



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam  
Zaak : Geneeskundige zorg, gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ), verslavingszorg, stand wetenschap en praktijk, gelijkheidsbeginsel  
Zaaknummer : 201501851  
Zittingsdatum : 11 mei 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,  
tegen

OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Standaard afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een behandeling door RoderSana in het kader van verslavingszorg, alsmede van het verblijf aldaar (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 11 april 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de zorgaanbieder medegedeeld dat het verzoek tot afgifte van een machtiging is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 20 juni, 12 december en 18 december 2014 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 brief van 12 november 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 februari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 februari 2016 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 februari 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 april 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 9 februari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 14 maart 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016018188) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten, omdat niet zonder meer vaststaat dat verzoekster niet in aanmerking komt voor het gevraagde. De behandeling dient te bestaan uit effectieve onderdelen, maar bij een behandeling kan het voorkomen dat niet alle in een richtlijn genoemde behandelonderdelen worden toegepast. Noch uit de offerte van RoderSana, noch uit de bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediende nota van RoderSana is op te maken welke behandeling is gegeven. Omdat de behandeling zowel ambulante als klinische kan plaatsvinden, moet worden vastgesteld of klinisch verblijf in verband met de geneeskundige zorg in dit geval was aangewezen. Klinische behandeling is alleen geïndiceerd bij ernstige medisch/psychische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid. Er wordt niet vermeld dat verzoekster geen baat had van eerdere behandelingen of niet in staat was te profiteren van minder intensieve behandelprogramma's. Evenmin is duidelijk of sprake was van een risico op onderbehandeling in een minder intensieve setting. Het Zorginstituut concludeert dat op basis van het dossier niet blijkt dat verzoekster op het moment van opname een indicatie had voor intramurale behandeling van haar verslaving. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 16 maart 2016 aan partijen gezonden, waarbij is medegedeeld dat de commissie de suggestie van de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten niet zal overnemen, omdat door verzoekster reeds is verklaard dat de zorgaanbieder niet bereid is zich uit te laten over de onderhavige kwestie.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 mei 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut. Tijdens de zitting zijn partijen overeengekomen dat de ziektekostenverzekeraar, met een machtiging daartoe van verzoekster, Skils B.V. - de rechtsopvolger van RoderSana - zal verzoeken nadere informatie over te leggen over de onderhavige behandeling.
- 3.10. Bij e-mailbericht van 27 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bericht dat nergens uit blijkt dat Skils B.V. de rechtsopvolger is van Rodersana Zorg B.V.. De commissie heeft verzoekster hierop gevraagd stukken over te leggen ter onderbouwing van haar stelling. Verzoekster heeft de gevraagde stukken op 4 juli 2016 per e-mail aan de commissie gezonden. Hierin is tevens vermeld dat dezelfde stukken aan de ziektekostenverzekeraar zijn gestuurd. Op 14 juli 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie een afschrift gezonden van de brief die hij op 12 juli 2016 heeft verstuurd aan Skils B.V.. Bij e-mailbericht van 1 augustus 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie medegedeeld dat het hem niet is gelukt nadere informatie te verkrijgen van Rodersana Zorg B.V. of Skils B.V.. Een afschrift van de appelbrief, gericht aan Skils B.V., van die zelfde datum is overgelegd. Aangezien een reactie van Skils B.V. uitbleef, heeft de commissie op 17 augustus 2016 besloten de procedure voort te zetten naar de stand van dat moment.
- 3.11. Bij brief van 18 augustus 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 25 augustus 2016 de commissie medegedeeld dat op basis van het dossier niet is komen vast te staan waaruit de behandeling heeft bestaan en evenmin dat er op het moment van opname een indicatie was voor intramurale behandeling van de verslaving. Het Zorginstituut adviseert daarom tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift van dit advies is op 26 augustus 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft

