

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, en OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg en O.W.M. CZ Groep U.A. te Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, psychotherapie, stand wetenschap en praktijk, doelmatigheid

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, art. 7:941 BW, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021

Zaaknummer : 202101966

Zittingsdatum : 16 november 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

en

- 1) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) O.W.M. CZ Groep U.A. te Tilburg
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 6 maart 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Bij brief van 28 maart 2022 heeft verzoeker zijn standpunt aan de commissie nader toegelicht en aanvullende informatie gestuurd. Het dossier was toen gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brieven van 23 juni 2022 en 6 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Kopieën van deze brieven zijn op 13 juli 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 16 augustus 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022028394) aan de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten uitvoeren. Een kopie van het advies is bij brief van 16 augustus 2022 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren en het desbetreffende onderzoek uit te voeren. Verzoeker heeft bij brief van 25 augustus 2022 gereageerd. De ziektekostenverzekeraar heeft, nadat aan hem op zijn verzoek een aanvullende reactietermijn was verleend door de commissie, bij brief van 28 september 2022 gereageerd. Afschriften van voornoemde brieven zijn aan de respectieve wederpartij gestuurd.
- 2.4. Bij brieven van 29 september 2022, 8 oktober 2022 en 2 november 2022 heeft verzoeker aanvullende reacties aan de commissie gestuurd. Afschriften hiervan zijn op respectievelijk 5 oktober 2022, 13 oktober 2022 en 4 november 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. Afschriften van alle voornoemde brieven zijn aan het Zorginstituut gestuurd, waarbij de commissie heeft gevraagd een nader advies uit te brengen. Bij brief van 7 november 2022 heeft het Zorginstituut een nader advies aan de commissie uitgebracht. Een kopie hiervan is op 8 november 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.6. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 november 2022 door de commissie gehoord. Van de hoorzitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.7. Verzoeker is door de commissie in de gelegenheid gesteld kopieën van gespreksverslagen, dan wel van aantekeningen van de gesprekken tussen hem en de betrokken zorgaanbieder die reeds deel uitmaken van het behandeldossier over te leggen. Verzoeker is gevraagd deze informatie uiterlijk 6 december 2022 aan te leveren.

- 2.8. Verzoeker heeft op 23 november 2022 aan de commissie het 'aangepaste behandelplan, opgesteld bij de verlenging van de DBC' gestuurd. Op 26 november 2022 heeft hij zes kopieën van gespreksaantekeningen aan de commissie gezonden. Afschriften van deze stukken zijn op 2 december 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarbij hem de mogelijkheid is geboden hierop schriftelijk te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 december 2022 gereageerd op de nagekomen informatie. Een kopie van deze reactie is op 19 december 2022 ter informatie aan verzoeker gezonden.
- 2.9. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 15 december 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 16 augustus 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 12 januari 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie van het definitief advies is op 16 januari 2023 aan partijen gestuurd, waarbij zij de mogelijkheid hebben gekregen hierop schriftelijk te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 19 januari 2023 op het advies gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 28 februari 2023 ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. **Vaststaande feiten**

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering OHRA Gezond (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft in de periode van 28 juni 2019 tot en met 27 december 2021 zorg ontvangen van een psychotherapeut en de hiermee samenhangende kosten gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. Bij brief van 30 april 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij een rechtmatigheidsonderzoek heeft uitgevoerd naar de zorg die verzoeker heeft ontvangen. De uitkomst hiervan is dat niet is komen vast te staan dat de geleverde zorg bewezen effectief en doelmatig is en dat om die reden de door verzoeker gedeclareerde zorgkosten (factuurnummer: 417847, bedrag: € 29.677,33) niet worden vergoed.
- 3.4. Bij brief van 18 mei 2021 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 22 december 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij deze brief niet heeft ontvangen en dat hij om die reden hierop niet heeft gereageerd.
- 3.5. Bij brief van 19 juli 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de door hem gedeclareerde zorgkosten (factuurnummer: 449532, bedrag: € 9.818,22) niet worden vergoed, om de redenen zoals vermeld in de hiervoor genoemde brief van 30 april 2022.
- 3.6. Bij brieven van 16 augustus 2022 en 7 november 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.7. Bij brief van 12 januari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de door hem gedeclareerde kosten voor geestelijke gezondheidszorg (hierna: GGZ) moet vergoeden.

