

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D  
Zaak : GGZ, eerstelijnspsychologie  
Zaaknummer : 2012.01481  
Zittingsdatum : 6 februari 2013

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het [naam ziektekostenverzekeraar] Basispakket, variant Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basisaanvullende regeling en Regeling aanvullende vergoedingen, pakket 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op eerstelijns psychologische zorg ten bedrage van € 1.760,- (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 7 april 2011, 7 december 2011, 9 december 2011 en 29 december 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Bij brief van 7 december 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat zij een Persoonsgebonden Budget (hierna: PGB) eerstelijns psychologische zorg ten bedrage van € 432,- toegekend heeft gekregen.

3.3. Bij brief van 9 december 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat € 336,49 is vergoed, en € 95,51 is verrekend met het verplicht eigen risico 2011.

3.4. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de onder 3.1 genoemde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 februari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.6. Bij brief van 8 oktober 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
  - 3.7. 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.
  - 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brieven van 16 november 2012 en 26 november 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 27 november 2012 aan verzoekster gezonden.
  - 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 december 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 januari 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
  - 3.10. Bij brief van 27 november 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 17 januari 2013 heeft het CVZ (zaaknummer 2012133642) 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 behandelaar van verzoekster niet valt onder de categorieën zorgaanbieders als genoemd in de zorgverzekering. Eerstelijns psychologische zorg door verzoeksters behandelaar komt niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Geestelijke gezondheidszorg is een verzekerde prestatie. Het staat de ziektekostenverzekeraar vrij te bepalen wie deze zorg mag verlenen en waar deze zorg moet worden verleend. Het CVZ merkt op dat de ziektekostenverzekeraar het PGB conform de polisvoorwaarden heeft vergoed. Een afschrift van het CVZ-advies is op 18 januari 2013 aan partijen gezonden.
  - 3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 februari 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
  - 3.12. Bij brief van 8 februari 2013 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 13 februari 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies <en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
    - 4.1. Sinds begin 2011 is verzoekster onder behandeling van een psycholoog. In 2011 hebben in totaal 21 consulten eerstelijnspsychologie plaatsgevonden. Voorafgaand aan de behandeling heeft zij meermalen per e-mail bij de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd naar de vergoeding. Er werd haar medegedeeld dat de behandeling

voor vergoeding in aanmerking komt indien de psycholoog een registratie heeft bij het Nederlands Instituut van Psychologen (hierna: NIP).

- 4.2. De eerste acht consulten zouden worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, zodat het budget van de aanvullende ziektekostenverzekering ter zake van psychologische zorg onaangetast zou blijven. Aangezien de psycholoog waar verzoekster onder behandeling is NIP-geregistreerd is, ging verzoekster ervan uit dat de behandeling zou worden vergoed. Tot haar verbazing werden haar declaraties van de consulten eerstelijnspsychologie echter afgewezen door de ziektekostenverzekeraar.
- 4.3. Vervolgens heeft verzoekster, op advies van de ziektekostenverzekeraar, een PGB eerstelijns psychologische zorg aangevraagd. Dit is goedgekeurd. In totaal zou zij een bedrag ter grootte van € 432,- ontvangen. Nadat verzoekster declaraties had ingediend, ontving zij een bedrag van € 336,49. Uit de diverse vergoedingenoverzichten is niet duidelijk waarom slechts een gedeeltelijke vergoeding wordt betaald.
- 4.4. In de diverse e-mails van de ziektekostenverzekeraar is een vergoeding toegezegd. Verzoekster heeft specifiek geïnformeerd naar de vergoeding van consulten bij de psycholoog door wie zij behandeld wenste te worden. De ziektekostenverzekeraar heeft onduidelijk en onjuist gehandeld. Hierdoor is haar de mogelijkheid ontnomen een keuze te maken voor een andere behandeling, met alle financiële gevolgen van dien. Verzoekster wenst dat alsnog acht consulten ten laste van de zorgverzekering worden vergoed, en € 432,- ten laste van het PGB. De werkelijke kosten van de behandeling overstijgen deze vergoeding overigens ruimschoots.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar begin 2011 vergoeding heeft toegezegd. Het is niet correct dat de ziektekostenverzekeraar hierop is teruggekomen. Er hebben diverse consulten plaatsgevonden, en zij ziet zich nu geconfronteerd met hoge kosten. Verzoekster stelt dat zij destijds navraag heeft gedaan naar de psycholoog. Bovendien staat op de facturen vermeld dat het gaat om een eerstelijnspsycholoog die is aangesloten bij het NIP. Voorts brengt verzoekster in nooit een helder antwoord te hebben gehad van de ziektekostenverzekeraar. Zij weet niet hoe het in de toekomst zal gaan.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

