

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B tegen C te D en E te F  
Zaak : Geestelijke gezondheidszorg, eerstelijns psychologische zorg,  
vereiste BIG-registratie zorgverlener  
Zaaknummer : 2010.01505  
Zittingsdatum : 13 april 2011

1. Partijen

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 kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering TandEnGaaf 750 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

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 psychologische zorg (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 23 juni 2010 is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 juli 2010 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 ongedateerde brief, door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) ontvangen op 9 november 2010, heeft verzoekster de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 februari 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 februari 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 6 maart 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 maart 2011 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 15 februari 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 17 februari 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011019961) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het de ziektekostenverzekeraar vrij staat in de modelovereenkomst te bepalen wie zorg mag verlenen en waar, zolang de toegang tot de zorg daarmee niet wordt beperkt.  
Een afschrift van het CVZ-advies is op 11 maart 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
  - 4.1. Verzoekster is door haar huisarts voor behandeling verwezen naar een psycholoog. Zij heeft naar aanleiding hiervan driemaal gebeld met de ziektekostenverzekeraar om na te vragen welke vergoedingsvoorwaarden gelden voor deze behandeling. Haar is verteld dat sprake moet zijn van een verwijzing door de huisarts, gebruik van medicatie, en dat de behandelend psycholoog een eerstelijns psycholoog moet zijn. Nadat verzoekster de nota's van de behandelingen had ingediend, heeft de ziektekostenverzekeraar de vergoeding afgewezen, omdat de behandelend psycholoog niet BIG-geregistreerd is. Tijdens voornoemde telefoongesprekken is deze voorwaarde evenwel niet genoemd.
  - 4.2. Verzoekster is door de ziektekostenverzekeraar verwezen naar de polisvoorwaarden. Zij heeft deze echter nooit ontvangen en gebruikt daarom zelf het boekje 'belangrijke wijzigingen en vergoedingen' als richtsnoer. Daarnaast stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster de telefonische toezeggingen schriftelijk had moeten laten bevestigen of deze zelf had moeten bevestigen. Verzoekster is evenwel van mening dat dit aan de ziektekostenverzekeraar is, omdat deze meer ervaring heeft met dit soort zaken.
  - 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
  - 5.1. In de polisvoorwaarden is bepaald dat aanspraak bestaat op vergoeding van eerstelijns psychologische zorg als de behandelaar een BIG-geregistreerd gezondheidszorgpsycholoog is. De ziektekostenverzekeraar stelt deze kwaliteitseis, omdat de term 'psycholoog' in Nederland geen beschermde titel is.

- 5.2. Het is erg lastig om te achterhalen wat tijdens een telefoongesprek is gezegd. Het enkele gegeven dat verzoekster heeft aangetoond dat zij heeft gebeld met de ziektekostenverzekeraar kan niet leiden tot de conclusie dat ook daadwerkelijk een toezegging is gedaan. Bovendien is uit navraag bij de betreffende afdeling gebleken dat daar geen enkele onduidelijkheid bestaat over de voorwaarden die gesteld worden aan de vergoeding van de behandeling door een psycholoog. Verzoekster had kunnen vragen een eventuele toezegging schriftelijk te bevestigen of zij had dit zelf kunnen doen. Het risico van het nalaten daarvan ligt bij degene die zich op de informatie beroept.
- 5.3. Nieuwe verzekerden per 1 januari 2009 hebben bij de polis een volledige set verzekeringsvoorwaarden toegestuurd gekregen. Verzoekster was reeds in 2008 verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar, daarom is met de polis van 2009 een wijzigingsbrochure toegestuurd. Desgevraagd kunnen ook bestaande verzekerden een boekje met de polisvoorwaarden toegestuurd krijgen.
- 5.4. 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 bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de onderhavige kosten te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

## 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 kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 40 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op eerstelijnspsychologische zorg bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*“Wij vergoeden maximaal acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg per jaar. (...)*

*Zorgverlener*

*De zorg wordt verleend door een gezondheidszorgpsycholoog of door een eerstelijns instelling voor eerstelijnspsychologische zorg.*