- 4.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzende beslissing ten onrechte baseert op een rechtmatigheidsonderzoek dat heeft plaatsgevonden naar de zorgaanbieder die de zorg heeft verleend. Volgens de ziektekostenverzekeraar blijkt uit dit onderzoek dat de zorgaanbieder zorg heeft verleend die niet onder de dekking van de zorgverzekering valt, omdat deze niet 'evidence-based' is. Deze conclusie is gestoeld op de onjuiste aanname dat de zorg is gebaseerd op droomanalyses, in combinatie met hypnose en de psychoanalyse van Jung. Deze zorg is echter niet aan verzoeker verleend. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar zich erop beroepen dat de verleende zorg niet-doelmatig is. Beide argumenten van de ziektekostenverzekeraar zijn gemotiveerd betwist door de zorgaanbieder, maar hebben de ziektekostenverzekeraar niet kunnen overtuigen. Verder merkt verzoeker op dat er geen detailonderzoek heeft plaatsgevonden naar de behandelingen die hij heeft ondergaan, zodat de hiervoor genoemde conclusies van de ziektekostenverzekeraar niet in stand kunnen blijven. Voorts heeft verzoeker aangevoerd dat zijn zorgverzekering een restitutiepolis is. Uit de voorwaarden van de zorgverzekering blijkt niet dat de zorgaanbieder aan andere kwaliteitseisen moet voldoen dan dat deze BIG-geregistreerd moet zijn bij een goedgekeurd kwaliteitsinstituut. Aan die voorwaarde wordt voldaan. Tevens handelt de zorgaanbieder overeenkomstig de regels die door de Nederlandse Zorgautoriteit zijn gesteld. Dit alles kan dus ook geen reden zijn voor de ziektekostenverzekeraar niet over te gaan tot uitkering van de gedeclareerde zorgkosten.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog het volgende aangevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft geen individueel, persoonlijk onderzoek verricht naar de behandeling die verzoeker heeft ondergaan, maar zich slechts gebaseerd op een materieel onderzoek dat is verricht naar de zorgaanbieder. Bovendien was de conclusie van het materieel onderzoek gebaseerd op gegevens van de website van de zorgaanbieder. Echter, genoemde dromenanalyse, psychoanalyse van Jung en hypnotherapie zijn bij de behandeling van verzoeker niet toegepast. Verzoeker betwist dat de ziektekostenverzekeraar dossiergegevens heeft opgevraagd. Daarnaast is het hem niet duidelijk welke informatie de ziektekostenverzekeraar nog mist en wat hij nog zou moeten aanleveren. De zorgaanbieder heeft toegelicht dat het gedrag van verzoeker is geanalyseerd en dat een cognitieve en gedragstherapeutische behandeling is toegepast.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.
- 4.5. Verzoeker heeft bij brief van 19 januari 2023 gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut. Verzoeker voert aan dat het formeel opnemen van evaluatiemomenten in het therapieplan overbodig is, omdat vanuit de DBC-voorwaarden driemaal per DBC-jaar verplicht geëvalueerd moet worden. Bovendien wordt in iedere therapie voortdurend geëvalueerd *"in de zin van hypothese-toetsing in het kader van het gedragstherapeutische proces."* Verder is het onjuist dat er psychoanalytische elementen in de behandeling te herkennen zijn. Hierbij benadrukt verzoeker dat niet is gevraagd naar een behandelverslag maar naar een behandelplan. De analyse waarnaar wordt verwezen in het behandelplan betreft niet een analyse in psychoanalytische zin (volgens Freud), maar een analyse van het gedrag en cognities *"in de vorm van een diepere topografische, functionele analyse van het gedrag en de cognities die hij tijdens het spel heeft. In een psychoanalytische analyse gaat het niet om de situaties, maar om de vrije associaties die uit het onbewuste van de cliënt omhoog komen."* Het verwijt dat de gespreksaantekeningen niet goed leesbaar zijn en dat deze daarom geen informatie verschaffen om de gerede twijfel weg te nemen, vindt verzoeker merkwaardig. Er was immers gevraagd om een aantal authentieke gespreksaantekeningen over te leggen en niet om een bewerking hiervan.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen recht heeft op vergoeding van de door hem gedeclareerde kosten voor GGZ. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat een rechtmatigheidsonderzoek heeft plaatsgevonden naar de zorg die door de zorgaanbieder van verzoeker is verleend. Volgens de ziektekostenverzekeraar is niet komen vast te staan dat de zorg die is verleend 'evidence based' behandelinterventies betreft. Ook wordt getwijfeld aan de doelmatigheid van de verleende zorg. Op grond van artikel A.3.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering dient echter wel aan deze voorwaarden te worden voldaan, voordat aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding van deze zorg. Om een en ander nader te beoordelen is aan de zorgaanbieder en aan verzoeker gevraagd dossiergegevens toe te sturen. Uit de informatie die van de zorgaanbieder is ontvangen, blijkt niet dat aan de hiervoor genoemde voorwaarden is voldaan.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog het volgende aangevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft de zorgaanbieder specifiek vragen gesteld over de zorg die aan verzoeker is verleend. Hierop heeft de zorgaanbieder op 1 september 2020 per e-mail aan de ziektekostenverzekeraar geantwoord dat sprake is geweest van zorg zoals droomanalyses. Deze behandeling voldoet echter niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De informatie die in deze procedure is overgelegd, biedt geen duidelijkheid over de zorg die daadwerkelijk aan verzoeker is verleend, zodat niet is gebleken dat zorg is verleend die wel onder de dekking van de zorgverzekering valt. Daarnaast gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat in eerste instantie geen dossiergegevens van verzoeker zijn opgevraagd. Naar aanleiding van de ter declaratie ingediende nota's is deze informatie alsnog opgevraagd, maar de informatie is niet overgelegd. Om die reden moest de ziektekostenverzekeraar terugvallen op de informatie die hij op dat moment wel had en die mede is verkregen in het kader van de materiële controle. De ziektekostenverzekeraar heeft in het e-mailbericht van 31 augustus 2020, gericht aan de zorgaanbieder, specifiek verwezen naar de declaratie die door verzoeker is ingediend. Hierbij is opgemerkt dat het hele behandeltraject van verzoeker vragen oproept. Het antwoord van de zorgaanbieder van 1 september 2020 kan dan ook niet anders worden geïnterpreteerd dan dat dit ziet op verzoeker. Dat er 'ten algemene' vragen zouden zijn gesteld, kan de ziektekostenverzekeraar dan ook niet volgen. Dat achteraf wordt ontkend dat de zorg die wordt genoemd in het e-mailbericht van 1 september 2020 niet is verleend aan verzoeker kan de ziektekostenverzekeraar niet overtuigen.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 december 2022 gereageerd op de aanvullende informatie die verzoeker op 23 en 26 november 2022 heeft overgelegd. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat in eerste instantie niet is aangeleverd wat ter zitting was afgesproken. Pas in tweede instantie zijn vijf zeer slecht leesbare lossen notities overgelegd. Op basis van deze fragmentarische informatie kan geen goed en volledig oordeel worden gevormd van de volledige behandeling. Daarnaast is niet vast te stellen of deze stukken inderdaad ten tijde van de behandeling zijn opgesteld. Er is niet aannemelijk gemaakt dat sprake is geweest van een doelmatige behandeling. Er zijn ook geen evaluatiemomenten van de voorafgaand aan de behandeling geformuleerde behandel doelstellingen of de bespreking van het vervolg van de behandeling met verzoeker beschreven.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 16 augustus 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) Materiële controle

Op basis van een signaal en informatie op de website van de zorgverlener besloot verweerder eind 2020 over te gaan tot een materiële controle bij deze zorgaanbieder naar de rechtmatigheid en doelmatigheid van de gedeclareerde behandelingen (detailcontrole meerdere cliënten). In het kader van deze controle werden behandelplannen opgevraagd. Deze behandelplannen bleken niet aan het vereiste van een behandelplan te voldoen. Geconstateerd werd dat de behandelplannen achteraf/recentelijk waren opgesteld en dus niet voorafgaand aan de behandeling. Uit de materiële controle zou verder zijn gebleken dat de zorgaanbieder zijn therapieën vaak baseert op droomanalyses in combinatie met hypnose en de analytische therapie van Jung.