op 1 september 2016 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

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

- 4.1. Verzoekster heeft op 2 april 2014 een behandelovereenkomst gesloten met RoderSana. De behandeling bestond uit opname en verblijf in het resort van RoderSana. In de behandelovereenkomst is vermeld dat de behandeling onder de aanspraken op grond van de zorgverzekering valt. Voorts is hierin vermeld dat de ziektekostenverzekeraar geen overeenkomst heeft met RoderSana, en dat daarom de kosten slechts gedeeltelijk worden vergoed. Door RoderSana is aan verzoekster medegedeeld dat de voor het verblijf verschuldigde eigen bijdrage (€ 5.000,-) niet voor vergoeding in aanmerking komt. Een medewerker van RoderSana heeft, nadat de behandeling was aangevangen, de ziektekostenverzekeraar verzocht om een machtiging voor deze behandeling. Deze aanvraag is bij e-mailbericht van 11 april 2014 afgewezen.
- 4.2. Eén van de redenen voor de afwijzing is volgens de ziektekostenverzekeraar dat RoderSana een eigen bijdrage vraagt van zijn patiënten, die niet optioneel is, waardoor de patiënt geen keuze krijgt ten aanzien van de betaling voor faciliteiten. Verzoekster wijst erop dat de toenmalige Minister van VWS naar aanleiding van Kamervragen op 31 mei 2007 heeft geantwoord dat het vragen van een eigen bijdrage is toegestaan voor zover het de verblijfskosten in een hotel betreft. Hierbij is vermeld dat RoderSana binnen de wettelijke kaders handelt.
- 4.3. Een andere reden voor de afwijzing is volgens de ziektekostenverzekeraar dat de onderhavige behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en dat op onderdelen geen sprake is van verzekerde zorg/geneeskundige GGZ. De behandeling zou volgens de ziektekostenverzekeraar niet overeenstemmen met de zorg die door de beroepsgroep wordt gerekend tot het aanvaarde arsenaal van zorg, en de zorg wordt niet geleverd op een wijze die de beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. Het is verzoekster niet duidelijk waarop de ziektekostenverzekeraar deze standpunten baseert. Verzoekster merkt verder op dat alle andere verzekeraars een overeenkomst hebben gesloten met RoderSana, zodat discussies als deze door verzekerden van die verzekeraars niet hoeven te worden gevoerd.
- 4.4. Verzoekster heeft de zorgaanbieder bij herhaling verzocht te reageren op de door de ziektekostenverzekeraar geponeerde stellingen. Op 3 juni 2014 is echter het faillissement uitgesproken van RoderSana Holding B.V., RoderSana Hotel B.V., RoderSana Zorg B.V. en RoderSana Vastgoed B.V.. De activiteiten zijn vervolgens overgenomen door Skils B.V., maar dit bedrijf is niet bereid gebleken zich tegenover verzoekster uit te laten over de onderhavige kwestie.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aan drie andere verzekerden de kosten van de behandeling door RoderSana wél vergoed. Dat deze verzekerden volgens de ziektekostenverzekeraar een ambulante behandeling hebben ondergaan, terwijl verzoekster heeft verbleven in het RoderSana Zorghotel, is hierbij niet relevant. Immers, of de hulp ambulant dan wel klinisch is verleend, verandert op zich niets aan de geleverde zorg, en of wordt voldaan aan de stand van het criterium van de wetenschap en praktijk. Hierbij merkt verzoekster op dat wat betreft de opname geen sprake was van een eigen keuze, maar een dringend advies van haar huisarts.
- 4.6. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft RoderSana aan verzoekster medegedeeld dat zij het risico liep dat de behandeling niet zou worden vergoed. Deze stelling is echter volstrekt onjuist. Door RoderSana is nimmer aan verzoekster medegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar iedere vergoeding van de behandeling zou kunnen weigeren. In de aan verzoekster verstrekte offerte is zelfs vermeld welke vergoeding zij van de ziektekostenverzekeraar zou kunnen verwachten.
- 4.7. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat tijdens het eerste contact met RoderSana is kenbaar gemaakt dat er geen contract is met de ziektekostenverzekeraar, maar dat er

wel een substantieel bedrag zou worden vergoed. Dit is gemeld in maart. Verzoekster heeft op 15 augustus 2014 een brief van RoderSana gekregen. In overleg met de curator in het faillissement is overgegaan tot declaratie. Skils B.V. is belast met de facturatie.

Met betrekking tot de producties die de ziektekostenverzekeraar heeft overgelegd, merkt verzoekster op, dat de producties 1, 2 en 3 haar niet bekend zijn.

