering, als bedoeld in artikel 3 lid 2 van de zorgverzekering. Volgens de polisvoorwaarden van de zorgverzekering heeft verzoeker aanspraak op acht behandelingen eerstelijns psychologische zorg per kalenderjaar. Hij heeft in 2008 tien behandelingen ondergaan, waarvan de kosten € 76,42 per keer bedroegen. Daarvan komen acht behandelingen in aanmerking voor vergoeding, met een eigen bijdrage van € 10,-- per behandeling. De totale vergoeding vanuit de zorgverzekering komt daarmee op (8 x 66,42) € 531,36.

**Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor behandelingen eerstelijns psychologische zorg. Wel bestaat aanspraak op vergoeding van de eigen bijdrage die verschuldigd is voor behandelingen die ten laste van de zorgverzekering worden gebracht. Zoals eerder overwogen heeft verzoeker aanspraak op acht behandelingen eerstelijns psychologische zorg ten laste van de zorgverzekering, met een eigen bijdrage van € 10,-- per behandeling. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering heeft hij derhalve aanspraak op vergoeding van een bedrag van (8 x € 10,--) € 80,--. Het totaal door de ziektekostenverzekeraar te vergoeden bedrag komt daarmee op (€ 531,36 + € 80,--) € 611,36. Genoemd bedrag is reeds aan verzoeker uitgekeerd, zodat het verzoek om een hogere vergoeding dient te worden afgewezen.

**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, 11 augustus 2010,

Voorzitter