

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B vs C te D en E te F  
Zaak : Geneeskundige zorg, eerstelijns psychologische zorg  
Zaaknummer : 2008.01378  
Zittingsdatum : 5 november 2008

Zaak: 2008.01378, geneeskundige zorg, eerstelijns psychologische zorg

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, art. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

Partij I:  
C te D

en

Partij II:  
E te F

hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 14 en 28 april 2008 de eerste vijf, door verzoekster ondergane psychologische behandelingen, niet ten laste van de zorgverzekering te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basispolis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verder was verzoekster op dat moment bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de Comfortpolis (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. De huisarts heeft verzoekster, zonder nadere aanduiding van een diagnose, verwezen naar "de psycholoog". Verzoekster heeft naar aanleiding van de verwijzing bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "individuele eerstelijns psychologische zorg" ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende verzekering (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 14 en 28 april 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 24 en 31 januari, 12 en 18 februari en 4 maart 2008 hebben de behandelingen, op vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.

- 3.4. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 6 mei 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 4 juni 2008 heeft verzoekster haar geschil aan de SKGZ voorgelegd, waarna eerst een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Deze poging heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 12 augustus 2008 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.
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 2 september 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 september 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en ziektekostenverzekeraar hebben op 8 september respectievelijk 16 september 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.10. Bij brief van 5 september 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 1 oktober 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat de zorgverlener die door verzoekster is ingeschakeld, niet in het bezit is van de kwalificatie eerstelijnspsycholoog van het Nederlands Instituut van Psychologen. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 november 2008 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 6 november 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 11 november 2008 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij in verband met haar echtscheiding behoefte had aan psychologische hulp. Zij heeft op 17 januari 2008 de ziektekostenverzekeraar telefonisch om informatie verzocht. Haar is toen medegedeeld dat de eerste negen behandelingen volledig zouden worden vergoed, en dat zij vanaf de tiende behandeling een eigen bijdrage van € 15,00 per be-

handeling zou moeten betalen.

- 4.2. Naar aanleiding van de ingewonnen informatie is zij op zoek gegaan naar een psycholoog en heeft gekozen voor een psycholoog, verbonden aan een praktijk voor psychosociale therapie en supervisie. Op 18 januari 2008 heeft zij wederom telefonisch contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar en heeft zij gevraagd of zij bij deze met name genoemde psycholoog in behandeling kon gaan. Haar is toen medegedeeld dat zij, indien zij over een verwijfskaart van haar huisarts beschikte, de behandelingen vergoed zou krijgen.
- 4.3. Pas in april 2008, bij de weigering van de ziektekostenverzekeraar de nota's te vergoeden, werd zij zich bewust van het feit dat de behandelingen psychotherapie bij de door haar gekozen psycholoog niet vergoed zouden worden.
- 4.4. Verzoekster stelt dat zij in de veronderstelling verkeerde voldoende onderzoek te hebben verricht en erop mocht vertrouwen dat de kosten zouden worden vergoed. Had zij vooraf geweten dat zij voor de behandelingen bij een niet-GZ psycholoog geen vergoeding zou krijgen, dan had zij voor een GZ psycholoog gekozen, want zij kan de kosten niet dragen. Dat zij is afgegaan op onjuiste informatie mag onder deze omstandigheden niet ten laste van haar komen.
- 4.5. Voorts verzoekt zij de vergoeding van de behandelingen vanaf half april 2008 bij deze psycholoog, vanwege de inmiddels ontstane vertrouwensrelatie tussen haar en de psycholoog.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de door verzoekster gekozen psycholoog geen GZ-psycholoog is, zodat op grond van de basisverzekering geen aanspraak op vergoeding van de behandelingen door deze psycholoog bestaat.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar geeft aan wel een telefoonregistratie van het gesprek van 17 januari 2008 te hebben, maar van een telefoongesprek op 18 januari 2008 is hem niets bekend. Bovendien kan aan mondelinge versterkte informatie geen rechten worden ontleend, omdat niet is te achterhalen wat precies de vraagstelling en wat het antwoord is geweest.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering en de aanvullende verzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

## 7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de aanspraak op grond van de basisverzekering dan wel de aanvullende verzekering dan wel op basis van beide, voor vergoeding in aanmerking komt.

