

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A als wettelijk vertegenwoordigster van F te B, tegen C en E  
beide te D  
Zaak : GGZ, pgb  
Zaaknummer : 2009.01802  
Zittingsdatum : 24 februari 2010

1. Partijen

A, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger F te B, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

1) C en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om – in het kader van een aanvraag voor een persoonsgebonden budget (pgb) met grondslag GGZ - verstrekking of vergoeding van de kosten voor activerende begeleiding, welke aanvraag bij beslissing van 14 april 2009 is afgewezen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maat Polis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Gemeenten Extra polis en de Standaard polis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde en blijft daarom verder onbesproken. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de onder 2 vermelde afwijzing gevraagd. Bij brief van 7 augustus 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt 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 19 oktober 2009 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 (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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 december 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 januari 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 10 januari 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 6 januari 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 februari 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010002511) 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 behandelaars van verzekerde niet gerekend kunnen worden tot de zorgverleners die zorg leveren waarvoor in de zorgverzekering aanspraak bestaat op een pgb, te weten eerstelijnspsychologische zorg of specialistische GGZ zonder opname. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 24 februari 2010 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 4 maart 2010 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 voorlopige advies. Bij brief van 17 mei 2010 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve en gewijzigde advies uitgebracht. Geestelijke geneeskundige zorg die aan verzekerde wordt verleend en voldoet aan de voorwaarden van zijn zorgverzekering (stand van de wetenschap en praktijk en andere eventuele voorwaarden), behoort tot de verzekerde zorg. Dit is ook het geval indien het zorg betreft die wordt verleend door andere disciplines dan de hoofdbehandelaar zolang dit maar gebeurt onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar. Het feit dat in het onderhavige geval niet iedere behandelaar is verbonden aan de instelling, heeft geen invloed op de aanspraak.  
Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 22 mei 2010 respectievelijk 28 mei 2010 op het CVZ-advies gereageerd. Verzoekster heeft daarnaast met de brief 1 juni 2010, per email verstuurd op 2 juni 2010, nader gereageerd. Deze laatste reactie is buiten de reactietermijn toegestuurd. De brief van 1 juni 2010 is daarom tardief en wordt niet meegenomen in de procedure. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de wederpartijen gezonden.

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

- 4.1. Verzoekster stelt dat bij verzekerde PDD-NOS, ADHD en een oogproblematiek zijn vastgesteld.
- 4.2. Verzekerde is bij de GGzE, circuit kinderen en jeugd, onder behandeling. Verzoekster is van mening dat daarmee wordt voldaan aan de gestelde voorwaarden. De GGzE kan de benodigde zorg niet leveren, omdat deze geen extra middelen ontvangt van de ziektekostenverzekeraar. Per 1 januari 2009 is de zorg die verzekerde ontving uit de AWBZ gehaald. Verzoekster heeft bij andere organisaties geïnformeerd, waaruit haar is gebleken dat lange wachtlijsten voor de intake bestaan met wachttijden van

wel zes maanden. De ziektekostenverzekeraar zal hetzij de middelen beschikbaar moeten stellen, zodat de instelling waar verzekerde onder behandeling is de benodigde zorg kan leveren, hetzij een pgb moeten verstrekken, zodat verzoekster zelf de benodigde zorg voor verzekerde kan inkopen. Verzekerde krijgt momenteel onvoldoende zorg, wat niet goed is voor zijn ontwikkeling.

- 4.3. Verzekerde was onder behandeling bij een systeemtherapeut, een heykooptherapeut, een Z-verpleegkundige, een psycho-sociaal werker, een gespecialiseerd remedial teacher, een hulpverlener die gespecialiseerd is in autisme en een personal organiser.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd, dat verzekerde in het verleden activerende begeleiding heeft genoten, die werd bekostigd vanuit de AWBZ. Door een wetwijziging valt deze zorg nu onder de Zvw. Op 17 maart 2009 is door Bureau Jeugdzorg een indicatie afgegeven voor gespecialiseerde geneeskundige zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft echter de aanvraag voor deze zorg afgewezen, omdat de behandelaars niet voldoen aan de polisvoorwaarden. De daadwerkelijke behandelaars zijn echter in dienst van de GGzE, deze organisatie is door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd voor GGZ-zorg. De daadwerkelijke zorg kan echter niet worden verleend door deze behandelaars, omdat het betreffende personeel is wegbezuinigd en deze taken in handen van het veld zijn gesteld. De behandelaars, zoals aangewezen in de polisvoorwaarden, kunnen de gevraagde zorg niet leveren. Hierbij wordt opgemerkt dat de daadwerkelijke behandelaars onder auspiciën staan van een systeemtherapeut die verbonden is aan de GGzE en deze therapeut werkt onder een kinderpsychiater.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