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

- 5.1. Begin 2011 informeerde verzoekster naar de voorwaarden voor vergoeding van eerstelijns psychologische zorg. Op 9 februari 2011 is haar medegedeeld dat één van de voorwaarden is dat de behandeling wordt uitgevoerd door een gezondheidspsycholoog of eerstelijnspsycholoog. Verzoekster is verteld dat een eerstelijnspsycholoog een gezondheidspsycholoog is die als eerstelijnspsycholoog is geregistreerd bij het NIP. Op 10 februari 2011 is dit nogmaals medegedeeld aan verzoekster.
- 5.2. Op 25 maart 2011 declareerde verzoekster eerstelijns psychologische zorg. Op 7 april 2011 is haar door middel van een vergoedingenoverzicht medegedeeld dat de behandelend psycholoog niet aan de voorwaarden voldoet en dat de gedeclareerde kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen. In reactie hierop heeft verzoekster op 27 april 2011 telefonisch contact opgenomen. Bij die gelegenheid is haar verteld

dat de declaratie zou worden gecorrigeerd. Op 17 mei 2011 is haar echter medegedeeld dat de declaratie toch correct was verwerkt en dat de kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen omdat de psycholoog geen NIP-registratie heeft als eerstelijnspsycholoog. Verzoekster heeft kosten gedeclareerd voor zittingen tussen 27 april en 17 mei 2011.

- 5.3. Op 28 november 2011 declareerde verzoekster eerstelijns psychologische zorg die had plaatsgevonden op 30 maart, 6 april en 12 april 2011. Op 7 december 2011 is haar een vergoedingenoverzicht gezonden waarin opnieuw is vermeld dat de behandelend psycholoog niet voldoet aan de voorwaarden en de gedeclareerde kosten daarom niet worden vergoed.
- 5.4. In mei 2011 is verzoekster gewezen op de mogelijkheid van een PGB eerstelijns psychologische zorg. Vanuit het PGB had verzoekster in 2011 aanspraak op acht consulten eerstelijns psychologische zorg met een eigen bijdrage € 10,- per consult. Op 9 december 2011 is verzoekster een vergoedingenoverzicht gezonden. Hierin is vermeld dat € 95,51 is verrekend met het verplicht eigen risico 2011 en dat € 336,49 is vergoed. Dit is bij elkaar € 432,-, en dit bedrag komt overeen met de vergoeding die verzoekster naar aanleiding van de brief van 7 december 2011 mocht verwachten.
- 5.5. Op 16 december 2011 declareerde verzoekster eerstelijns psychologische zorg die had plaatsgevonden op 21 april, 1 juni, 6 juni, 21 juni, 7 juli, 19 juli, 8 augustus, 5 september, 21 september, 10 oktober, 24 oktober, 7 november en 21 november 2011. In verband hiermee is haar op 29 december 2011 een vergoedingenoverzicht gezonden, waarin opnieuw is vermeld dat de behandelend psycholoog niet aan de voorwaarden voldoet en dat de gedeclareerde kosten niet worden vergoed. In reactie hierop heeft verzoekster per e-mail contact opgenomen. Op 17 januari en 21 januari 2012 is haar medegedeeld dat het afwijzende standpunt wordt gehandhaafd. Op 9 februari 2012 diende verzoekster een klacht in, en hierop is op 22 februari 2012 gereageerd.
- 5.6. Op 7 april 2011 is verzoekster door middel van een vergoedingenoverzicht medegedeeld dat de kosten van de behandeling niet worden vergoed. Op dat moment was verzoekster al zeven keer bij de psycholoog geweest, waarvan eenmaal voor een dubbel consult. In mei 2011 is zij gewezen op het PGB. Verzoekster wist dat zij vanuit het PGB recht had op acht consulten. Deze had zij in mei 2011 al gehad. Verzoekster heeft er toch voor gekozen de behandeling voort te zetten. Van gewekte verwachtingen is derhalve geen sprake, zodat geen hogere vergoeding toegekend.
- 5.7. De e-mails van 9 en 10 februari 2011 aan verzoekster inzake de vergoeding van psychologische zorg ten laste van (onder meer) de aanvullende ziektekostenverzekering zijn niet duidelijk geweest. Om die reden wordt verzoekster tegemoet gekomen. Naast de vergoeding ten laste van de zorgverzekering, wordt voor de behandelingen in 2011 nog € 240,- vergoed.
- 5.8. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het op grond van de polis moet gaan om een eerstelijnspsycholoog die ook als zodanig bij het NIP is ingeschreven. In het kader van het PGB zijn de regels ruimer. De kwalificatie eerstelijnspsycholoog is niet voldoende. De behandelaar had verzoekster moeten informeren.