### *De Zorgverzekering*

- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering. Artikel 3 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg bestaat. Voor zover relevant wordt hier bepaald:

#### *“a Eerstelijnspsychologische zorg*

*Omschrijving: diagnostiek en kortdurende generalistische behandeling in verband met een lichte tot matig ernstige, niet-complexe psychische problematiek, verleend door een extramuraal werkende eerstelijnspsycholoog, gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.*

*Zorgverlening: extramuraal werkende eerstelijnspsycholoog, GZ-psycholoog, (...) of orthopedagoog.*

*Prestatie: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden voor maximaal 8 zittingen per kalenderjaar.*

*Per zitting eerstelijnspsychologie is een wettelijke eigen bijdrage van € 10,- verschuldigd.*

*Verwijzing: huisarts of bedrijfsarts (...)*

#### *Bijzonderheden:*

*(...)*

*• in plaats van de verstrekking van eerstelijnspsychologische zorg kan aanspraak gemaakt worden op een persoonsgebonden budget waarmee in eerstelijnspsychologische zorg kan worden voorzien. Zie voor de voorwaarden het Reglement PGB experiment GGZ.*

#### *b Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg (met uitzondering van eerstelijnspsychologische zorg)*

*Omschrijving: onderzoek en behandeling in verband met complexe psychische aandoeningen, verleend door een GGZ-instelling, een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (PAAZ), een psychiatrische universiteitskliniek (PUK) of door een extramuraal werkend psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

*Zorgverlening: in een GGZ-instelling, een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis, een psychiatrische universiteitskliniek of door een extramuraal werkend psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut.*

*Prestatie: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden. Voor een psychotherapeutische (waaronder ook psychoanalytische) behandeling geldt een*

*eigen bijdrage:*

*– voor individuele therapie is een wettelijke bijdrage van € 15,60 per zitting verschuldigd tot een maximum van € 702,- per kalenderjaar.*

*(...)*

*– voor partnerrelatietherapie is een wettelijke eigen bijdrage van € 7,80 per verzekerde per zitting verschuldigd tot een maximum van € 351,- per verzekerde per kalenderjaar.”*

- 7.3. De regeling in de artikelen 2 en 3 van de ‘Lijst van aanspraken’ van de zorgverzekering is volgens artikel 4 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
- Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, tweede lid is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Artikel 2.4 aanhef bepaalt dat geneeskundige zorg omvat zoals onder andere klinisch-psychologen die plegen te bieden. Lid 1 onder d van dit artikel bepaalt dat de zorg ten hoogste acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg per jaar omvat. Onder e wordt bepaald dat de zorg die niet gepaard gaat met verblijf of die geen psychoanalytische behandeling is, ten hoogste vijftientig zittingen (...) omvat, met dien verstande dat de zorg meer zittingen psychotherapie kan omvatten indien die voor de verzekerde noodzakelijk zijn blijkens de normen die door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Psychologische hulp als bedoeld in artikel 3 van de zorgverzekering, waar de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg op ziet, kenmerkt zich door diagnostiek en hulpverlening bij aandoeningen. Psychosociale hulp omvat vooral praktische en sociaal maatschappelijke interventies. Deze hulp is gericht op het verbeteren van de sociale positie van de cliënt in financieel, maatschappelijk en emotioneel opzicht en valt niet onder geneeskundige zorg in de zin van de Zvw.
- 7.7. Verzoekster is in verband met haar psychosociale problemen ten gevolge van haar echtscheiding door de huisarts verwezen naar een psycholoog, zonder dat sprake is van (een vraag naar) een diagnose die duidt op psychologische stoornis. Voorts blijkt dat verzoekster gekozen heeft voor een praktijk voor psychosociale therapie en supervisie. Op grond hiervan komt de commissie tot de conclusie dat de psychosociale therapie die verzoekster heeft ondergaan niet kan worden beschouwd als een verzekerde prestatie als bedoeld in artikel 3 van de ‘lijst van aanspraken’ van de zorgverzekering.

