

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, GGZ, hoogte vergoeding niet-gecontracteerde zorgverlener,
hinderpaalcriterium
Zaaknummer : 201301771
Zittingsdatum : 2 april 2014

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 2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van psychologische zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener ten bedrage van € 96,- per zitting (verder: de aanspraak). De zorgverzekeraar heeft aan verzoeker een vergoeding toegekend van € 45,- per zitting.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 18 juni en 2 juli 2013 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.

3.4. Met het op 11 september 2013 ingevulde klachtenformulier heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 45,- per zitting in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 januari 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 januari 2014 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 februari 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 13 maart 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.

3.8. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 2 april 2014 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is behandeld door een psycholoog die daartoe niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd. Daarom heeft de zorgverzekeraar een bedrag van € 45,- per zitting vergoed, terwijl de kosten per zitting € 96,- bedragen. Met een zodanig lage vergoeding wordt een feitelijke hinderpaal opgeworpen voor verzekerden die gebruik (willen) maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener. Dit is wettelijk niet toegestaan. Verzoeker verwijst in dit kader naar het vonnis in kort geding van 14 maart 2013 van de rechtbank Zeeland-West-Brabant (RBZWB: 2013:BZ4071).
- 4.2. De argumenten van de zorgverzekeraar ten aanzien van het hinderpaalcriterium kunnen verzoeker niet overtuigen. Het wettelijk criterium is niet alleen bevestigd door voornoemd vonnis. Het feit dat het kabinet de wet op dit punt wil wijzigen, onderstreept dat het hinderpaalcriterium ook thans nog vigeert. De afspraken in het onlangs gesloten zorgakkoord om tot de aanpassing van artikel 13 Zvw te komen illustreren bij uitstek dat de zorgverzekeraars zich realiseren dat zij nog gebonden zijn aan het wettelijk hinderpaalcriterium. Dat thans sprake is van een feitelijke hinderpaal blijkt uit het gegeven dat verzoeker zich genoodzaakt zag de behandeling na twee zittingen te beëindigen, omdat er per zitting slechts € 45,- werd vergoed.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker herhaald dat de vergoeding te laag is vastgesteld. Ter aanvulling heeft hij aangevoerd dat hij een specifiek probleem had, te weten een slaapprobleem. Hierover heeft hij gechat met de zorgverzekeraar. Hij werd verwezen naar (gecontracteerde) eerstelijns psychologen. Deze hadden echter niet de benodigde specialistische kennis. Bovendien was geen sprake van een psychologisch probleem. De enige zorgaanbieder die gespecialiseerd is in de zorg die verzoeker nodig had, was de betreffende niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Desgevraagd heeft verzoeker medegedeeld dat hij contact heeft gezocht met de zorgverzekeraar nadat hij de nota's had ingediend en de zorgverzekeraar deze had afgewezen.

4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Verzoeker heeft gekozen voor een naturaverzekering. Dit betekent dat hij op grond van de polisvoorwaarden aanspraak heeft op zorg die hij kan afnemen bij door de zorgverzekeraar daartoe gecontracteerde zorgaanbieders. Indien de zorg wordt afgenomen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, worden de betreffende kosten vergoed tot een door de zorgverzekeraar bepaald maximum.
- 5.2. In de polisvoorwaarden is bepaald dat voor eerstelijns psychologische zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener maximaal € 45,- per zitting wordt vergoed. Bij het afsluiten van de zorgverzekering is verzoeker akkoord gegaan met de polisvoorwaarden.
- 5.3. De uitspraak van de rechtbank waar verzoeker naar verwijst, is gericht tegen een andere verzekeraar en verplicht de zorgverzekeraar niet tot het wijzigen van zijn beleid. Voornoemde uitspraak is voor de zorgverzekeraar dan ook geen reden de hoogte van de maximale vergoeding voor de onderhavige zorg aan te passen. Bovendien gaat het in voornoemde uitspraak om tweedelijns psychologische zorg en niet, zoals in het geval van verzoeker, om een eerstelijns psychologisch consult.
- 5.4. Verzoeker stelt dat hij vanwege de voor hem opgeworpen feitelijke hinderpaal na twee consulten de behandeling heeft beëindigd. Verzoeker had echter ook kunnen kiezen voor een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Verzoeker heeft geen verklaring gegeven waarom het voor hem niet mogelijk was te kiezen voor een gecontracteerde zorgaanbieder. In de woonplaats van verzoeker zijn meerdere psychologen door de zorgverzekeraar gecontracteerd.
- 5.5. Desgevraagd heeft de zorgverzekeraar medegedeeld dat hij met de door hem gecontracteerde psychologen drie verschillende tarieven heeft afgesproken, waarbij de hoogte afhankelijk is van de service die de betreffende

