

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D en E te F  
Zaak : GGZ, psychoanalyse  
Zaaknummer : 2012.00590  
Zittingsdatum : 21 november 2012

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 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.3 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

---

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.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Restitutie (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 [naam ziektekostenverzekeraar] Uitgebreid 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van psychoanalyse, meer specifiek de Diagnose Behandel Combinatie (hierna: DBC) die is geopend op 9 maart 2011 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 29 september 2011 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 brief van 18 januari 2012 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 brieven van 17 juli 2012 en 3 september 2012 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 4 oktober 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 oktober 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 21 oktober 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 november 2012 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 8 oktober 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 6 november 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012114718) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat klassieke psychoanalyse geen verzekerde zorg is. Er is geen sprake van voortzetting van een lopende psychoanalyse behandeling zoals bedoeld in het standpunt van het CVZ van 23 maart 2010. Een afschrift van het CVZ-advies is op 7 november 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 november 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 22 november 2012 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 27 november 2012 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. Verzoekster is vanaf 29 juni 2009 onder behandeling bij een vrij gevestigd psychotherapeut en een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. Door middel van psychotherapie kon verzoekster onvoldoende worden geholpen. Psychoanalyse bleek noodzakelijk voor een adequate behandeling.
- 4.2. Op 9 maart 2010 is een DBC geopend ter zake van psychoanalyse. Na deze datum heeft uitvoerig psychologisch onderzoek plaatsgevonden. De feitelijke behandeling is gestart op 8 maart 2011. Het is niet ongebruikelijk dat de indicatiestelling bij psychoanalyse maanden duurt, en de feitelijke behandeling derhalve geruime tijd na het openen van de DBC begint. Bovendien was hierdoor de behandelrelatie met de zorgverlener stevig verankerd, hetgeen een belangrijk aspect is bij psychoanalyse.
- 4.3. Gelet op de door verzekeraars gehanteerde DBC-systematiek ging de behandelaar van verzoekster ervan uit dat de openingsdatum van de DBC bepalend was, en dat de kosten van de indicatiestelling en de feitelijke psychoanalyse voor vergoeding in aanmerking kwamen. Vanaf 9 maart 2010 zijn er kosten voor (de indicatiestelling

voor) de psychoanalyse. De behandelaar van verzoekster kon op dat moment niet weten dat het College voor zorgverzekeringen (hierna: CVZ) op 23 maart 2010 zou adviseren psychoanalyse per direct uit het basispakket te halen. Naar aanleiding hiervan heeft de behandelaar van verzoekster contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. De behandelaar van verzoekster is hierbij onjuist en onvolledig geïnformeerd. Desalniettemin heeft dit uiteindelijk geresulteerd in een door de ziektekostenverzekeraar op 12 september 2011 afgegeven akkoordverklaring voor psychoanalyse, meer specifiek voor de periode van 9 maart 2010 tot en met 8 maart 2011.

- 4.4. Verzoekster stelt dat – op 9 maart 2011 – sprake was van een lopende behandeling. In tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar stelt, was niet enkel sprake van een verwijzing voor psychoanalytisch onderzoek. Bovendien kunnen de diagnostische fase en behandelfase niet los van elkaar worden gezien, zoals blijkt uit het standpunt van het CVZ van 23 maart 2010. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat niet de openingsdatum van de DBC, maar het moment waarop de feitelijke behandeling aanving, bepalend is, vindt in genoemd standpunt geen steun.
- 4.5. Het is onredelijk dat de ziektekostenverzekeraar weigert de kosten te vergoeden die verzoekster vanaf 8 maart 2011 voor psychoanalyse heeft gemaakt. Verzoekster merkt op dat zij vanaf 1 januari 2012 bij een andere verzekeraar is verzekerd tegen ziektekosten, en dat deze verzekeraar zich wel op het standpunt stelt dat sprake is van een doorlopende behandeling. Zij kan de behandeling continueren.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat uit artikel 41.2.2.1 van de zorgverzekering volgt dat ook psychoanalytische psychotherapie onder de dekking valt. Er was sprake van een lopende behandeling die op enig moment is overgegaan in klassieke psychoanalyse. Dit ging geleidelijk. Het onderzoek maakt deel uit van het protocol, en dit onderzoek werd ook door de ziektekostenverzekeraar verlangd van de zorgverlener. De indicatie voor klassieke psychoanalyse stond toen al vast; het onderzoek vond enkel plaats om aan de formele vereisten te voldoen. Verzoekster stelt dat indien haar primaire vordering wordt afgewezen, in ieder geval de kosten tot 29 september 2011 moeten worden vergoed op basis van gewekt vertrouwen.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