### *De aanvullende ziektekostenverzekering*

- 7.8. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) de onderhavige zorg is geregeld in artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierin wordt, voor over relevant het volgende bepaald:

*“a Alternatieve geneeswijzen en overige psychische zorgverlening*

*(1. ...)*

#### *2 Overige psychische zorgverlening*

*Omschrijving: gestalttherapie, haptotherapie, hypnotherapie, integratieve psychotherapie, lichaamsgerichte psychotherapie, postural integration en andere behandelvormen.*

*Zorgverlening: gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging/register genoemd in de lijst achterin deze polisvoorwaarden.*

*Vergoeding Comfortpolis 75% tot maximaal € 450,- per verzekerde per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van consulten en behandeling van de genoemde alternatieve geneeswijzen en overige psychische zorgverlening. De vergoeding is inclusief de kosten van homeopathische geneesmiddelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HM hebben.”*

Artikel 14 bevat de lijst met beroepsverenigingen en registers:

*“Overige psychische zorgverlening*

- Nederlandse Beroepsvereniging van Hypnotherapeuten (NBVH)*
- Nederlands Gilde van Hypnotherapeuten (NGVH)*
- Nederlands Gilde voor Health Counseling en Psychotherapie (NGVHealth)*
- Nederlands Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie (NVAGT)*
- Nederlandse Vereniging voor Postural Integration Therapeuten en aanverwante beroepen (NVPITea)*
- Vereniging van Integraal Therapeuten (VIT)*
- Vereniging integrale vitaliteitkunde (VIV)*
- Vereniging van Haptotherapeuten (VVH)”*

- 7.9. Aangezien partijen niet strijden over de vorm van zorgverlening stelt de commissie vast dat de door verzoekster ondergane behandelingen psychosociale therapie gerekend kan worden tot de ‘overige psychische zorgverlening’ als bedoeld in artikel 9 van de aanvullende verzekering.
- 7.10. Omdat de door verzoekster met name genoemde psycholoog niet voorkomt in de registers van de door de ziektekostenverzekeraar aangewezen beroepsverenigingen, is deze psycholoog niet te beschouwen als een gekwalificeerde zorgverlener als bedoeld in de voorwaarden van artikel 9 van de aanvullende verzekering.

### *Het overeenkomstenrecht*

- 7.11. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat haar vanwege de ziektekostenverzekeraar op 18 januari 2008 telefonisch een toezegging is gedaan – die kort samengevat hierop neerkomt – dat zij de behandelingen door een met name genoemde per-

soon vergoed zou krijgen mits zij over een verwijskaart van haar huisarts beschikte, overweegt de commissie het volgende.

- 7.12. De ziektekostenverzekeraar kan niet gebonden worden geacht aan alle zijnerzijds gedane uitlatingen waardoor bij een verzekerde verwachtingen zijn gewekt ten aanzien van een door de ziektekostenverzekeraar te volgen gedragslijn. Met name indien het gaat om reacties op een verzoek van een verzekerde om inlichtingen aangaande de inhoud van de polisvoorwaarden, dan wel andere door de ziektekostenverzekeraar in acht te nemen regelgeving, noopt het belang dat de verzekerden erbij hebben dat de ziektekostenverzekeraar zijn voorlichtende taak onbelemmerd kan vervullen ertoe te aanvaarden dat het risico van een onjuiste inlichting in de regel voor rekening van de betrokken verzekerde blijft.

Bijzondere omstandigheden kunnen aanleiding geven van die regel af te wijken en de ziektekostenverzekeraar aan dergelijke inlichtingen gebonden te achten, maar daartoe zal ten minste vereist zijn, vooreerst dat die inlichtingen niet zo duidelijk in strijd zijn met de polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende regeltoepassing, dat de betrokken verzekerde redelijkerwijs hun onjuistheid had kunnen en moeten beseffen en voorts, dat zij afgaande op die onjuiste inlichtingen een handeling heeft verricht of nagelaten, ten gevolge waarvan zij schade lijdt.