Het is niet duidelijk of er ook voor verzoeker in het kader van de materiële controle achteraf een behandelplan is opgesteld. In het aangeleverde dossier is in ieder geval geen behandelplan aanwezig. Ook het verslag van de materiële controle ontbreekt, waaruit dit mogelijk zou kunnen blijken.

Behandelplan

Uit het dossier blijkt dat de zorgaanbieder voorafgaand aan de behandeling geen behandelplan heeft opgesteld. In zijn brief d.d. 24 april 2021 aan de zorgverlener merkt verweerder hierover het volgende op: "Uit de behandelplannen was niet herleidbaar wat het behandelverloop is geweest. De behandelplannen waren achteraf en recentelijk opgesteld zoals u zelf ook heeft aangegeven".

In zijn brief van 6 maart 2022 aan de SKGZ merkt de zorgverlener hierover het volgende op: "De afdeling Zorgkostenbeheersing heeft van zorgaanbieder een gedetailleerd behandelplan gekregen met uitleg welke wetenschappelijke principes toegepast zijn. Het was een redigering van hoe in het verloop van het therapeutisch proces een behandelplan tot ontwikkeling komt. Dit werd niet geaccepteerd omdat het niet authentiek zou zijn en met terugwerkende kracht opgesteld zou zijn."

"Wat door de medisch adviseur gezien wordt als een oorspronkelijk behandelplan dat in de eerste twee a drie contacten tot stand moet komen kan niets anders zijn dan een inventarisatie van de hulpvraag".

Volgens het Model Kwaliteitsstatuut GGZ gaat de patiënt/cliënt bij elk behandelproces vijf fases door waaronder aanmelding/intake en diagnostiek. Het inventariseren van de zorgvraag komt in de eerste contacten tot stand. Vervolgens wordt in overleg met de cliënt een behandelplan opgesteld. Dat is wat anders dan achteraf redigeren hoe in het verloop van het therapeutisch proces een behandelplan tot ontwikkeling komt. Een behandelplan kan zo nodig in het verloop van het therapeutisch proces worden bijgesteld. Het achteraf opstellen van een behandelplan is niet in lijn met het Model Kwaliteitsstatuut GGZ noch met het eigen kwaliteitsstatuut van deze zorgverlener.

Conclusie

Omdat het Zorginstituut niet beschikt over de medische gegevens van verzoeker noch over een behandelplan kan op basis van de voorhanden zijnde stukken niet beoordeeld worden of er sprake is van zorg zoals medisch specialisten of klinisch psychologen die plegen te bieden. Het Zorginstituut kan evenmin een uitspraak doen over de vraag of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Nader onderzoek

Voor een inhoudelijke beoordeling dient het Zorginstituut te beschikken over het intakeverslag, met daarin de onderbouwing van de diagnose en een voorstel voor behandeling. Indien er in deze casus achteraf een behandelplan is opgesteld, zou het Zorginstituut daar graag over beschikken, aangevuld met mogelijk andere medisch inhoudelijke informatie betreffende de verzoeker indien dit is voortgekomen uit de materiële controle. (...)"

6.2. In het voorlopig advies van 7 november 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) De toegezonden aanvullende stukken (dossier SKGZ met datum 5 oktober 2022) bevatten een brief 'Indicatiestelling Psychotherapie' en een 'Individueel behandelplan van cliënt [verzoeker]', dat in de beginfase van de behandeling is opgesteld (periode DBC 29 juni 2015 tot 27 juni 2016). Hieruit blijkt dat er bij verzoeker sprake is/was van de volgende DSM-IV classificatie en klassieke diagnose:

- AS I cyclothyme stoornis (301.13)
- AS II paranoïde persoonlijkheidsstoornis
- Klassieke diagnose: manisch depressieve stoornis.

In het bij aanvang opgestelde behandelplan lag de nadruk op Cognitieve Gedragstherapie (CGT).

Juridisch kader

De geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden. Geneeskundige zorg omvat de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Verder geldt dat de zorg moet voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Nadat is vastgesteld dat een behandeling als een verzekerde prestatie is aan te merken, dient te worden vastgesteld of een individuele verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op de prestatie.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Materiële controle

Op basis van een signaal en de website van de zorgverlener besloot verweerder eind 2020 over te gaan tot een materiële controle bij deze zorgaanbieder naar de rechtmatigheid en de doelmatigheid van gedeclareerde behandelingen (detailcontrole meerdere cliënten). In het kader van deze controle werden behandelplannen opgevraagd. Deze behandelplannen bleken niet aan het vereiste van een behandelplan te voldoen. Geconstateerd werd dat de behandelplannen achteraf/recentelijk waren opgesteld en dus niet voorafgaand aan de behandeling. Het ging hier om behandelplannen van andere cliënten dan die van verzoeker.