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

- 5.1. Bij de behandelaar is informatie opgevraagd over de behandeling van verzoekster. Met de psychotherapie is gestart op 29 juni 2009, welke behandeling is geëindigd op 4 maart 2011. De behandelaar heeft verklaard dat op 9 maart 2010 een uitgebreide onderzoeksfase is gestart en dat hiervoor een nieuwe DBC is geopend met een nieuwe diagnose. Deze fase is conform het indicatieprotocol van het Nederlands Psychoanalytisch Instituut (hierna: NPI) verlopen. Het psychologisch onderzoek is uitgevoerd door een psycholoog/psychoanalyticus die daarvoor een aparte DBC heeft geopend en ingediend. Dit onderzoek liep in de periode van 9 juli 2010 tot 25 augustus 2010, en is vergoed. Aan het eind van deze fase is, na het positieve advies door drie erkende psychoanalytici in februari 2011, op 8 maart 2011 de psychoanalyse gestart. De desbetreffende behandelaar heeft aangegeven dat de behandeling van verzoekster op laatstgenoemde datum is overgegaan van psychotherapie in psychoanalyse. De psychotherapeutische behandeling liep door tot maart 2011; de daarbij behorende DBC van 29 juni 2010 tot en met 28 juni 2011 is eveneens vergoed.

- 5.2. Er is achteraf, eind augustus 2011, een akkoordverklaring voor psychoanalyse aangevraagd. Het zou gaan om een zorgtraject dat was ingegaan op 9 maart 2010. De DBC was gesloten op 8 maart 2011. Verzoekster heeft een akkoordverklaring van 12 september 2011 ontvangen. Hierin staat dat deze geldt voor de periode van 9 maart 2010 tot en met 8 maart 2011. Er werd hierna nog een vervolgbehandeling (dus na 8 maart 2011) aangevraagd met het beroep op een lopende behandeling.
- 5.3. Zorg kan alleen worden vergoed indien een verzekerde daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Daarbij wordt gekeken naar de stand van de wetenschap en praktijk. Dit betekent dat er voldoende bewijs moet zijn dat de behandeling op de lange termijn veilig en doelmatig is. Het CVZ heeft in een standpunt van 23 maart 2010 opgemerkt dat psychoanalyse niet meer valt onder de dekking van de zorgverzekering. Psychoanalyse voldoet niet aan de norm van de stand van de wetenschap en praktijk. Vanaf 23 maart 2010 behoort psychoanalyse derhalve niet meer tot het verzekerde pakket. Voor verzekerden die al vóór 23 maart 2010 een psychoanalytische behandeling ondergingen, dienen deze kosten desalniettemin te worden vergoed. Nieuwe behandelingen mogen echter niet meer worden vergoed.
- 5.4. Uit de gegevens van de behandelaar blijkt dat zij tussen 9 maart 2010 en 23 maart 2010 drie handelingen heeft verricht: tweemaal overleg met derden en eenmaal verslaglegging. De indicatiestelling begon pas in de zomer van 2010. Het einde van de indicatiestelling werd afgerond in februari 2011, en de behandeling door middel van psychoanalyse begon in maart 2011. De behandelaar heeft betoogt dat zij ervan uitging dat de opening van de DBC voldoende was om te vallen onder de uitzonderingsgrond van voortzetting van de behandeling na 23 maart 2010. Hierover is contact opgenomen met het CVZ. Het CVZ bevestigde de visie van de ziektekostenverzekeraar dat niet het openen van een DBC, maar de daadwerkelijke start van de psychoanalytische behandeling doorslaggevend is. Daarnaast mag de ziektekostenverzekeraar eisen stellen die te maken hebben met randvoorwaarden van de te verlenen zorg. In de verzekeringsvoorwaarden is vastgelegd wie er moet doorverwijzen, door wie en waar de zorg verleend moet worden, en of er van tevoren een aanvraag moet worden ingediend. Als aan deze voorwaarden niet wordt voldaan, bestaat geen recht op vergoeding. In de verzekeringsvoorwaarden van 2010 is opgenomen dat een psychoanalytische behandeling van te voren moet worden aangevraagd. Verder moet deze behandeling plaatsvinden in een instelling voor medisch-specialistische zorg, en moet voor deze zorg sprake zijn van een doorverwijzing door een bepaalde zorgverlener, waaronder een huisarts, psychiater, zenuwarts of andere medische specialist.
- 5.5. Het is begrijpelijk dat verzoekster vergoeding van de kosten van psychoanalyse wenst. Er kan echter niet over worden gegaan tot vergoeding, aangezien de behandeling sinds 23 maart 2010 niet voldoet aan de huidige stand van de wetenschap en praktijk. Bij verzoekster is geen sprake van een lopende behandeling als bedoeld in het standpunt van het CVZ, zodat geen sprake is van een uitzonderingssituatie op basis waarvan over kan worden gegaan tot vergoeding. Vóór 23 maart 2010 heeft geen direct contact plaatsgevonden tussen verzoekster en de zorgverlener in het kader van psychoanalyse. Het betrof nog geen onderzoek en indicatiestelling, laat staan een psychoanalytische behandeling die redelijkerwijs niet meer gestopt kon worden. Nu het gaat om zorg die expliciet uit het verzekerde pakket is gehaald, is de ziektekostenverzekeraar van mening dat geen ruimere toepassing zou moeten worden gegeven. Voorts is niet voldaan aan de nadere verzekeringsvoorwaarden. Het is onbe-