Indien het daarentegen gaat om als toezeggingen op te vatten uitlatingen van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, waaraan een verzekerde het vertrouwen heeft mogen ontlenuen dat de ziektekostenverzekeraar, na kennisneming van alle daartoe vereiste bijzonderheden van het de verzekerde zelf betreffende geval, aan vorenbedoelde polisvoorwaarden en regelgeving, zo omtrent de toepasselijkheid of de toepassing daarvan vragen zijn gerezen, in het geval van de verzekerde een bepaalde toepassing zal geven, moet bij een afweging als voormeld aan het vertrouwensbegin-sel doorslaggevend betekenis worden toegekend. Daarbij moet wel het voorbehoud worden gemaakt dat de door de verzekerde aan de ziektekostenverzekeraar verschafte, voor diens toezegging relevante gegevens juist zijn en dat de gedane toezegging niet zo duidelijk in strijd is met een juiste toepassing van de polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende regelgeving dat de verzekerde op nakoming van die toezegging niet mocht rekenen.

De toezeggingen zullen voor de verzekerde doorgaans van zodanig gewicht zijn dat in de regel verwacht mag worden dat zij deze zijnerzijds schriftelijk aan de ziektekostenverzekeraar zal bevestigen dan wel een schriftelijke bevestiging van de ziektekostenverzekeraar zal vragen. Het gaat echter te ver om te oordelen dat een verzekerde zich op dergelijke toezeggingen uitsluitend zou mogen beroepen indien deze hetzij van haar zijde, hetzij van de zijde van de ziektekostenverzekeraar schriftelijk zijn bevestigd.

- 7.13. Verzoekster beroept zich op de inhoud van een met de ziektekostenverzekeraar gevoerd telefoongesprek op 18 januari 2008. In dat gesprek zou door verzoekster uitdrukkelijk de naam van de eerstelijns behandelaar zijn genoemd en zou verzoekster hebben gevraagd of zij bij deze persoon in behandeling kon gaan, hetgeen door de medewerker van de ziektekostenverzekeraar bevestigend zou zijn beantwoord indien zij over een verwijskaart van de huisarts beschikte. Hiertegenover stelt de ziektekostenverzekeraar in wezen niets anders dan dat bij hem geen gesprek op 18 januari 2008 is geregistreerd. Verzoekster heeft door overlegging van haar telefoonnota aannemelijk gemaakt dat het bewuste telefoongesprek heeft plaatsgevonden. Voorts



acht de commissie niet onaannemelijk, gelet op de inhoud en het onderwerp van het telefoongesprek dat daags daarna tussen partijen heeft plaatsgevonden, dat in dat gesprek de naam van de behandelaar aan de orde is geweest en de medewerker heeft medegedeeld, althans de indruk heeft gewekt bij verzoekster, dat verzoekster de kosten van die behandelaar vergoed zou krijgen. Of in hetzelfde gesprek tevens de toezegging is gedaan dat de kosten van de behandeling integraal zouden worden vergoed, kan in het midden blijven omdat een dergelijke toezegging evident afwijkt van de voorwaarden in de basisverzekering en aanvullende verzekering, zodat verzoekster op een dergelijke mededeling in redelijkheid niet mag afgaan.

7.14. Het vorenstaande leidt ertoe dat verzoekster de door haar bij de eerstelijns behandelaar ondergane behandelingen krijgt vergoed, doch met inachtneming van de beperkingen die in de zorgverzekering respectievelijk de aanvullende verzekering aan een behandeling door een GZ psycholoog BIG worden gesteld, waarbij de behandelaar in kwestie moet worden gezien als een niet gecontracteerde zorgverlener.

7.15. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek met inachtneming van het bepaalde in 7.14 dient te worden toegewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek toe als omschreven in 7.15.

8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 19 november 2008,

Voorzitter