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

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat alleen aanspraak bestaat op een pgb voor activerende begeleiding vanuit de zorgverzekering indien de zorg geleverd wordt door een psychiater, zenuwarts, psychotherapeut, klinisch psycholoog of instelling voor medisch-specialistische zorg zonder opname. Uit de beschikbare stukken blijkt niet dat de aangevraagde individuele begeleiding, zoals verzoekster die beoogt met de voorziening in de activerende begeleiding ten behoeve van verzekerde, daadwerkelijk wordt geleverd door één van de vorenbedoelde zorgverleners.
- 5.2. Ter zitting is voorts betoogd dat uit de Zvw voortvloeit dat eisen worden gesteld aan de behandelaars. Het moet gaan om eerstelijns psychologische zorg of specialistische zorg zonder opname. Alleen in die situaties kan een pgb worden toegekend.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is 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 de afwijzing van een verzoek tot toekenning van een pgb voor activeren- de begeleiding met grondslag GGZ ten laste van de zorgverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgver- leners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 42 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op een pgb voor GGZ bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

**“42.1. Zorg waarvoor u een pgb kunt aanvragen**

*U kunt een pgb GGZ aanvragen voor:*

- eerstelijns psychologische zorg (artikel 40.);
- specialistische GGZ zonder opname (artikel 41.2.)

**42.2. Voorwaarden om voor een pgb GGZ in aanmerking te komen**

*De voorwaarden waaraan u moet voldoen om recht te hebben op het pgb, staan in dit artikel en in het artikel dat gaat over de zorg waar u het pgb voor aanvraagt. U hebt recht op een pgb als u aannemelijk maakt dat u de zorg waarvoor u het pgb aanvraagt, nodig hebt.*

**42.3. Uw plichten bij een pgb GGZ**

*U bent verplicht:*

- kwalitatief verantwoorde zorg in te kopen. U moet de zorg inkopen bij een zorgverlener of instelling die de zorg waarvoor u het pgb hebt aangevraagd, mag verlenen;
- (...)”*

In artikel 40 van de zorgverzekering is de aanspraak opgenomen voor eerstelijnspsy- chologische zorg (niet-specialistische GGZ) en luidt, voor zover hier van belang:

**“40.1. Zorg waar u recht op hebt**

*U hebt recht op maximaal acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg per jaar. Een dubbel- consult of dubbelzitting telt als twee consulten / zittingen.*

*In plaats van voor vergoeding door ons, kunt u kiezen voor een persoonsgebonden budget (pgb). Meer informatie hierover leest u in artikel 42.*

**40.2. Voorwaarden om voor de zorg in aanmerking te komen**

*U hebt recht op eerstelijnspsychologische zorg als u voldoet aan de volgende voorwaarden*

**Algemeen**

*Het gaat om zorg die klinisch psychologen normaal gesproken verlenen.*

*(...)*

**Zorgverlener**

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

In artikel 41 van de zorgverzekering is de aanspraak voor specialistische GGZ opge- nomen:

*“In dit artikel staan de voorwaarden voor specialistische geestelijke gezondheidszorg (specia- listische GGZ). Daaronder verstaan wij diagnostiek (het vaststellen van de aandoening) en specialistische behandeling van ingewikkelde (complexe) psychische aandoeningen. In dit ar- tikel staan niet de voorwaarden voor eerstelijnspsychologische zorg. Deze staan in artikel 40. Wij maken een verschil tussen:*

- specialistische GGZ met opname (artikel 41.1.)
- specialistische GGZ zonder opname (artikel 41.2.)

(...)