kend wie verzoekster heeft verwezen voor de psychoanalyse. Wel is gebleken dat de psychoanalyse plaatsvond in de huispraktijk van haar behandelaar, en niet in een instelling voor medisch-specialistische zorg. Verzoekster heeft per abuis toch een akkoordverklaring gekregen voor de behandeling van 9 maart 2010 tot en met 8 maart 2011. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat het vervelend is voor verzoekster dat de behandeling hierna niet meer wordt vergoed. Echter, omdat verzoekster en haar behandelaar pas eind augustus 2011 een eerste aanvraag voor psychoanalyse indienen, ontstond het risico dat de zorg die reeds had plaatsgevonden niet zou worden vergoed. Rechtszekerheid speelt derhalve geen rol, omdat verzoekster sowieso geen vergoeding vooraf heeft aangevraagd en het achteraf uitblijven daarvan voor haar kennelijk nooit een overweging is geweest bij de keuze om met deze behandeling te starten. Gelet op deze omstandigheden is het volgens de ziektekostenverzekeraar niet redelijk de behandeling vanaf 9 maart 2011 te vergoeden. De kosten die al zijn vergoed zullen niet worden teruggevorderd.

- 5.6. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat het feit dat de behandelaar van verzoekster stelt dat zij in de overeenkomst niets heeft gelezen over een akkoordverklaring, niet relevant is. De vergoedingsaanspraken van verzoekster zijn immers vastgelegd in haar verzekeringsvoorwaarden. Deze beheersen de relatie tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verwezen naar het CVZ-advies. De visie van het CVZ dat de behandeling later is gestart wordt gedeeld. Er kan niet met recht worden gesteld dat de klassieke psychoanalyse één geheel vormt met de hieraan voorafgaande behandeling. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van het protocol aangevoerd dat de indicatie er is, en het protocol enkel dient om deze vast te stellen. Anders gezegd: de psychische gesteldheid van een betrokkene wijzigt niet door het protocol te volgen.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.25. van de zorgverzekering en 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 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.29. van de zorgverzekering. Artikel B.27. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van specialistische GGZ bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“(…)

*B.27.2.2.1. Psychotherapie, waaronder (langdurige) psychoanalytische psychotherapie*

*Zorgadvies en akkoordverklaring*

*Als sprake is van een (langdurige) psychoanalytische psychotherapie, moet u vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.*

*Verwijzing*

*U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, psychiater, zenuwarts, een andere medisch specialist, Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg of een bedrijfsarts. De bedrijfsarts kan niet verwijzen als sprake is van (langdurige) psychoanalytische psychotherapie.*

“(…)

*Voorschrift*

*De zorg is voorgeschreven door een psychiater, zenuwarts, psychotherapeut of klinisch psycholoog.*

*Zorgverlener/leverancier*

*Een psychiater, zenuwarts, psychotherapeut, klinisch psycholoog of instelling voor medisch specialistische zorg verleent de psychotherapie.*

*Plaats*

*De psychotherapie, waaronder ook (langdurige) psychoanalytische psychotherapie, vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg, die zorg met of zonder verblijf kan verlenen. Psychotherapie voor zover het niet om een (langdurige) psychoanalytische psychotherapie gaat, kan ook plaatsvinden in de huispraktijk van de zorgverlener waar u behandeld wordt of bij u thuis. Als u thuis behandeld wordt, moet hiervoor een indicatie aanwezig zijn.*

“(…)”

In artikel A.3.2. van de zorgverzekering is bepaald dat de inhoud en omvang van de zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Verzekerde is die zorg die onder de dekking van de verzekering valt en waarop een verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

- 8.3. De artikelen A.3.2. en B.27. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.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 b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg, waaronder specialistische 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.