Het Zorginstituut adviseert nader onderzoek. Skils B.V. hult zich echter in stilzwijgen, en daarom zou het goed zijn als de ziektekostenverzekeraar dit onderzoek uitvoert. Het kan niet zo zijn dat op basis van de huidige informatie in het geheel geen vergoeding wordt verleend.

Verzoekster heeft de factuur ontvangen via Skils B.V. en deze opgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar. Op de factuur staat wat er is gebeurd. Het verblijf is separaat gefactureerd. Het gaat om een ambulante behandeling en een apart deel verblijf. Verzoekster meent dat de vergoeding van de nota niet kan worden afgewezen enkel op de grond dat de nota onvoldoende is gespecificeerd. In de offerte zijn de behandeling genoemd, het verblijf en het bedrag. Verzoekster vraagt zich af wat hieraan verder moet worden toegevoegd. Als RoderSana nog zou bestaan, zou openheid van zaken kunnen worden gegeven, maar dat kan nu niet. Verzoekster heeft contact gezocht met diverse behandelaars bij RoderSana, maar zij reageren niet.

Daarnaar gevraagd, verklaart verzoekster dat zij alle kosten heeft betaald aan RoderSana, inclusief de eigen bijdrage.

Verzoekster is bereid mee te werken aan een gezamenlijke poging om de benodigde informatie te verkrijgen van RoderSana c.q. Skils B.V.. Zij zal de ziektekostenverzekeraar een machtiging sturen voor het opvragen van deze gegevens.

4.8. Bij brief van 1 september 2016 heeft verzoekster gereageerd op het definitief advies van het Zorginstituut van 25 augustus 2016. Verzoekster herhaalt dat de door het Zorginstituut gestelde onvolledige specificatie van de behandeling haar niet kan worden tegengeworpen. Voorts vraagt zij nogmaals aandacht voor het feit dat andere verzekerden van de ziektekostenverzekeraar wel een vergoeding hebben ontvangen voor de behandeling in RoderSana. Het ligt op de weg van de ziektekostenverzekeraar te onderbouwen waarom in die gevallen de kosten wel zijn vergoed. Tot slot meent verzoekster dat aanleiding bestaat voor een onverplichte vergoeding, aangezien zij tussen de wal en het schip is gekomen en RoderSana haar niet heeft geïnformeerd over het feit dat de behandeling in het geheel niet zou worden vergoed. In ieder geval zou een gedeeltelijke vergoeding zijn aangewezen.

4.9. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

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

5.1. De door RoderSana geleverde zorg voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk, daarom bestaat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak op vergoeding van deze zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft bij deze beoordeling gebruik gemaakt van de multidisciplinaire richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van alcohol 2009'. De behandeling zoals deze door RoderSana wordt gegeven, volgt niet de aanbevelingen van deze richtlijn. Het behandelplan bevat zelfs interventies (te weten: psychotherapie en mindfulness) die door het Zorginstituut op de negatieve lijst 'Dynamisch overzicht van psychologische interventies binnen de GGZ die niet voldoen aan de stand der wetenschap en praktijk' is geplaatst. Daarnaast ontbreken in het behandelplan een aantal interventies die worden genoemd in de multidisciplinaire richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van alcohol', te weten: sociale vaardigheidstraining, zelfcontroletraining, partnerrelatietherapie, voorkeur groepsbenadering in plaats van individueel, en het informeren over zelfhulpgroepen. Hierbij wordt opgemerkt dat op inzicht gerichte therapie zelfs wordt afgeraden in deze richtlijn. Dit betekent dat de behandeling geen zorg is zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De behandeling valt daarmee niet onder de omvang van de te verzekeren prestaties in het kader van de Zvw en mag dan ook niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.

5.2. Uit het behandelplan blijkt niet wat de reden is voor de klinische behandeling van verzoekster. In de richtlijn staat hierover het volgende: *"Klinische behandeling dient uitsluitend aangeboden te worden aan personen met ernstige medisch/psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een*