In de brief d.d. 23 april 2021 aan de zorgverlener merkt verweerder naar aanleiding van de materiële controle in algemene zin het volgende op: "Uit de behandelplannen was niet herleidbaar wat het behandelverloop is geweest. De behandelplannen waren achteraf en recentelijk opgesteld zoals u zelf ook heeft aangegeven". In de brief van 6 maart 2022 (briefpapier zorgaanbieder) aan de SKGZ merkt verzoeker hierover het volgende op: "Tijdens de materiële controle is in algemene zin gevraagd naar de behandelingen die door de zorgaanbieder zijn toegepast. De zorgverlener heeft hier in algemene zin op geantwoord. Bij twee andere cliënten dan verzoeker heeft detailonderzoek plaatsgevonden naar het behandelplan. De afdeling Zorgkostenbeheersing heeft van zorgaanbieder een gedetailleerd behandelplan [betreffende andere cliënten dan verzoeker] gekregen met uitleg welke wetenschappelijke principes toegepast zijn. Het was een redigering van hoe in het verloop van het therapeutisch proces een behandelplan tot ontwikkeling komt. Dit werd niet geaccepteerd omdat het niet authentiek zou zijn en met terugwerkende kracht opgesteld zou zijn. Wat door de medisch adviseur gezien wordt als een oorspronkelijk behandelplan dat in de eerste twee a drie contacten tot stand moet komen kan niets anders zijn dan een inventarisatie van de hulpvraag".

"In die materiële controle heeft de afdeling Zorgkostenbeheersing geconcludeerd dat de zorgaanbieder zijn therapieën in het algemeen baseert op droomanalyses in combinatie met hypnose en de analytische therapie van Jung".

Behandelplan

Uit de stukken blijkt dat de zorgaanbieder voorafgaand aan de behandeling een behandelplan heeft opgesteld. Dit behandelplan dateert uit 2015. In dit behandelplan ligt de nadruk op CGT. CGT is geneeskundige zorg zoals medisch specialisten of klinisch psychologen die plegen te bieden en voldoet aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. CGT wordt in de Zorgstandaard Bipolaire stoornissen (2017) als een mogelijke behandelinterventie genoemd. Uit de stukken blijkt verder niet wat vervolgens het behandelverloop is geweest en in hoeverre het behandelplan in de loop der tijd is aangepast. Ondanks herhaaldelijk verzoek heeft verweerder geen kopie van het behandeldossier van verzoeker ontvangen.

Verzoeker is sedert 2015 onder behandeling van de zorgaanbieder. Het geschil spitst zich toe op de vraag of de zorgaanbieder gedurende deze tijd daadwerkelijk behandelingen heeft uitgevoerd die voldoen aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'.

Uit de mail d.d. 1 september 2020 van de zorgverlener blijkt uit zijn antwoord op de vraag waarom deze behandelvorm voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk, dat hij bij de behandeling van verzoeker gebruik maakt van "droomanalyses gebaseerd op de psychologie van Jung". Het antwoord van de zorgverlener doet verder vermoeden dat bij deze patiënt niet CGT de belangrijkste behandelmethode is, maar een psychoanalytische benadering (volgens Jung). Daarnaast geeft de zorgverlener in zijn mail d.d. 2 oktober 2020 aan welke interventies hij in het algemeen toepast bij zijn cliënten. Het antwoord is dat hij gebruik maakt van CGT bij klachtgerichte behandeling inclusief hypnotische technieken. Hypnose voldoet alleen aan de stand van de wetenschap en praktijk bij somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). De zorgverlener geeft verder aan dat de toepassing van gedragstherapeutische technieken bij mensen met onder andere een persoonlijkheidsstoornis ingewikkelder ligt en dat het zwaartepunt van de behandeling bij hen vooral ligt op bewustwording en minder op gedragsverandering. Vervolgens legt hij uit hoe bij een inzichtgevende therapie gebruik wordt gemaakt van het Onbewuste, waarbij hij dieper ingaat op een aantal Jungiaanse begrippen. Later wordt door zowel de zorgaanbieder als verzoeker ontkend dat er tijdens de behandeling van verzoeker sprake is geweest van droomanalyses, hypnose en analytische therapie van Jung.

Beoordeling Zorginstituut

CGT bij een bipolaire stoornis is geneeskundige zorg zoals medisch specialisten of klinisch psychologen die plegen te bieden en voldoet aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'.

De paranoïde persoonlijkheidsstoornis valt onder de Cluster A Persoonlijkheidsstoornissen. Uit de Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen (2017) blijkt dat het meeste onderzoek over de werkzaamheid van psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen is uitgevoerd bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS), op afstand gevolgd door onderzoek onder patiënten met een antisociale-persoonlijkheidsstoornis. Naar de vermijdende- en zeker de schizotypische-persoonlijkheidsstoornis bestaat nauwelijks goed uitgevoerd onderzoek. Dat geldt nog meer uitgesproken voor de andere, specifieke typen, zoals de narcistische-, dwangmatige-, paranoïde of andere specifieke typen van persoonlijkheidsstoornissen.

De aanbevelingen die in de Zorgstandaard worden gedaan hebben specifiek betrekking op BPS, maar kunnen voor een belangrijk deel ook worden toegepast op cluster-A- en andere cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen. Vier specifieke vormen van psychotherapie worden daarom aanbevolen:

- Dialectical Behaviorisme Therapy (DBT) of Dialectische Gedragstherapie (DGT);
- Mentalization-Based Treatment (MBT);
- Schema Therapy of Schematherapie (ST);
- Transference-Focused Psychotherapy (TFP).

Ook het Kenniscentrum GGZ van ZN (zie ZN-Circulaire "Therapieën in de GGZ") heeft geoordeeld dat deze therapieën voldoen aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'

bij persoonlijkheidsstoornissen en daarmee voor vergoeding in aanmerking komen vanuit de basisverzekering.

Omdat informatie over het behandelverloop ontbreekt is niet duidelijk welke therapieën zijn toegepast, dus ook niet of CGT dan wel een van de voorkeursbehandelingen bij persoonlijkheidsstoornissen tijdens het verloop van de behandeling is toegepast. Ondanks herhaaldelijk verzoek heeft verweerder geen kopie van het behandeldossier van verzoeker ontvangen. Gelet op de mail van de zorgaanbieder d.d. 1 september 2020 bestaat er gerede twijfel of de door de zorgaanbieder toegepaste behandeling evidence based is.