## 9. Beoordeling van het geschil

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

- 9.1. De zorgverzekering bood tot 23 maart 2010 – de datum waarop het CVZ het standpunt naar buiten bracht dat per direct niet langer sprake was van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering – aanspraak op psychoanalyse, zij het onder zekere voorwaarden. Door de verzekerde moet (i) voorafgaand een akkoordverklaring worden aangevraagd bij de ziektekostenverzekeraar, (ii) voorts moet de verzekerde beschikken over een verwijzing van de huisarts of een andere in de polisvoorwaarden genoemde medisch specialist, (iii) dient de zorg te zijn voorgeschreven door een psychiater, zenuwarts, psychotherapeut of klinisch psycholoog, (iv) dient de zorg te worden verleend door een psychiater, zenuwarts, psychotherapeut, klinisch psycholoog of instelling voor medisch specialistische zorg, en (v) dient de zorg plaats te vinden in een instelling voor medisch specialistische zorg.

*(i) Geen akkoordverklaring*

- 9.2. Blijkens de door partijen overgelegde stukken heeft verzoekster voorafgaand aan de psychoanalyse geen akkoordverklaring aangevraagd bij de ziektekostenverzekeraar. Dat de behandelaar van verzoekster – naar mag worden aangenomen kort ná 23 maart 2010 – naar aanleiding van het gewijzigde standpunt van het CVZ contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar in het kader van de vergoeding van psychoanalyse, is niet te beschouwen als een aanvraag voor een akkoordverklaring.

*(ii) Geen verwijzing*

- 9.3. Uit de door partijen overgelegde stukken blijkt niet dat verzoekster door de huisarts, psychiater, zenuwarts of een andere medisch specialist is doorverwezen voor psychoanalyse.

*(iii) Voorschrijven psychoanalyse*

- 9.4. De psychoanalyse dient te zijn voorgeschreven door een psychiater, zenuwarts, psychotherapeut of klinisch psycholoog. Verzoekster is sinds 2009 bij een GZ-psycholoog/psychotherapeut, onder behandeling. Deze behandelaar heeft psychoanalyse voorgesteld en dit traject in gang gezet. Zij is geen psychiater, zenuwarts, psychotherapeut of klinisch psycholoog, zodat geen sprake is van een geldig voorschrift.



*(iv) Geen instelling medisch specialistische zorg*

- 9.5. De behandeling van verzoekster vindt plaats in de huispraktijk van de zorgverlener. Dit is niet aan te merken als een instelling voor medisch specialistische zorg.
- 9.6. Gelet op het voorgaande, stelt de commissie vast dat verzoekster niet aan de voorwaarden voldoet die gelden voor de aanspraak op vergoeding van psychoanalyse ten laste van de zorgverzekering.
- 9.7. Door verzoekster is nog gesteld dat op 9 maart 2011 sprake was van een doorlopende psychoanalytische behandeling, en dat zij, gelet op het standpunt van het CVZ van 23 maart 2010, in aanmerking komt voor vergoeding van de kosten van psychoanalyse. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 9.8. In voornoemd standpunt van het CVZ is bepaald dat psychoanalyse niet langer een verzekerde prestatie vormt. Hierbij wordt aangetekend dat lopende behandelingen wel ten laste van de zorgverzekering kunnen worden voortgezet en afgerond. Onder lopende behandeling dient psychoanalyse te worden verstaan die vóór 23 maart 2010 is aangevangen. De behandeling dient namelijk te worden gezien als één schadevoorzakende gebeurtenis, en de schade is ontstaan toen psychoanalyse een verzekerde prestatie was. Uit de door partijen overgelegde stukken blijkt dat de DBC voor psychoanalyse is geopend op 29 juni 2010. Voorafgaand heeft psychologisch onderzoek plaatsgevonden, en dit is uitgevoerd door een andere zorgverlener. Er is hiervoor een aparte DBC gedeclareerd; deze liep van 9 juli 2010 tot 25 augustus 2010. Op basis hiervan stelt de commissie vast dat op 23 maart 2010 geen sprake was van een lopende psychoanalytische behandeling.

**Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, aangezien psychoanalyse wordt beschouwd als specialistische geestelijke gezondheidszorg, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

**Conclusie**

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 december 2012,

Voorzitter