*ernstige vorm van afhankelijkheid.*" De ernst van de problematiek van verzoekster blijkt niet uit de aanvraag.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in 2014 inderdaad aan drie verzekerden inderdaad een vergoeding verstrekt voor door RoderSana geleverde zorg. De ziektekostenverzekeraar kan niet mededelen waarom in deze situaties is geoordeeld dat de betreffende behandelingen wél voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, maar tekent aan dat de betrokken verzekerden - anders dan verzoekster - een ambulante behandeling hebben ondergaan. Van een situatie die gelijk is aan die van verzoekster is derhalve geen sprake.
- 5.4. Ten aanzien van de aan de zorgaanbieder verschuldigde eigen bijdrage merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het een zorgaanbieder - indien sprake is van verzekerde zorg - slechts is toegestaan een eigen bijdrage te vragen indien en voor zover dit bij of krachtens de Zvw is bepaald. In de artikelen 2.16a tot en met 2.16f Bzv is limitatief bepaald in welke gevallen de verzekerde een eigen bijdrage is verschuldigd.  
In de offerte van RoderSana van 25 maart 2013 staat vermeld dat een verzekerde voor verblijf een eigen bijdrage is verschuldigd van € 5.000,-- en voor een ambulante behandeling € 30,--.  
De eigen bijdrage wordt volgens de behandelovereenkomst in rekening gebracht voor de extra (luxe) faciliteiten waarvan de verzekerde gebruik maakt tijdens het verblijf. De eigen bijdrage wordt dus niet berekend voor de verblijfskosten in een hotel. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij nog op dat hem niet bekend is waarom een eigen bijdrage wordt berekend voor een ambulante behandeling.
- 5.5. Verzoekster heeft een restitutiepolis en is derhalve vrij in de keuze van haar zorgaanbieders. Echter, voor 'verblijf' heeft de ziektekostenverzekeraar een beperking opgenomen in de polisvoorwaarden, namelijk dat voorafgaand een machtiging moet worden aangevraagd. Verzoekster heeft evenwel pas een machtiging aangevraagd, nadat de behandeling met verblijf was aangevangen.
- 5.6. Op 3 april 2014 heeft RoderSana per e-mail aan de adviserend geneeskundige van de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat verzoekster op de hoogte is van het risico dat de kosten van de behandeling niet worden vergoed door de ziektekostenverzekeraar.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat RoderSana op 3 juni 2014 failliet is verklaard. Verzoekster heeft bij haar brief van 30 juni 2015 een nota gevoegd van RoderSana van 30 juli 2014. RoderSana was echter met ingang van 3 juni 2014 niet langer beschikkingsbevoegd en kon vanaf dat moment zelfstandig geen rechtshandelingen meer verrichten. Het bevreemdt de ziektekostenverzekeraar dan ook dat de curator van RoderSana geen contact met hem heeft opgenomen in verband met de vermeende vordering, aangezien de betreffende nota is gericht aan de ziektekostenverzekeraar en niet aan verzoekster.
- 5.8. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat voor een klinische behandeling een machtiging moet worden gevraagd met een beschrijving van de behandeling en de reden van opname. Bij de aanvraag van de machtiging was een behandelplan gevoegd. Hierop zijn activiteiten vermeld die geen verzekerde zorg zijn. Bijvoorbeeld de mindfulness.  
Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding afgewezen. Verblijf wordt altijd apart vermeld, maar het gaat om één behandeltraject. RoderSana heeft verklaard dat een kopie van het e-mailbericht is gestuurd naar de partner van verzoekster.  
Als RoderSana aan de verzekerde heeft medegedeeld dat er een vergoeding zou volgen, is dit niet de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar.  
De factuur van de onderhavige behandeling is niet eerder ontvangen door de ziektekostenverzekeraar. Op de factuur wordt een compleet behandeltraject opgevoerd. Als onderdelen niet zijn verzekerd, is het aan de aanbieder van de zorg om dit te splitsen.  
In de offerte wordt vermeld dat het een klinische behandeling betreft. Dat een deel van de zorg ambulant zou zijn verleend, doet hier niet aan af.  
Op de factuur staat zowel verzekerde als onverzekerde zorg vermeld. De factuur is onvoldoende gespecificeerd. Er wordt niet vermeld waaraan de tijd is besteed.

De ziektekostenverzekeraar is bereid te betalen voor zover het gaat om verzekerde zorg. Tevens is hij bereid mee te werken aan een gezamenlijke poging om de hiertoe benodigde informatie te verkrijgen van RoderSana c.q. Skills B.V..