zorgaanbieder verleent. Deze tarieven bedragen € 83,20, € 85,-- en € 87,-- en zijn daarmee hoger dan de vergoeding die door de meeste andere zorgverzekeraars wordt betaald.

- 5.6. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de door verzoeker aangehaalde uitspraak alleen tussen partijen geldt en geen algemene werking heeft. Bovendien is cassatie ingesteld. Daarnaast is niet zo maar vast te stellen wanneer kan worden gesproken van een hinderpaal. Overigens valt niet in te zien waarom de lagere vergoeding een feitelijke hinderpaal vormt.

De stelling van verzoeker dat door hem is gevraagd naar specifieke zorg, is nieuw voor de ziektekostenverzekeraar. Blijkens de registratie van de klantencontacten is alleen gesproken over de eigen bijdrage en het hinderpaalcriterium, niet over de noodzaak van specifieke zorg vanwege slaapproblemen. Daarbij is het begrip 'slaapproblemen' nogal vaag. Bij de zorginkoop gaat het erom dat kwalitatief goede zorg wordt ingekocht.

- 5.7. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is de commissie 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 de vergoeding voor eerstelijnspsychologische zorg - verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener - terecht heeft beperkt tot € 45,-- per zitting, ten laste van de zorgverzekering.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel B16.1 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op eerstelijnspsychologische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een gezondheidszorgpsycholoog of een Europees gecertificeerde therapeut (European Certificate of Psychotherapy, verleend door de European Association for Psychotherapy te Wenen), een Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP, een Orthopedagoog Generalist of een seksuologische hulpverlener die als seksuoloog geregistreerd staat in het betreffende register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie. [Naam zorgverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op [website zorgverzekeraar]/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met [naam zorgverzekeraar] een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met [naam zorgverzekeraar] heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag van € 45 per zitting.

(...)"

- 8.3. Artikel B3.2 van de zorgverzekering bepaalt dat voor zorg, verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, een lagere vergoeding wordt toegekend. Deze bepaling luidt als volgt:

"Kiest u voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met [naam zorgverzekeraar] heeft gesloten, dan vergoedt [naam zorgverzekeraar] de kosten tot een maximumbedrag. Hoeveel dat is, ziet u in de artikelen B10 tot en met B38 bij de verschillende vormen van zorg. De maximale bedragen zijn een percentage van het tarief dat [naam zorgverzekeraar] gemiddeld voor deze behandeling heeft gecontracteerd. Het percentage kan per zorgvorm

verschillen. Bij sommige vormen van zorg wordt verwezen naar een lijst met maximale bedragen. Op het te vergoeden bedrag worden eventueel verschuldigde eigen bijdragen en daarna verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering gebracht."