Conclusie

Aangezien het op basis van de beschikbare informatie onduidelijk is welke therapieën zijn toegepast tijdens het behandelverloop kan het Zorginstituut niet beoordelen of sprake is van zorg zoals medisch specialisten of klinisch psychologen die plegen te bieden en of de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut kan derhalve geen advies uitbrengen. (...)"

- 6.3. In het definitief advies van 12 januari 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Het aangepaste behandelplan omvat vooral een omschrijving van het psychiatrisch toestandsbeeld van verzoeker op basis van de lange explorerende gesprekken die de zorgverlener met verzoeker heeft gevoerd. Daarnaast zijn in het behandelplan zowel cognitief-gedragstherapeutische als psychoanalytische elementen te herkennen, maar het maakt onvoldoende duidelijk of de behandeling enkel heeft bestaan uit evidence based therapieën. Het behandelplan wordt besloten met de conclusie dat "een diepere analyse van het gedrag en de persoonlijkheid van de cliënt nodig is. De symboliek van zijn gedrag zoals geprojecteerd in zijn spel op het dambord." Het behandelplan bevat geen behandelevaaluatie met verzoeker teneinde de voortgang vast te stellen. Dit is niet conform de Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen die het belang benadrukt om de voortgang van de behandeling samen met de patiënt bij te houden.

Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies van 7 november 2022 geoordeeld dat op basis van de e-mail van de zorgverlener van 1 september 2020 gerede twijfel bestaat of de volledige toegepaste behandeling door de zorgverlener evidence based is. Het ontvangen aangepaste behandelplan en de moeilijk leesbare gespreksaantekeningen bevatten geen informatie die deze gerede twijfel wegneemt. Gezien de beperkte en niet eenduidige informatie over de inhoud van de behandeling kan het Zorginstituut zich geen oordeel vormen over de volledige behandeling die in dit geschil ter discussie staat. Het Zorginstituut blijft bij zijn conclusie dat hij hierover geen advies kan uitbrengen.

De conclusie is dat uit het verslag, de pleitnota en de aanvullende stukken geen feiten of omstandigheden naar voren komen die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op GGZ zijn vermeld in de bijlage bij dit

bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Ook is hierin de bepaling uit het Burgerlijk Wetboek (BW) vermeld, over de meldingsplicht van een verzekerde als een verzekerd risico zich voordoet. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 8.2. De commissie stelt voorop dat zij niet kan treden in de relatie tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder die aan verzoeker zorg heeft verleend. Daarmee valt de materiële controle die de ziektekostenverzekeraar heeft uitgevoerd ten aanzien van de zorg die de betrokken zorgaanbieder heeft geleverd aan verschillende (andere) verzekerden van de ziektekostenverzekeraar buiten het beoordelingskader van de commissie.

Zorgverzekering

- 8.3. De zorgverzekering biedt dekking voor geneeskundige zorg, zoals bedoeld in artikel 2.4 Bzv. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden. Geneeskundige zorg omvat ook de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Om in aanmerking te komen voor vergoeding van deze zorg dient degene die hierop aanspraak maakt aan te tonen dat sprake is van een verzekerde prestatie, waarbij dient te worden beoordeeld of (i) het zorg betreft die de betrokken zorgaanbieder pleegt te bieden en of (ii) de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Nadat is vastgesteld dat een behandeling als verzekerde prestatie is aan te merken, dient te worden vastgesteld of een individuele verzekerde naar in houd en omvang redelijkerwijs is aangewezen op deze prestatie. Dit volgt uit artikel 2.1, derde lid, Bzv.
- 8.4. Het Zorginstituut heeft op 7 november 2022 een advies uitgebracht aan de commissie over het onderhavige geschil. Hieruit blijkt dat het Zorginstituut uit de stukken in het dossier afleidt dat ten behoeve van verzoeker voorafgaand aan de behandeling een behandelplan is opgesteld. Hieruit blijkt dat bij verzoeker sprake is/was van de DSM-IV-classificatie en klassieke diagnose: (i) AD I cyclothyme stoornis (301.31), (ii) AS II paranoïde persoonlijkheidsstoornis en (iii) manisch depressieve stoornis. Uit het behandelplan volgt volgens het Zorginstituut dat bij de behandeling de nadruk lag op Cognitieve Gedragstherapie (hierna: CGT). Het Zorginstituut vervolgt dat CGT bij een bipolaire stoornis geneeskundige zorg is zoals medisch specialisten of klinisch psychologen die plegen te bieden en dat deze zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verder leidt het Zorginstituut uit de Zorgstandaard en een publicatie van het Kenniscentrum GGZ van ZN af dat vier andere specifieke vormen van psychotherapie, te weten Dialectical Behaviorisme Therapie (DBT) of Dialectische Gedragstherapie (DGT), Mentalization-Based Treatment (MBT), Schema Therapy of Schematherapy (ST) en Transference-Focused Psychotherapy (TFP) voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen en om die reden ook voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de zorgverzekering.
- 8.5. Het Zorginstituut vervolgt dat informatie over het behandelverloop ontbreekt. Het is het Zorginstituut dan ook niet duidelijk of in het geval van verzoeker CGT dan wel één van de vier voornoemde specifieke vormen van psychotherapie is toegepast. Volgens het Zorginstituut kan dan ook niet met zekerheid worden vastgesteld of aan verzoeker zorg is verleend zoals medisch specialisten of klinisch psychologen plegen te bieden en of deze zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarbij tekent het Zorginstituut aan dat uit de e-mailberichten van de zorgaanbieder van respectievelijk 1 september 2020 en 6 oktober 2020 lijkt te volgen dat CGT juist niet de belangrijkste behandelmethodes is, maar dat sprake is van droomanalyses, hypnose en analytische therapie volgens Jung. Deze vormen van zorg voldoen niet aan de stand van de wetenschap en praktijk bij de behandeling van de aandoeningen waarmee verzoeker is gediagnosticeerd. Hoewel de zorgaanbieder en verzoeker betwisten dat deze vormen van zorg bij verzoeker zijn toegepast, meent het Zorginstituut dat deze e-mailberichten wel aanleiding geven tot gereede twijfel hierover.