- 5.9. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 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 is gehouden de aanspraak alsnog volledig 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 de artikelen 11 tot en met 35 van de zorgverzekering.  
Artikel 22 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op eerstelijns psychologische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

*“Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)*

*Artikel 22 | Eerstelijnspsychologische zorg*

*Omschrijving:*

*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.*

*(...)*

*PGB:*

*voor de zorg die in dit artikel is opgenomen kunt u een persoonsgebonden budget (PGB) eerstelijnspsychologische zorg aanvragen, zodat u deze zorg zelf kunt inkopen. U moet hierbij wel voldoen aan de voorwaarden die zijn opgenomen in het Reglement persoonsgebonden budget eerstelijnspsychologische zorg [naam ziektekostenverzekeraar].*

*(...)*

*Door:*

*gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog.(...)*

*PGB:*

*maakt u gebruik van een PGB eerstelijnspsychologische zorg dan mag de zorg ook worden verleend door een psycholoog, HBO-psycholoog, cognitief therapeut, gedragstherapeut, ECP-therapeut, A&G-psycholoog, seksuoloog of arts.  
(...)*

*De eerstelijnspsycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).*

*(...)*

*De psycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).*

*(...)*

*Eigen bijdrage:*

*u bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van € 10,- per zitting.*

*(...)*

*Verwijsbrief:*

*huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. (...)*

Het Reglement persoonsgebonden budget eerstelijnspsychologische zorg [naam ziektekostenverzekeraar] luidt, voor zover hier van belang:

*“Artikel 4 | Hoogte PGB eerstelijnspsychologische zorg*

*4.1. De hoogte van het PGB eerstelijnspsychologische zorg is in principe gelijk aan de vergoeding die u zou hebben ontvangen voor de zorg als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan. Dit op basis van artikel 1.4 van de verzekeringsvoorwaarden van het Basispakket, variant Natura en artikel 1.5 van het [naam ziektekostenverzekeraar] Basispakket, variant Restitutie. Het enige verschil is dat u het PGB in de vorm van een voorschot krijgt uitgekeerd. Op het bedrag van het PGB eerstelijnspsychologische zorg wordt een eventueel eigen risico en de geldende eigen bijdrage in mindering gebracht.*

*(...)*

*Artikel 5 | Uitkering PGB eerstelijnspsychologische zorg*

*5.1. Recht op uitkering*

*U hebt recht op uitkering van het PGB eerstelijnspsychologische zorg onder de voorwaarde dat:*

