

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van G
tegen C te D vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Geestelijke gezondheidszorg, vergoeding psychologisch
onderzoek
Zaaknummer : 2011.00865
Zittingsdatum : 21 december 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P.Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.3 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van G hierna te noemen: verzekerde,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door E te F hierna te noemen: gevolmachtigde.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Natura (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 [naam gevolmachtigde] Prima polis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 een psychologisch onderzoek ten behoeve van verzekerde (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsspecificatie van 3 mei 2010 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 11 januari 2011 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 brief van 21 juli 2011 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 8 november 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 november 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 november 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 december 2011 telefonisch medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 9 november 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 november 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011117848) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het gaat om een onderzoek en diagnosestelling die niet vallen onder de eerstelijns psychologische zorg. Een afschrift van het CVZ-advies is op 28 november 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben geen gelegenheid gemaakt van de geboden mogelijkheid.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat de huisarts verzekerde heeft verwezen naar een psycholoog. De psycholoog heeft een onderzoek ingesteld naar de problematiek van verzekerde. Een deel hiervan bestond uit een onderzoek naar hoogbegaafdheid. De psycholoog is aan de hand van het onderzoek tot de conclusie gekomen dat het gaat om een niet-complexe aandoening, en heeft verzekerde hiervoor behandeld. Op de nota van het onderzoek is in eerste instantie vermeld dat het ging om een "capaciteitenonderzoek". Omdat de ziektekostenverzekeraar vergoeding weigerde, heeft de psycholoog de nota gewijzigd, en hierop de juiste naam van het onderzoek vermeld, namelijk "diagnostisch onderzoek". De kosten hiervan dienen, gelet op de voorwaarden van de zorgverzekering, door de ziektekostenverzekeraar te worden vergoed.
- 4.2. 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 de psycholoog een onderzoek heeft uitgevoerd naar hoogbegaafdheid bij verzekerde, hetgeen is aan te duiden als psychosociale hulp. Dat zij dit onderzoek in eerste instantie heeft aangeduid als een "capaciteitenonderzoek", en later als "diagnostisch onderzoek", brengt hierin geen verandering. Gelet op het "GGZ-Kompas" van het CVZ vormt psychosociale hulp geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De eerste acht consulten van de psycholoog komen wel voor vergoeding in aanmerking. Deze zijn reeds aan verzoeker vergoed.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden 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 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 21 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geestelijke gezondheidszorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op eerstelijnspsychologische zorg zoals klinisch psychologen deze plegen te bieden, tot maximaal acht zittingen per kalenderjaar. Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen. (...)

Door:

Gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog. Eerstelijnspsychologische zorg zoals beschreven in dit artikel voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinder- en jeugdpsycholoog of een orthopedagoog-generalist. (...)

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van € 10,- per zitting. (...)”

8.4. Artikel 21 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 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. Geestelijke gezondheidszorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruikmaakt van een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.7. In de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat dekking bestaat voor de eigen bijdrage die is verschuldigd vanuit de zorgverzekering, tot een bedrag van maximaal € 80,-- per kalenderjaar.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Vaststaat dat de huisarts verzekerde in eerste instantie heeft verwezen naar de psycholoog vanwege “verdenking hoogbegaafdheid”. De psycholoog heeft naar aanleiding hiervan een onderzoek uitgevoerd, waarvan de kosten zijn gedeclareerd als “capaciteitenonderzoek”. Dat de huisarts naderhand, op verzoek van verzoeker, heeft verklaard dat is verwezen vanwege “ouder-kind problematiek”, “primaire insomnie” en “studieproblemen”, en de psycholoog vervolgens een nieuwe nota heeft gemaakt met daarop vermeld “diagnostisch onderzoek”, is een constructie achteraf, kennelijk met de bedoeling de kosten van het onderzoek alsnog onder de dekking van de verzekering te brengen. De oorspronkelijke diagnose en de aard van het onderzoek veranderen hier echter niet door. De commissie gaat er daarom bij de beoordeling vanuit dat een capaciteitenonderzoek heeft plaatsgevonden.

9.2. Het capaciteitenonderzoek is gericht op toetsing van het leer- en denkniveau. Het gaat hierbij derhalve om psychosociale hulp. Bij deze hulp is geen sprake van een stoornis waarvoor geneeskundige zorg nodig is. Gelet op het “GGZ-Kompas” van het CVZ van april 2008 valt psychosociale hulp niet onder de te verzekeren prestaties. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten van dit onderzoek, ten laste van de zorgverzekering.

9.3. Verzoeker heeft daarentegen wel aanspraak op vergoeding van de kosten van de eerste acht consulten eerstelijns psychologische zorg ten behoeve van verzekerde. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil. De ziektekostenverzekeraar is reeds overgegaan tot vergoeding van deze consulten.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor de eigen bijdrage die vanuit de zorgverzekering is verschuldigd voor consulten eerstelijns psychologische zorg. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 december 2011,

Voorzitter