



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D en E te F, in deze vertegenwoordigd door G te H  
Zaak : Psychologische zorg, alternatieve geneeswijzen, Mindfulness Based Cognitive Therapy  
Zaaknummer : 201400170  
Zittingsdatum : 23 juli 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 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.3 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

---

## 1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door G te H, hierna te noemen: gevolmachtigde.

## 2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam gevolmachtigde] Zorgverzekering variant Select Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Ik-Zorg Beter afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van Mindfulness Based Cognitive Therapy (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 december 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 13 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 26 maart 2014 heeft verzoekster 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 mei 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 mei 2014 aan verzoekster gezonden.
  - 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 mei 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 juli 2014 telefonisch medegedeeld niet te willen worden gehoord.
  - 3.8. Bij brief van 26 mei 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 20 juni 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014068496) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de door verzoekster gevolgde trainingen niet zijn te beschouwen als "zorg zoals klinisch-psychologen plegen te bieden", terwijl voorts niet is gebleken van een (verzekerings)indicatie voor MBCT. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 1 juli 2014 aan partijen gezonden.
  - 3.9. Verzoekster is op 23 juli 2014 telefonisch gehoord en is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
  - 3.10. Bij brief van 27 augustus 2014 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 1 september 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Als gevolg van een acute nekhernia, zwangerschapsvergiftiging, een zware bevalling, spit, en ontstoken spieren en pezen, is verzoekster bijna zeven maanden immobiel geweest. Deze situatie bracht met zich dat verzoekster ook depressieve klachten kreeg. Via via is zij in contact gekomen met de Mindfulness Based Cognitive Therapy. Verzoekster heeft op 28 juni 2013 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en gevraagd of deze vorm van therapie wordt vergoed. In het betreffende gesprek is haar door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de therapie conform de verzekeringsvoorwaarden wordt vergoed op voorwaarde dat de zorgaanbieder is aangesloten bij een erkende beroepsvereniging. Aangezien de zorgaanbieder van verzoekster, te weten MettaMind, is aangesloten bij meerdere beroepsverenigingen, verwachtte verzoekster geen problemen en is zij op 5 juli 2013 met de therapie gestart.
  - 4.2. Nadat verzoekster de eerste facturen ter declaratie had ingediend, kreeg zij van de ziektekostenverzekeraar te horen dat niet tot vergoeding wordt overgegaan omdat de diverse behandeldata ontbraken. Nadat deze omissie door de therapeut was gecorrigeerd, werden de facturen afgewezen vanwege het ontbreken van de juiste aanduiding van de therapie. Nadat ook dit was gecorrigeerd, werden de facturen afgewezen op het ontbreken van de een AGB-code. Na deze afwijzing heeft de therapeut een AGB-code aangevraagd en zijn de facturen opnieuw ingediend. Wat volgde was opnieuw een afwijzing. Ditmaal werd als reden aangevoerd dat de therapeut niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. Als verzoekster eerder had geweten dat MettaMind niet is aangewezen door de ziektekostenverzekeraar, had zij een andere zorgverlener gezocht.
  - 4.3. Ter zitting is door verzoekster herhaald dat de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de therapie steeds op andere gronden heeft afgewezen, terwijl in eerste instantie was (toe)gezegd dat deze zou worden vergoed. Na declaratie van de nota bleek de omschrijving van de behandeling moest worden aangepast. Dit heeft de behandelend arts gedaan. Toch werd de nota weer afgewezen, ditmaal omdat geen AGB-code was vermeld. De uiteindelijke afwijzgrond is het ontbreken van een contract met deze zorgverlener.
  - 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoekster heeft in september 2013 diverse declaraties ingediend ter zake van de Mindfulness Based Cognitive Therapy. In eerste instantie zijn deze afgewezen omdat de behandeldata op de facturen ontbraken. Nadat de behandelaar de facturen op dit punt had gecorrigeerd en deze door verzoekster nogmaals waren ingediend, zijn de declaraties opnieuw afgewezen, en wel omdat de zorgverlener niet BIG-geregistreerd is. In december 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar nieuwe facturen ontvangen. Ditmaal met de vermelding van de AGB-code 90 - 048912. Deze code staat voor alternatieve geneeswijzen. De hiermee gemoeide kosten komen niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking.
- 5.2. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat de mogelijkheid Mindfulness Based Cognitive Therapy te vergoeden als alternatieve zorg of psychologische zorg. Als voorwaarde voor vergoeding geldt hierbij echter dat de zorgaanbieder door de ziektekostenverzekeraar moet zijn aangewezen. Gebleken is dat zowel de therapeut van verzoekster als het behandelcentrum niet door hem is aangewezen.
- 5.3. Uit de registratie van de inkomende telefoongesprekken van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat verzoekster op 28 juni 2013 telefonisch contact heeft gehad met een van de medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. Dat daarbij in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden bepaalde toezeggingen zijn gedaan is niet gebleken.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 16 van het 'Algemeen gedeelte' van de zorgverzekering en artikel 8 van het 'Algemeen gedeelte' 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in deel II van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 10 van 'Deel II' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op eerstelijnspsychologische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*10 Eerstelijnspsychologische zorg*