- 8.6. Gelet op de hiervoor aangehaalde e-mailberichten van de zorgaanbieder deelt de commissie de twijfel van het Zorginstituut, in die zin dat niet duidelijk is of het overgelegde behandelplan - met een nadruk op CGT - is gevolgd of dat andere vormen van zorg bij verzoeker zijn toegepast, die niet voldoen aan de criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk'. Aldus staat niet vast dat aan de aan verzoeker verleende GGZ als een verzekerde prestatie op basis van de zorgverzekering is aan te merken. Mede gelet op het bepaalde in artikel 7:941, tweede lid, BW, lag het op de weg van verzoeker, nu hij aanspraak maakt op vergoeding ten laste van de zorgverzekering, om de bestaande onduidelijkheid weg te nemen en daarin is hij niet geslaagd, onder meer niet omdat informatie over het behandelverloop niet, althans onvoldoende, is aangeleverd. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar de GGZ-declaraties van verzoeker terecht heeft afgewezen.

Slotsom

- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 april 2023,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
 - c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 941

1. Zodra de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde van de verwezenlijking van het risico op de hoogte is, of behoort te zijn, is hij verplicht aan de verzekeraar de verwezenlijking te melden. Dit geschiedt zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is.
2. De verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.
3. Indien door de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 of 2 niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.
4. De verzekeraar kan het vervallen van het recht op uitkering wegens niet-nakoming van een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 slechts bedingen voor het geval hij daardoor in een redelijk belang is geschaad.
5. Het recht op uitkering vervalt indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt.

meer onderdelen van de verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen af gaan wijken van de wet. Als er verschil bestaat tussen enerzijds verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen en anderzijds een of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

A.2.13. Wat sturen wij u toe?

Als u zich voor het eerst bij ons verzekert of als verzekeringsvoorwaarden, premie(grondslag) en/of aanspraak op zorg danwel vergoeding veranderen, dan sturen wij u:

- een nieuw polisblad. Wij geven daarbij ook aan vanaf welke datum dit nieuwe polisblad geldt. Vanaf die datum geldt uw oude polisblad niet meer.
- als u ons daar om vraagt, ook nieuwe verzekeringsvoorwaarden en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe verzekeringsvoorwaarden en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude verzekeringsvoorwaarden en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.
- als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

U kunt de verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzichten op onze website vinden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

U hebt recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Wie bepalen de inhoud en omvang van de zorg?

- De inhoud en omvang van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid.
- Wij bepalen de inhoud en omvang van de particuliere ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat beschreven waar u voor verzekerd bent. Voor alle zorg geldt dat deze moet voldoen aan alle volgende eisen:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen.

Toelichting:

- Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, gaat het er om welke klachten/aandoeningen een bepaalde beroepsgroep behandelt en welke vormen van zorg men daarvoor in het algemeen aanbiedt. Met andere woorden: behoort de zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep en rekent deze beroepsgroep de zorg tot zijn deskundigheidsgebied.
- De zorg valt als verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet onder de basisverzekering en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk B van deze verzekeringsvoorwaarden; of
- De zorg valt als verzekerde zorg onder uw aanvullende verzekering(en) en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk D van deze verzekeringsvoorwaarden.
- De inhoud en omvang van 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.

Toelichting:

- Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
- In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.
- U bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die

zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Het moet gaan om doelmatige, passende zorg voor uw situatie. Zo moet er een indicatie voor de zorg zijn en mag het geen onnodig dure zorg en geen onnodig uitgebreide zorg zijn. Te dure of te uitgebreide zorg in uw situatie is dus geen doelmatige zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Voorbeeld:

Als u een indicatie hebt voor een hoortoestel uit categorie X en een toestel van € 1.500,- is voldoende en geschikt voor u, dan is dat hoortoestel doelmatige zorg. U hebt dan een wettelijke eigen bijdrage van 25% van € 1.500,- en daarvan kan een deel uit uw aanvullende verzekering vergoed worden als u daarvoor verzekerd bent.

Als u uit diezelfde categorie X een toestel van € 2.000,- kiest dat even geschikt is, vergoeden we dus niets, omdat dat toestel niet doelmatig is; als er twee hoortoestellen binnen een categorie (X) zijn die even geschikt en voldoende zijn voor u, vergoeden we op basis van de doelmatigheid het hoortoestel van € 1.500,- en wordt niets vergoed van het hoortoestel van € 2.000,-.

- De verzekerde zorg kan ook bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Voor deze "andere zorg" gelden de volgende voorwaarden:
 - de andere zorg moet naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden; en
 - de andere zorg is wettelijk niet uitgesloten; en
 - wij hebben u van tevoren een akkoordverklaring gegeven voor de "andere zorg".
- De zorg die u ontvangt, kan uit slechts 1 bepaling van de basisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen; uw aanvullende verzekering kan hier eventueel een aanvullende vergoeding op geven.

Deze algemene eisen gelden altijd naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden voor de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg. Als u al zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan inmiddels gewijzigde en u medegedeelde eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten. Een lopende behandeling waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven, mag worden afgemaakt.

A.3.3. Voorwaardelijke zorg

In afwijking van artikel A.3.2. 2^e en 3^e bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar geregelde voorwaarden (zie artikel B.22.). Op de website van de overheid: wetten.overheid.nl is de Regeling zorgverzekering te vinden.

A.3.4. Dekkingsgebied

Uw verzekering(en) heeft (hebben) een werelddekking.

Voorbeeld:

U bent op vakantie in Frankrijk en koopt daar een bril op sterkte. U hebt een aanvullende verzekering waarin een vergoeding voor gezichtshulpmiddelen is opgenomen van € 100,- per 2 jaar. Deze vergoeding geldt dan ook voor een bril die u in het buitenland koopt.

De voorwaarden die bij het betreffende artikel horen gelden ook voor het buitenland en de zorgverlener moet voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land worden gesteld.