- 8.4. De artikelen B3.2 en B16.1 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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. Geneeskundige zorg, waaronder GGZ, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg en diensten indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 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 zorgverzekeraar 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.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Aangezien de zorgverzekeraar heeft besloten een gedeeltelijke vergoeding te verlenen, behoeft de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering geen beantwoording meer. Hetzelfde geldt voor de indicatie; kennelijk is die in de situatie van verzoeker aanwezig. Ook kan in het midden blijven of de behandeling doelmatig is en of in dit geval is voldaan aan de toepasselijke formele vereisten, zoals met name het vereiste van een geldige verwijzing. In geschil is derhalve uitsluitend de hoogte van de verleende vergoeding.
- 9.2. Met betrekking tot de hoogte van de vergoeding speelt het zogenoemde hinderpaalcriterium een rol. In de Memorie van Toelichting bij de Zvw is vermeld dat de vergoeding niet zo laag mag zijn dat deze voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal oplevert om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Voor zorgaanbieders in een andere EU-lidstaat vloeide dit voort uit het arrest Müller-Fauré/Van Riet van het Europese Hof van Justitie. Uit de Nederlandse jurisprudentie blijkt dat het hinderpaalcriterium ook geldt voor de binnenlandse verhoudingen.
- 9.3. Momenteel wordt discussie gevoerd over een eventuele aanpassing van artikel 13 Zvw. Hieruit, alsmede uit de recente jurisprudentie, blijkt dat het hinderpaalcriterium tot op heden deel uitmaakt van de in genoemd artikel opgenomen wettelijke norm.
- 9.4. Op grond van artikel B16.1 van de zorgverzekering heeft verzoeker aanspraak op een vergoeding van € 45,- per zitting voor eerstelijnspsychologische zorg die is verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De vraag ligt voor of met deze vergoeding, die 52,9 percent van het gemiddeld door de zorgverzekeraar gecontracteerde tarief bedraagt, een feitelijke hinderpaal wordt opgeworpen om zorg in te roepen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder voor eerstelijnspsychologische zorg.
- 9.5. Ten aanzien van de vraag wanneer sprake is van een feitelijke hinderpaal wijst de commissie op een uitspraak van de Rechtbank Zeeland - West Brabant van 14 maart 2013 (ECLI:NL:RBZWB:2013:BZ4071) waarin is geoordeeld dat ten tijde van het ontstaan van onderhavig geschil een korting van 50 percent als een feitelijke hinderpaal moest worden beschouwd.
In hoger beroep heeft het Gerechtshof 's-Hertogenbosch in zijn arrest van 9 juli 2013 (ECLI:NL:GHSHE:2013.2971) overwogen dat in het algemeen niet is te zeggen wanneer sprake is van een feitelijke hinderpaal. Bij een korting van 50 percent moet dit echter voorhands worden aangenomen, bij gebreke

van meer of andere gegevens. Het Hof heeft verder overwogen dat een vergoeding van 75 tot 80 percent in 2013 een breed gedragen praktijknorm was en heeft hierop een wel acceptabele vergoeding berekend. Die oordelen zijn bij arrest van 11 juli 2014 van de Hoge Raad in stand gelaten (ECLI:NL:HR:2014.1646).

9.6. De commissie sluit zich bij voormeld oordeel aan en concludeert dat in voorkomende gevallen voor zorg verleend in Nederland en de andere lidstaten van de Europese Unie geldt dat een vergoeding van minimaal 75 percent van het wettelijke dan wel het gecontracteerde tarief geen feitelijke hinderpaal oplevert, althans zolang dit percentage binnen de markt breed wordt gedragen.
De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij voor eerstelijnspsychologische zorg gemiddeld een tarief van (€ 83,20 + € 85,-- + € 87,-- gedeeld door 3 =) € 85,06 heeft gecontracteerd. Verzoeker heeft daarom aanspraak op een vergoeding van 75 percent van dit gemiddelde tarief, te weten € 63,80 per zitting. Dat de werkelijke kosten per zitting € 96,-- bedragen, en dat deze daarmee hoger zijn dan het gemiddeld gecontracteerde tarief, komt voor rekening van verzoeker. Dit is minus het rechtstreekse gevolg van zijn keuze voor een naturapolis en het gegeven dat de zorgverzekeraar - door in te kopen op volume - tot gunstiger tariefafspraken met zorgaanbieders kan komen.

9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is bepaald onder 9.6. Dit betekent dat verzoeker aanspraak heeft op een nabetaling van € 18,80 voor de zitting met behandeldatum 19 april 2013. Volgens verzoeker heeft hij in 2013 twee zittingen eerstelijnspsychologische zorg gehad. Van de tweede zitting zijn echter geen stukken in de procedure ingebracht. Verzoeker kan de betreffende nota - voor zover dit nog niet is gedaan - ter declaratie indienen bij de zorgverzekeraar. Ook voor deze zitting heeft hij dan aanspraak op een vergoeding van € 63,80. Volledigheidshalve merkt de commissie hierbij op dat deze (aanvullende) vergoedingen ten laste van het verplichte en/of vrijwillige eigen risico komen, voor zover dit voor 2013 nog niet is volgemaakt.

9.8. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek toe, zoals bepaald onder 9.7.

10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 27 augustus 2014,

Voorzitter