*Je hebt aanspraak op diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog en/of klinisch psycholoog en/of orthopedagoog-generalist en/of seksuologisch hulpverlener en/of kinder- en jeugdpsycholoog. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.*

*De zorg omvat ten hoogste vijf zittingen (van maximaal één uur) eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 20,- per zitting. De zorg kan ook gegeven worden in halve of kwart zittingen, waarbij de wettelijke eigen bijdrage dan steeds naar rato is. Er wordt maximaal één prestatie per verzekerde per dag vergoed. Uitgezonderd hiervan zijn telefonische consulten, e-mailconsulten en dubbele*

*consulten. Voor telefonische en e-mailconsulten geldt dat zij in combinatie met een andere prestatie gedeclareerd kunnen worden. Bij dubbele consulten kunnen tot twee zittingen per dag gedeclareerd worden. (...)"*

- 8.4. Artikel 10 van 'Deel II' van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van het 'Algemeen gedeelte' 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 eerstelijnspsychologische zorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.3 Rzv.
- 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 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van alternatieve en bijzondere geneeswijzen. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

*"1.1 Vergoeding voor de kosten van behandelingen en consulten van alternatieve zorg die vallen onder de volgende stromingen:*

*(...)*

*e. psychosociale zorg*

*(...)*

*De zorg als genoemd onder e dient te worden verleend door een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder.*

*Op onze website vind je een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders. Je kunt deze ook telefonisch opvragen. Kijk voor meer informatie in artikel 2.4 en 2.5 van de Algemene bepalingen van deze verzekeringsvoorwaarden. (...)"*

- 8.8. Artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op psychologische zorg en luidt, voor zover hier van belang:

*"7 Psychologische zorg*

*In aanvulling op het aantal zittingen eerstelijnspsychologische zorg op grond van de ik! Zorgverzekering worden vergoed de kosten van ten hoogste 6 zittingen per kalenderjaar tot ten hoogste € 60,- per zitting, door een eerstelijnspsycholoog (NIP) of een gezondheidszorgpsycholoog. (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. De zorgverzekering biedt aanspraak op eerstelijnspsychologische zorg tot maximaal vijf zittingen per kalenderjaar. De zorg dient te worden verleend door een gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, klinisch psycholoog, orthopedagoog-generalist, seksuologisch hulpverlener of kinder- en jeugdpsycholoog. Gebleken is dat verzoekster de door haar als Mindfulness Basedes Cognitive Therapy (MBCT) aangeduide behandeling heeft gevolgd bij een mindfulnessstrainer. Het Zorginstituut concludeert dat deze trainingen niet zijn te beschouwen als "zorg zoals klinisch-psychologen plegen te bieden", terwijl voorts niet is gebleken van een (verzekerings)indicatie voor MBCT. De commissie neemt deze conclusie en het advies van het Zorginstituut het verzoek af te wijzen over

en stelt vast dat de kosten van de behandeling niet ten laste van de zorgverzekering kunnen worden gebracht. Wat betreft de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering geldt het volgende.

### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. Op grond van artikel 1.1. onder e van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van psychosociale zorg. De vergoeding bedraagt maximaal € 40,- per behandeldag, met een maximum van € 350,- per jaar. Voorwaarde voor deze aanspraak is dat de zorg wordt verleend door een door de ziektekostenverzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de door de ziektekostenverzekeraar aangewezen zorgaanbieders is onder meer te raadplegen op diens website. Het is de commissie gebleken dat noch het behandelcentrum noch de therapeut van verzoekster door de ziektekostenverzekeraar is aangewezen zodat verzoekster geen aanspraak kan maken op vergoeding op grond van artikel 1.1. onder e van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.3. Verder biedt artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op een zestal zittingen eerstelijnspsychologische zorg. Het betreft hier een aanvulling op de zittingen eerstelijnspsychologische zorg die op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Nu de commissie hiervoor tot het oordeel is gekomen dat verzoekster geen aanspraak heeft op eerstelijnspsychologische zorg ten laste van de zorgverzekering, kan van een - aanvullende - vergoeding op grond van artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering geen sprake zijn.

### Telefonische toezegging

- 9.4. Door verzoekster is gesteld dat zij, voorafgaand aan de behandelingen, op 28 juni 2013 telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar en dat haar bij die gelegenheid een toezegging is gedaan. Dat het betreffende gesprek heeft plaatsgevonden, is door de ziektekostenverzekeraar niet bestreden. Dit is evenwel niet voldoende om te concluderen dat bij die gelegenheid ook een toezegging is gedaan. Het is aan verzoekster het bestaan en de inhoud van de toezegging waarop zij zich beroept aannemelijk te maken.
- 9.5. De commissie is van oordeel dat in de procedure voldoende is komen vast te staan dat verzoekster op 28 juni 2012 is medegedeeld dat de behandelingen worden vergoed conform de verzekeringsvoorwaarden, op voorwaarde dat de zorgaanbieder is aangesloten bij een erkende beroepsvereniging. Volgens de commissie liet deze laatste voorwaarde zoveel ruimte voor interpretatie dat verzoekster deze mocht opvatten zoals zij heeft gedaan, in die zin dat MettaMind hieraan voldeed. De volgende vraag is welke financiële consequenties aan het voorgaande zijn te verbinden.
- 9.6. Door verzoekster is een e-mailbericht van 8 januari 2014 overgelegd, waarin wordt verwezen naar de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Ook de door verzoekster opgestelde berekening gaat uit van dit onderscheid. Uit het e-mailbericht maakt de commissie op dat beide verzekeringen tijdens het telefoongesprek op 28 juni 2013 aan de orde zijn geweest, hetgeen door de ziektekostenverzekeraar overigens niet is bestreden. Volgens verzoekster werd haar daarnaast het volgende medegedeeld: "Een verwijzing van de huisarts was niet nodig, ik kon na afloop van de behandeling de declaratie indienen en dan zou dit gedeeltelijk vergoed worden (volgens de polisvoorwaarden)". De commissie maakt uit het voorgaande op dat in het onderhoud - impliciet - is gerefereerd aan artikel 10 van 'Deel II' van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Toepassing van deze beide artikelen leidt tot een bedrag van € 575,-, zoals door verzoekster is berekend. De uiteindelijke vergoeding kan overigens lager zijn, een en ander onder andere afhankelijk van het al dan niet 'vol gemaakt' zijn van het eigen risico.
- 9.7. Indien de ziektekostenverzekeraar het bestaan van de toezegging dan wel de hieraan door verzoekster verbonden financiële consequenties had willen bestrijden, had het op zijn weg gelegen op het desbetreffende e-mailbericht per ommegaande te reageren. Dit is echter nagelaten. Weliswaar is op 13 januari 2014 een reactie aan verzoekster gestuurd, doch hierin wordt niet ingegaan op de gestelde toezegging en de door verzoekster gemaakte berekening. Ook in het e-mailbericht van 15 januari 2014 blijft de gestelde toezegging onbesproken. Wel wordt gereageerd op bedoelde berekening. Gesteld wordt namelijk: "Er bestaat dan ook géén recht op de door u aangegeven vergoedingen zoals vermeld in uw e-mail". Mede gegeven het feit dat de behandelingen toen al



hadden plaatsgevonden kunnen aan deze mededeling geen verdere gevolgen worden verbonden voor de hoogte van de vergoeding.

### Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoekster aanspraak heeft op een vergoeding van maximaal € 575,-- ten laste van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.9. Aangezien het verzoek dient te worden toegewezen, ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster vergoedt.

### 10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als hierboven onder 9.8 is vermeld.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 3 september 2014,

Voorzitter