A.3.5. Voorwaarden op maat

Uw vergoedingen en voorwaarden worden online op maat aangeboden. Het kan dan gebeuren dat u op een bepaald moment andere voorwaarden of vergoedingen ziet dan die u eerder zag, bijvoorbeeld nadat u 18 jaar of 22 jaar bent geworden.

In deze gevallen passen wij niet de voorwaarden of vergoedingen aan (zoals bedoeld in artikel A.5.3.), maar zijn vanwege uw leeftijd andere voorwaarden of vergoedingen op u van toepassing geworden.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

A.4.1. Ingangsdatum

De verzekering gaat in op de datum waarop wij uw verzoek om de verzekering bij ons af te sluiten, ontvingen. U dient hierbij uw adres te vermelden zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen. We kunnen u ook inschrijven voor de verzekering zonder (juist) adres in de Basisregistratie Personen als u:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift aan ons toestuurt van maximaal een maand oud waarop de ingangsdatum van uw dienstverband genoemd staat. Hieruit moet blijken dat u aan de loonbelasting onderworpen bent in verband met in Nederland of op het continentaal plat (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg), uitgevoerd werk;

Hardheidsclausule

In bepaalde gevallen is de zogenaamde "hardheidsclausule" van toepassing. Namelijk als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekte of aandoening.

Toelichting:

Wij bepalen aan de hand van een formule en andere informatie, of u recht hebt op zittend ziekenvervoer volgens de "hardheidsclausule". Bij de aanvraag die u hiervoor indient, moet ook een verklaring van de behandelend arts zijn bijgevoegd. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze Zorgverzekering of de Wlz vallen.

Om vast te stellen of u recht hebt op zittend ziekenvervoer op basis van de "hardheidsclausule" gebruiken wij de volgende formule:

aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (dit is het aantal weken op jaarbasis) x (aantal km enkele reis) x 0,25 (dit is de wegingsfactor).

Bedraagt de uitkomst 250 of meer, dan bent u ook verzekerd voor zittend ziekenvervoer. De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route. Wij vergoeden op basis van hele kilometers en maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

Voorbeeld:

5 (aantal maanden behandeling) x 2 (aantal behandelingen per week) x 52/12 x 26 (afstand in kilometers) x 0,25 (wegingsfactor) = 281,67. Deze uitkomst is hoger dan 250 en geeft u recht op een vergoeding van het zittend ziekenvervoer.

Komen er wijzigingen in deze situatie, dan moet u ons dat zo snel mogelijk doorgeven.

Logeerkosten

U hebt recht op een vergoeding van logeerkosten:

- als u op basis van uw medische indicatie of de hardheidsclausule in aanmerking komt voor zittend ziekenvervoer uit dit artikel; en
- als dit zittend ziekenvervoer op ten minste drie achtereenvolgende dagen nodig is; en
- als u een aanvraag hebt ingediend voor vergoeding van logeerkosten in plaats van (een vergoeding voor) zittend ziekenvervoer en u daarvoor van ons een akkoordverklaring hebt ontvangen.

Zorgverlener

Als het zittend ziekenvervoer per taxi plaatsvindt, moet de taxivervoerder erkend zijn (Taxi Keurmerk / TX-keurmerk) en de juiste vergunning hebben.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig. Dit geldt ook wanneer:

- u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of
- u reist met een ander vervoermiddel dan auto, in de laagste klasse van het openbaar vervoer of taxi (zoals een boot).

Omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn, beoordelen wij of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.19. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Het gehele artikel B.19. beschrijft de geestelijke gezondheidszorg. Het Reglement GGZ is onderdeel van dit artikel. In het reglement wordt de geestelijke gezondheidszorg verder toegelicht en benoemen wij nadere voorwaarden waaraan voldaan moet worden per zorgonderdeel.

Het Reglement GGZ kunt u vinden op onze website of telefonisch bij ons opvragen.

B.19.1. GGZ basis

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat generalistische basis GGZ (gbGGZ) voor verzekerden vanaf 18 jaar.

Onder gbGGZ verstaan wij:

- diagnostiek (het vaststellen van een vermoedelijke aandoening) met de bedoeling om over te gaan tot
- behandeling van een lichte tot matige, niet-complexe psychische aandoening of stabiele chronische problematiek. Eén behandeltraject gbGGZ zou dan voldoende moeten zijn om u de zorg te geven die u nodig hebt. Meer informatie hierover vindt u in het Reglement GGZ, artikel 2.2.

Als onderdeel van deze zorg kan ook evidence based (wetenschappelijk onderzoek heeft de effectiviteit aangetoond) e-health zorg (blended care) worden ingezet. Hieronder verstaan wij een compleet behandeltraject dat onder verantwoor-

delijkheid van een zorgverlener is gestart en is afgerond. U volgt daarbij een behandeling via een online behandelmodule waarmee de behandeling niet alleen face-to-face plaatsvindt, maar ook mogelijk wordt gemaakt via digitaal contact.

Let op!

- Uw zorgverlener mag in principe maximaal 1 behandeltraject per diagnose(groep) bij ons in rekening brengen. In specifieke situaties kan een 2^e behandeltraject gbGGZ in 1 kalenderjaar worden gedeclareerd. U hebt dan een nieuwe verwijzing nodig en er moet sprake zijn van een nieuwe hulpvraag. Zie ook artikel 2.2. in het Reglement GGZ.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Van de gbGGZ zijn de belangrijkste uitgesloten vormen van zorg genoemd in het Reglement GGZ.

Voorwaarden

Algemeen

- Meer en nadere informatie over de voorwaarden dan hieronder vermeld, kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 2. Generalistische basis GGZ (gbGGZ).
- De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend zorgverlener of in een generalistische basis GGZ-instelling zonder dat sprake is van een opname.