5.9. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 14 van de zorgverzekering en 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van de behandeling door RoderSana en het verblijf aldaar, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 15 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 36 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“Wij onderscheiden:*

- *Gespecialiseerde GGZ zonder verblijf (zie lid 1);*
- *Gespecialiseerde GGZ met verblijf (zie lid 2).*

**lid 1 Gespecialiseerde GGZ zonder verblijf**

**lid 1.1 Te vergoeden zorgkosten**

*Wij vergoeden:*

- de gespecialiseerde GGZ zonder verblijf;*
- de verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.*

**lid 1.2 Voorwaarden**

Algemeen

*Het gaat om gespecialiseerde GGZ zoals psychiaters, zenuwartsen en klinisch psychologen die plegen te bieden, zonder dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) plaatsvindt. De zorg is gericht op de behandeling van een psychische stoornis/aandoening, dan wel op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis. Onder deze gespecialiseerde GGZ verstaan wij diagnostiek (het vaststellen van de stoornis) en specialistische behandeling van complexe psychische stoornissen.*

(...)

## **lid 2 Gespecialiseerde Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) met verblijf**

### **lid 2.1 Te vergoeden zorgkosten**

Wij vergoeden voor maximaal 365 dagen:

- a. de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf;
- b. de verpleging en verzorging die bij de behandeling horen tijdens het verblijf;
- c. de paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen tijdens het verblijf.

Na deze 365 dagen kunt u op grond van de AWBZ nog recht hebben op deze zorg. Voor de telling van de 365 dagen wordt verwezen naar artikel 17 lid 2.1.1.

### **lid 2.2 Voorwaarden**

Algemeen

Het gaat om gespecialiseerde GGZ zoals psychiaters, zenuwartsen en klinisch psychologen die plegen te bieden, in combinatie met opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). De opname is noodzakelijk in het kader van de behandeling. De zorg is gericht op de behandeling van een psychische stoornis/aandoening, dan wel op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis. Onder deze gespecialiseerde GGZ verstaan wij diagnostiek (het vaststellen van de stoornis) en specialistische behandeling van ingewikkelde (complexe) psychische stoornissen.  
(...)"

- 8.4. In artikel 2 lid 5 van de zorgverzekering is de inhoud en omvang van de zorg omschreven. Dit artikel luidt:

*"In deze polisvoorwaarden staat voor welke behandelingen u recht heeft op vergoeding. De inhoud en omvang van deze 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. U heeft recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen; dit wordt mede bepaald op basis van doelmatigheid en doeltreffendheid. Daarnaast mag de zorg of dienst niet onnodig kostbaar en/of onnodig gecompliceerd zijn. Onder de zorg en overige diensten vallen 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 vier jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten."*

- 8.5. De artikelen 2 lid 5 en 36 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Artikel 11 lid 1 onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg, waartoe ook de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg behoort, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Verblijf is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv. Artikel 2.1 lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden 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.