#### **41.2.1. Zorg waar u recht op hebt**

*U hebt recht op:*

- de psychotherapie, waaronder psychoanalytische behandeling
- andere specialistische GGZ zonder opname;
- de verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

*In plaats van voor zorg in natura kunt u kiezen voor een persoonsgebonden budget (pgb).*

*Meer hierover leest u in artikel 42.*

#### **41.2.2. Voorwaarden om voor de zorg in aanmerking te komen**

*De voorwaarden om voor de zorg in aanmerking te komen, zijn verschillend voor:*

- psychotherapie, waaronder psychoanalytische behandeling (artikel 41.2.2.1.) en
- andere specialistische GGZ zonder opname (niet psychotherapie en niet psychoanalytische behandeling die onder psychotherapie valt)(artikel 41.2.2.2.).

*Hierna worden per categorie de voorwaarden genoemd waaraan moet zijn voldaan om recht op de zorg te hebben.*

##### **41.2.2.1. Psychotherapie, waaronder psycho-analytische behandeling**

*U hebt recht op psychotherapie als u voldoet aan de volgende voorwaarden:*

###### **Algemeen**

*Het gaat om zorg zoals psychiaters, zenuwartsen en klinisch psychologen die normaal gesproken verlenen.*

(...)

###### **Zorgverlener**

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

##### **41.2.2.2. Andere specialistische GGZ zonder opname (het gaat dan niet om psychotherapie inclusief psychoanalytische behandeling)**

*U hebt recht op andere specialistische GGZ zonder opname (het gaat dan niet om psychotherapie waaronder psychoanalytische behandeling) als u voldoet aan de volgende voorwaarden:*

###### **Algemeen**

*Het gaat om zorg zoals psychiaters, zenuwartsen en klinisch psychologen die normaal gesproken verlenen.*

(...)

###### **Zorgverlener/leverancier**

*Een psychiater, zenuwarts of instelling voor medisch-specialistische zorg verleent de zorg.*

(...)"

- 8.2. De artikelen 40, 41 en 42 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.3. 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. Specialistische geestelijke gezondheidszorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. In geschil is de vraag of de zorg, waarvoor de verstrekking dan wel een pgb is aangevraagd, valt aan te merken als eerstelijnspsychologische zorg (artikel 40) dan wel specialistische geestelijke gezondheidszorg zonder opname (artikel 41.2).
- 9.2. Op grond van de polisvoorwaarden bestaat alleen aanspraak op de vergoeding van kosten van eerstelijnspsychologische zorg, indien deze zorg wordt verleend door een gezondheidszorgpsycholoog of door een eerstelijns instelling voor eerstelijnspsychologische zorg. De zorgverleners die bij de behandeling van verzekerde zijn betrokken, zijn niet als zodanig aan te merken. Evenmin is gebleken dat verzekerde wordt behandeld in een eerstelijnsinstelling als hiervoor genoemd. Derhalve bestaat naar het oordeel van de commissie op grond van artikel 40 van de zorgverzekering geen aanspraak op verstrekking van deze zorg, noch op een pgb waarmee verzekerde zodanige zorg zelf zou kunnen inkopen.
- 9.3. Op grond van artikel 41 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op niet-klinische GGZ verleend door een psychiater, zenuwarts, psychotherapeut, klinisch psycholoog of instelling voor medisch-specialistische zorg. Gebleken is dat de zorgverleners die bij de behandeling van verzekerde zijn betrokken niet als zodanig zijn aan te merken. Het CVZ heeft evenwel in zijn gewijzigd en definitief advies van 17 mei 2010 geadviseerd dat de geestelijke geneeskundige zorg die aan verzekerde wordt verleend behoort tot de verzekerde zorg. Dit is ook het geval indien het zorg betreft die wordt verleend door andere disciplines dan de hoofdbehandelaar zolang dit gebeurt onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar. De commissie neemt de conclusie van voornoemd advies over en maakt deze tot de hare.
- 9.4. Nu vaststaat dat de onderhavige zorg is aan te merken als specialistische geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 41 van de zorgverzekering, bestaat op grond van artikel 42 van de zorgverzekering aanspraak op een pgb.

### **Conclusie**

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen. 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.
  - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 23 juni 2010,

Voorzitter