*5.1.1. u de zorg ontvangt waarvoor het PGB is toegekend en;*

*5.1.2. de zorgaanbieder de kosten van deze zorg aan u in rekening brengt en;*

*5.1.3. wij de nota voor de kosten van zorg ontvangen.*

*5.2. Uitkering PGB eerstelijnspsychologische zorg*

*U ontvangt van ons bericht of u in aanmerking komt voor een PGB eerstelijnspsychologische zorg. Als u in aanmerking komt voor een PGB, dan ontvangt u ook bericht over de hoogte van het aan u toegewezen PGB. Dit budget wordt in de vorm van een voorschot aan u verstrekt. U ontvangt het bedrag binnen een week na de schriftelijke toekenning van het PGB eerstelijnspsychologische zorg op uw bankrekening.*

### *5.3. Verantwoording PGB eerstelijnspsychologische zorg*

*U dient binnen een termijn van 12 maanden na beschikbaarstelling van het PGB eerstelijnspsychologische zorg, op basis van facturen verantwoording aan ons af te leggen over de besteding van het beschikbaar gestelde PGB. Als u geen deugdelijke verantwoording kunt afleggen over de besteding van het beschikbaar gestelde PGB eerstelijnspsychologische zorg zijn wij gerechtigd het aan u beschikbaar gestelde PGB geheel of gedeeltelijk terug te vorderen.”*

- 8.3. Artikel 22 van de zorgverzekering en het Reglement persoonsgebonden budget eerstelijnspsychologische zorg [naam ziektekostenverzekeraar] zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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 en verder uitgewerkt in artikel 2.3 Rzv.
- 8.5. 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.
- 8.6. Artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op eerstelijns psychologische zorg. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

#### *“Artikel 7 | Eerstelijnspsychologische zorg*

##### *Omschrijving:*

*een aanvulling op het aantal zittingen eerstelijnspsychologische zorg vanuit de zorgverzekering. Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen.*

##### *Door:*

*gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog. De eerstelijnspsycholoog is een gezondheidszorgpsycholoog die als eerstelijnspsycholoog is ingeschreven in het Register van eerstelijnspsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).*

*(...)*

##### *Vergoeding:*

*ten hoogste € 240,00 per kalenderjaar.*



*Bijzonderheden:*

*vanuit de zorgverzekering hebt u aanspraak op 8 zittingen eerstelijnspsychologische zorg. Per zitting geldt een eigen bijdrage. De aanvullende verzekering vergoedt deze eigen bijdrage niet."*

## 9. Beoordeling van het geschil

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

- 9.1. Verzoekster heeft een PGB eerstelijns psychologische zorg ten bedrage van € 432,-- toegekend gekregen. Dit bedrag is bij wijze van voorschot aan verzoekster beschikbaar gesteld. Verzoekster is verplicht binnen een termijn van twaalf maanden na een dergelijke beschikbaarstelling op basis van facturen verantwoording af te leggen over de besteding van het desbetreffende bedrag. Uit de overgelegde stukken blijkt dat verzoekster dit heeft gedaan.
- 9.2. Het bedrag van € 432,-- ziet op acht zittingen eerstelijns psychologische zorg. Door verzoekster is gesteld dat zij geen € 432,-- maar € 336,49 heeft ontvangen. Op basis van artikel 4 van het Reglement persoonsgebonden budget eerstelijnspsychologische zorg [naam ziektekostenverzekeraar] wordt op het toegekende PGB een eventueel eigen risico en de geldende eigen bijdrage in rekening gebracht. Door de ziektekostenverzekeraar is verklaard dat € 95,51 in verband met het eigen risico 2011 is verrekend ( $€ 336,49 + € 95,51 = € 432,--$ ). Verzoekster heeft de juistheid van het eigen risico niet bestreden, zodat haar per saldo het correcte resterende bedrag ter zake van het PGB is betaald.
- 9.3. Artikel 22 van de zorgverzekering biedt aanspraak op eerstelijns psychologische zorg tot maximaal acht zittingen per jaar. De zorg dient te worden verleend door een gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog, en deze dient NIP-geregistreerd te zijn. Voorts moet sprake zijn van een geldige verwijzing. De behandelend psycholoog van verzoekster is NIP-geregistreerd, en verzoekster beschikt over een verwijzing van haar huisarts. Zodoende voldoet zij aan voorwaarden. Echter, verzoekster heeft niet gekozen voor de hier beschreven natura-aanspraak, maar – in plaats hiervan – voor een PGB om hiermee de verzekerde zorg zelf in te kopen. Nu dit PGB, onder verrekening van het resterende eigen risico, aan verzoekster is uitbetaald, heeft zij geen aanspraak op verdere vergoeding.