- 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.  
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat de onderhavige behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is zoals bedoeld in artikel 2 lid 5 van de zorgverzekering. Te dien aanzien overweegt de commissie dat – anders dan verzoekster stelt – uit de overgelegde stukken niet kan worden afgeleid welke behandeling precies heeft plaatsgevonden. Dat in andere gevallen door de ziektekostenverzekeraar wél een vergoeding is verleend, zou er op kunnen wijzen dat dit toentertijd door hem anders is beoordeeld, maar of dit zo is kan alleen worden vastgesteld indien het inderdaad een identieke behandeling betreft, en daartoe ontbreekt de noodzakelijke informatie. Dit laatste geldt evenzeer voor het criterium ‘plegen te bieden’, waar de ziektekostenverzekeraar naar verwijst, en welk criterium is opgenomen in artikel 36 lid 2.2 van de zorgverzekering.  
Ter zitting is tussen partijen overeengekomen dat – nadat verzoekster dit tevergeefs had gepoogd - de ziektekostenverzekeraar zou trachten informatie over de uitgevoerde behandeling boven tafel te krijgen bij de rechtsopvolger van RoderSana, en dat verzoekster hieraan haar medewerking zou verlenen door afgifte van de daartoe noodzakelijke machtiging. Geconstateerd moet worden dat de gevraagde informatie, ondanks dat hierom door de ziektekostenverzekeraar bij herhaling is verzocht, niet is verkregen. Vast staat dat verzoekster heeft gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgverlener. Het niet beschikbaar komen van informatie waarvan het op de weg van verzoekster ligt om deze aan de ziektekostenverzekeraar ter beschikking te stellen komt in de gegeven omstandigheden voor risico van verzoekster. Dit betekent dat onvoldoende is komen vast te staan dat sprake is van verzekerde zorg. De aanvraag van verzoekster werd dan ook terecht afgewezen.
- 9.2. Ten aanzien van de derde afwijsggrond, te weten het ontbreken van een (verzekerings)indicatie voor klinische behandeling, wordt ten overvloede het volgende overwogen. Klinische behandeling is alleen geïndiceerd bij ernstige medisch/psychische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid. Het Zorginstituut merkt op dat niet wordt vermeld dat verzoekster geen baat had van eerdere behandelingen of niet in staat was te profiteren van minder intensieve behandelprogramma's. Evenmin is duidelijk of er sprake was van risico op onderbehandeling in een minder intensieve setting. Het Zorginstituut concludeert dat niet is gebleken van een (verzekerings)indicatie voor intramurale behandeling van de verslaving op het moment van de opname en adviseert om die reden tot afwijzing van het verzoek.
- 9.3. Door verzoekster is gesteld dat zij dan in ieder geval aanspraak heeft op een gedeeltelijke vergoeding. Dit standpunt wordt niet gevolgd. Aangezien het hier geen verzekerde zorg betreft, en bovendien volgens het Zorginstituut een (verzekerings)indicatie ontbreekt, bestaat geen aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten tot het verlenen van een – gedeeltelijke – vergoeding. Dit zou immers een vorm van substitutie zijn en de zorgverzekering voorziet niet in die mogelijkheid.

### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

### Gelijkheidsbeginsel

- 9.5. Zoals hiervoor al werd opgemerkt, is door verzoekster aangevoerd dat in drie andere gevallen – het betreft hierbij patiënten die eveneens zijn verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar – wel vergoeding is verleend voor de kosten van de behandeling in RoderSana. Aangenomen dat het in die gevallen verzekerde en geïndiceerde zorg betrof, is door de ziektekostenverzekeraar gesteld, en door verzoekster niet gemotiveerd bestreden, dat het ging om personen die een ambulante behandeling bij RoderSana hebben gevolgd. De commissie concludeert dat, aangezien bij verzoekster een klinische behandeling aan de orde was, haar situatie reeds daarom niet vergelijkbaar is met die van de drie andere verzekerden en dat haar stelling om die reden moet worden verworpen.

### Verstreckte informatie

- 9.6. Verzoekster beroept zich voorts erop dat de zorgaanbieder in de offerte heeft vermeld welke vergoeding zij zou kunnen verwachten van de ziektekostenverzekeraar. Daarnaast stelt zij dat zij niet - zoals door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd - door RoderSana is geïnformeerd over het (eventueel) niet vergoeden van de kosten door de ziektekostenverzekeraar. De commissie leidt evenwel uit het e-mailbericht van 3 april 2014 van RoderSana af dat verzoekster wel op de hoogte is van de aanvraag en van het risico van het niet vergoeden van de behandeling door de ziektekostenverzekeraar, en ziet, zonder nader door verzoekster aan te voeren redenen - die ontbreken - geen reden om aan de juistheid van de mededeling van RoderSana in het bewuste e-mailbericht te twijfelen. Zo verzoekster, zoals zij stelt, door RoderSana niet is geïnformeerd, is dit niet een omstandigheid die voor rekening van de ziektekostenverzekeraar komt. Mogelijk zijn door de inhoud van de offerte bij verzoekster bepaalde verwachtingen gewekt, doch dit kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen, aangezien deze hierbij niet betrokken is geweest. Tevens staat vast dat ten tijde van de aanvraag en de behandeling tussen de ziektekostenverzekeraar en RoderSana geen overeenkomst bestond. Door verzoekster zijn geen omstandigheden gesteld die tot een ander oordeel zouden kunnen leiden. Het beroep van verzoekster op de door RoderSana verstreckte informatie brengt dan ook niet mee dat de ziektekostenverzekeraar (alsnog) de aanspraak zou moeten honoreren. Dit geldt evenzeer ten aanzien van hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd.

### Conclusie

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

Zeist, 14 september 2016,

A.I.M. van Mierlo