Zorgverlener

- Elke zorgverlener heeft een door Zorginstituut Nederland (ZiNI) gepubliceerd Kwaliteitsstatuut GGZ opgesteld dat minimaal gelijk is aan het Model Kwaliteitsstatuut GGZ en handelt daarnaar. Voor psychologen in loondienst dient de instelling voor dit kwaliteitsstatuut te zorgen.
- De regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de zorg.
- Bij vrijgevestigde zorgverleners is de regiebehandelaar een klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut of GZ-psycholoog.
- Binnen een instelling is de regiebehandelaar een klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts (KNMG), klinisch geriater of verpleegkundig specialist GGZ.
- Voor verzekerden die de behandeling zijn gestart onder de Jeugdwet, en waarvan de behandeling doorloopt bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd, kan ook een kinder- en jeugdpsycholoog of een orthopedagoog generalist

de regiebehandelaar zijn. Deze uitzondering is alleen van toepassing op de eerste prestatie in de gbGGZ die aansluitend wordt geopend na het bereiken van de 18-jarige leeftijd.

Verwijzing

U bent vóór aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, een bedrijfsarts, een spoedeisende hulp (SEH)-arts, een medisch specialist, regiebehandelaar gespecialiseerde GGZ of straatdokter (arts voor dak- en thuislozen).

De nadere voorwaarden en uitzonderingen met betrekking tot de verwijzing kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 2.2.

Behandelvoorstel

Zie Reglement GGZ, artikel 2.2.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.19.2. GGZ gespecialiseerd zonder opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat gespecialiseerde GGZ (gGGZ) voor verzekerden vanaf 18 jaar.

Onder deze gGGZ verstaan wij;

- diagnostiek (het vaststellen van de aandoening) gevolgd door
- gespecialiseerde behandeling van (zeer) complexe (ingewikkelde) psychische aandoeningen.

Als onderdeel van deze zorg kan ook evidence based (wetenschappelijk onderzoek heeft de effectiviteit aangetoond) e-health zorg (blended care) worden ingezet. Hieronder verstaan wij een compleet behandeltraject dat onder verantwoordelijkheid van een zorgverlener is gestart en is afgerond. U volgt daarbij een behandeling via een online behandelmodule waarmee de behandeling niet alleen face-to-face plaatsvindt, maar ook mogelijk wordt gemaakt via digitaal contact.

De tijdsduur van de behandeling inclusief langdurige opname in de gGGZ is omschreven in het Reglement GGZ.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Van de gGGZ zijn de belangrijkste uitgesloten

vormen van zorg genoemd in het Reglement GGZ.

Voorwaarden

Algemeen

- Meer informatie over de voorwaarden dan hieronder vermeld, kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 3. Gespecialiseerde GGZ (gGGZ) algemeen.
- De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend vrijgevestigde zorgverlener of in een in Nederland toegelaten instelling conform de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) of de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) zijnde een instelling voor gespecialiseerde GGZ.

Zorgverlener

- Elke zorgverlener heeft een door Zorginstituut Nederland (ZiNI) gepubliceerd Kwaliteitsstatuut GGZ opgesteld dat minimaal gelijk is aan het Model Kwaliteitsstatuut GGZ en handelt daarvoor. Voor psychologen in loondienst dient de instelling voor dit kwaliteitsstatuut te zorgen.
- De regiebehandelaar verleent de zorg.
- Binnen een instelling is de regiebehandelaar een psychiater of een klinisch psycholoog. Bij specifieke zorgvragen en als het passend is bij de aandoening kan de regiebehandelaar ook een verslavingsarts (KNMG), specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater, psychotherapeut, klinisch neuropsycholoog, verpleegkundig specialist GGZ of GZ-psycholoog zijn.
- Bij vrijgevestigde zorgverleners is de regiebehandelaar een klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut of psychiater.
- Voor verzekerden die de behandeling zijn gestart onder de Jeugdwet, en waarvan de behandeling doorloopt bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd, kan ook een kinder- en jeugdpsycholoog of een orthopedagoog generalist de regiebehandelaar zijn. Deze uitzondering is alleen van toepassing op de eerste prestatie in de gGGZ die aansluitend wordt geopend na het bereiken van de 18-jarige leeftijd.

Verwijzing

U bent vóór aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, bedrijfsarts, een spoedeisende hulp (SEH)-arts, medisch specialist, regiebehandelaar generalistische basis GGZ (gbGGZ) of straatdokter (arts voor dak- en thuislozen). De nadere voorwaarden en uitzonderingen met betrekking tot de verwijzing kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 3.2.

Behandelaarsvoorstel

Zie Reglement GGZ, artikel 3.2.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.19.3. GGZ gespecialiseerd met opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor medisch noodzakelijke opname in verband met gespecialiseerde GGZ gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 (3 x 365) dagen. Extra voorwaarden over opname en vergoeding daarvan kunt u vinden in het Reglement GGZ.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze vergoeding wordt verrekend met het eigen risico.

Voorwaarden

Zie artikel B.19.2. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- Meer en nadere informatie over de voorwaarden dan hieronder vermeld, kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 3. Gespecialiseerde GGZ (gGGZ) algemeen en artikel 4. gGGZ met opname.
- De zorg vindt plaats in een in Nederland toegelaten instelling conform de WTZi of de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) zijnde:
 - een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis voor zorg onder de Zorgverzekeringswet (Zvw);
 - een instelling voor gespecialiseerde GGZ voor zorg onder de Zvw en/of de Wet langdurige zorg (Wlz).

Zorgverlener

- De psychiater of klinisch psycholoog is eindverantwoordelijk voor de zorg.
- De regiebehandelaar is in beginsel een psychiater of klinisch psycholoog. Daarnaast mag de zorg ook worden geleverd door de volgende regiebehandelaren: de verslavingsarts (KNMG), specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater, psychotherapeut, klinisch neuropsycholoog, verpleegkundig specialist GGZ en de GZ-psycholoog, volgens de voorwaarden van het Kwaliteitsstatuut GGZ.

Akkoordverklaring

- De voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener beoordeelt namens ons of uw aandoening valt onder de zorg waarvoor u verzekerd bent. Een akkoordverklaring van ons is dan niet no-