### **Toezegging**

- 9.4. Verzoekster heeft voorts gesteld dat zij voorafgaand aan de behandeling per e-mail contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om te informeren naar de vergoeding voor psychologische zorg, bij welke gelegenheid de ziektekostenverzekeraar haar (per e-mail) heeft medegedeeld dat eerstelijns psychologische zorg voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt, tot maximaal acht zittingen. Naar de commissie begrijpt stelt verzoekster zich op het standpunt dat zij, naast de vergoeding op basis van het PGB en in afwijking van de onder 9.3 beschreven systematiek, op grond van een gedane toezegging aanspraak heeft op vergoeding van acht zittingen eerstelijns psychologische zorg ten laste van de zorgverzekering. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.

- 9.5. Uit de door partijen overgelegde stukken blijkt dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster in februari 2011 heeft medegedeeld dat de behandeling voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt, tot maximaal acht zittingen. In maart 2011 heeft verzoekster enkele zittingen gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft haar hierop medegedeeld dat deze niet voor vergoeding in aanmerking komen omdat de zorgverlener niet als eerstelijnspsycholoog NIP-geregistreerd is. Vervolgens is haar medegedeeld dat de verwerking van deze declaratie zou worden gecorrigeerd, hetgeen echter niet is gebeurd. Op 7 december 2011 is verzoekster een PGB eerstelijns psychologische zorg toegelend. Op basis hiervan mag worden aangenomen dat van meet af aan sprake was van een verzekerde prestatie in de zin van de zorgverzekering. De door verzoekster genoten zorg is gedurende het jaar niet gewijzigd, en er is sprake van eenzelfde zorgverlener. Derhalve valt niet in te zien waarom de ziektekostenverzekeraar verzoekster in maart 2011 heeft medegedeeld dat de zorg niet voor vergoeding in aanmerking kwam.
- 9.6. De commissie is dan ook van oordeel dat verzoekster naast het PGB aanspraak heeft op vergoeding van acht zittingen ten laste van de zorgverzekering, zoals door de ziektekostenverzekeraar in februari 2011 toegezegd. Het tarief van één consult bedraagt € 80,--, zodat verzoekster aanspraak heeft op een aanvullende vergoeding van € 640,-- (8 x € 80,--).

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op een aanvulling op het aantal zittingen eerstelijns psychologische zorg ten laste van de zorgverzekering tot maximaal € 240,-- per jaar. Voorwaarde is dat de zorg wordt verleend door een gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog, en deze dient NIP-geregistreerd te zijn. Hiervoor is reeds geconcludeerd dat de behandelend psycholoog van verzoekster aan deze voorwaarde voldoet. Derhalve heeft verzoekster aanspraak op maximaal € 240,-- voor zover dit bedrag nog niet of slechts ten dele is uitbetaald.
- 9.8. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 16 november 2012 medegedeeld dat genoemd bedrag aan verzoekster is uitbetaald. Gelet op het vorenoverwogene stelt de ziektekostenverzekeraar ten onrechte dat dit eenmalig en onverplicht is geschied, doch bij gebrek aan belang laat de commissie dit punt verder rusten.

#### **Conclusie**

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen onder 9.6 is overwogen.
- 9.10. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek toe met inachtneming van hetgeen onder 9.6 is overwogen.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 20 februari 2013,

Voorzitter