*(...)”*

- 8.3. In artikel 1 van de zorgverzekering zijn de begripsbepalingen opgenomen. Een gezondheidszorgpsycholoog is hier gedefinieerd als:

*“Degene die als gezondheidszorgpsycholoog geregistreerd staat zoals bepaald wordt in artikel 3 van de Wet B.I.G.”*

- 8.4. De artikelen 1 en 40 van de zorgverzekering zijn 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 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.  
Psychologische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

## 9. Beoordeling van het geschil

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

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat de betrokken zorgverlener niet BIG-geregistreerd is. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of de ziektekostenverzekeraar het recht heeft de voorwaarde van registratie te stellen.
- 9.2. De wet stelt geen andere regels omtrent de eisen die aan de verlener van de zorg worden gesteld, dan dat het, voor zover het gaat om zorg als de onderhavige, moet gaan om zorg zoals onder andere klinisch-psychologen die plegen te bieden. De nota van toelichting bij het Bzv merkt over artikel 2.4, voor zover hier van belang, het volgende op:

*“Het opnemen van beroepsgroepen in de omschrijving kadert slechts de inhoud en omvang van de zorg in. Het regelt niet dat zij de beroepsbeoefenaren zijn die de zorg voor rekening van de zorgverzekering verlenen. Zoals gezegd, is dat een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en de verzekerde. Zij maken daarover afspraken in de zorgverzekeringsovereenkomst. Dat kunnen dus andere zorgaanbieders zijn en hoeven zelfs in het geheel niet de beroepsbeoefenaren te zijn die in de bepaling genoemd worden.*

*Voor de zorg in het eerste lid kunnen dus allerlei beroepsbeoefenaren en instellingen ingeschakeld worden, bijvoorbeeld een huisarts, een verloskundige, een ziekenhuis, een psychiater, een basisarts, een bedrijfsarts, de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en een gezondheidscentrum. Het inschakelen van beroepsbeoefenaren hoeft zich overigens, voor zover het geen voorbehouden handelingen betreft, niet te beperken tot beroepsbeoefenaren waarop de registratie en titelbescherming op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg betrekking hebben. (...)”*

Uit de nota van toelichting blijkt dat het aan een zorgverzekeraar is in zijn polisvoorwaarden regels te stellen omtrent de eisen die aan zorgverleners worden gesteld. Die eisen kunnen blijkens de toelichting (mede) betrekking hebben op het al dan niet hebben van een BIG-registratie. In dit geval is door de ziektekostenverzekeraar bepaald dat de zorg moet worden geleverd door een gezondheidszorgpsycholoog of een eerstelijns instelling voor eerstelijnspsychologische zorg, en dat onder ‘gezondheidszorgpsycholoog’ wordt verstaan degene die conform artikel 3 van de Wet BIG als zodanig staat geregistreerd.

### **Verstrekken polisvoorwaarden**

- 9.3. Door verzoekster is gesteld dat zij niet de beschikking heeft over de vigerende verzekeringsvoorwaarden, en dat zij daarom gebruik maakt van het boekje 'belangrijke wijzigingen en vergoedingen'. Bedoelde uitgave is kennelijk niet volledig, hetgeen naar moet worden aangenomen, de aanleiding vormde voor het telefonisch inwinnen van informatie door verzoekster. De commissie is van oordeel dat het onder de gegeven omstandigheden op de weg van verzoekster lag de ziektekostenverzekeraar te vragen om toezending van de actuele voorwaarden dan wel gebruik te maken van de geboden mogelijkheid deze te raadplegen via de site.

### **Telefonisch verstrekte informatie**

- 9.4. Voor zover verzoekster stelt dat haar telefonisch bij drie verschillende gelegenheden door verschillende, niet bij naam genoemde, helpdeskmedewerkers niet op de eis van BIG-registratie is gewezen, oordeelt de commissie als volgt.
- 9.5. 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.

### **Conclusie**

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 april 2011,

Voorzitter