



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E en F beide te G
Zaak : Curaçao, geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg, klinische opname in Jellinek
Retreat, indicatie
Zaaknummer : 201302797
Zittingsdatum : 25 juni 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te D,
tegen

- 1) E te G en
- 2) F te G hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV [naam ziektekostenverzekeraar] Extra Uitgebreed en AV [naam ziektekostenverzekeraar] Tandengaaf 250 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een klinische opname in verband met alcoholverslaving, uitgevoerd te Westpunt, Curaçao (hierna: de aanspraak). Bij brief van 1 mei 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 7 augustus 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 14 februari 2014 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 april 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 april 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 28 april 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 14 april 2014 heeft de commissie Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 14 mei 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014051948) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen indicatie had voor intramurale behandeling van zijn verslaving. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 juni 2014 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 26 juni 2014 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 7 juli 2014 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht, waarbij de conclusie is dat het verzoek moet worden afgewezen omdat bij verzoeker geen indicatie bestond voor klinische behandeling van zijn verslaving. Een afschrift van dit advies is op 8 juli 2014 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 21 juli 2014 op het advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De huisarts heeft ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: *"[Verzoeker] verwees ik naar gespecialiseerde verslavingszorg in verband met een langdurig gebruik van alcohol. Gezien de duur van het gebruik en de ernst van de verstoring van zijn sociale leven hebben we in de voorafgaande gesprekken gesproken over de mogelijke noodzaak van een ontgiftingsopname met klinische nabehandeling (Curaçao, Minnesotamodel?). Patiënt bezoek[t] zelden ons spreekuur. De problemen van zijn verslaving zijn pas in beeld gekomen in de tijd dat zijn partner na een kort en hevig(...) ziekbed overleed afgelopen september".*
- 4.2. Verzoeker is opgenomen in Jellinek Retreat vanwege depressieve klachten en overmatig gebruik van alcohol gedurende een aantal jaren, hetgeen is toegenomen na het overlijden van zijn vrouw. Hij heeft zes weken lang, van 16 juli tot en met 27 augustus 2012, deelgenomen aan groepspsychotherapie, individuele psychotherapie, en lichaamsgerichte therapieën zoals bewegingstherapie en relaxatietherapie. Hij is in deze periode abtinent geweest van alcohol. Verzoeker heeft inzicht gekregen in de functie van zijn alcoholgebruik en de onderliggende problematiek, heeft door middel van lichaamsgerichte therapieën een betere gezondheid en conditie gekregen, en in de individuele therapie is een aantal thema's uitgebreid besproken om te komen tot ideeën en gedachten over mogelijkheden ten aanzien van de toekomst.
- 4.3. Bij verzoeker bestond een ernstige verslaving, hetgeen een medische indicatie voor opname is. Zijn BAC-score en het al dan niet aanwezig zijn van insulten, delier en dergelijke brengen hierin geen verandering. Ook is geen sprake van een 'slechte' sociale integratie dan wel een 'ernstige' psychiatrische comorbiditeit. De problemen in de thuissituatie zijn echter wel complicerende factoren die de gecombineerde behandeling intensiever en langer maken (zes weken in plaats van de gemiddelde vier weken).
- 4.4. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar in ieder geval dient over te gaan tot vergoeding van de zorg als ware deze ambulant verleend. Dit komt neer op een bedrag van totaal € 14.415,--. Genoemd bedrag is af te leiden uit de nota, waarbij al is uitgegaan van een splitsing tussen de behandeling en de opname. Er is derhalve geen sprake van substitutie van zorg.

4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het in de eerste plaats gaat om de doelmatigheid van de zorg. Zou het oordeel zijn dat deze wijze van behandeling niet doelmatig is, dan blijft staan dat behandeling wel was geïndiceerd. Een lagere vergoeding zou dan bespreekbaar moeten zijn. De ziektekostenverzekeraar voert weliswaar aan dat er geen kosten kunnen worden vergoed die niet zijn gemaakt, maar gaat daarmee voorbij aan de tariefsystematiek. Binnen de DBC's worden immers ook behandelminuten en kosten voor verblijf en veiligheid onderscheiden. Andere verzekeraars vergoeden de behandelminuten wel. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat het advies van het Zorginstituut niet goed is onderbouwd.

4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag getoetst aan de multidisciplinaire richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van Alcohol' en is tot de conclusie gekomen dat sprake was van een aandoening waarvoor behandeling wenselijk was. Uit het intakeverslag blijkt echter tevens dat geen aanleiding bestond voor een klinische behandeling en ook niet voor een klinische detoxbehandeling. Klinische behandeling dient uitsluitend te worden aangeboden aan personen met ernstige medische/psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid. Bij verzoeker is geen sprake van ernstige medische/psychiatrische comorbiditeit. Er zijn weliswaar depressieve klachten, maar geen ernstige depressieve klachten. De DSM IV classificatie die door de behandelaar wordt gegeven is 296.22. Dit staat voor "depressieve stoornis, eenmalige episode, matig". Verder is geen sprake van sociale desintegratie. Tot slot was de gemeten BAC-score 0,24. In de richtlijn staat dat intramurale detoxificatie is aangewezen bij een hoge BAC-score (>1,5).

5.2. In de onderhavige situatie is voorts geen ruimte voor een vergoeding voor ambulante zorg. Verzoeker heeft immers geen ambulante behandeling ondergaan, maar een klinische behandeling. Het vergoeden van ambulante zorg valt daarmee buiten de systematiek van de Zvw.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de behandeling niet vooraf is aangevraagd. Volgens de medisch adviseur is intramurale zorg in dit geval niet geïndiceerd. Ook als er geen indicatie bestaat, betekent dit niet dat er zonder meer recht bestaat op een zak geld. Er is geen extramurale zorg geleverd. De behandeling kan niet worden geknipt.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.21. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering en 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepols, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B.19.2.1. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van specialistische GGZ met opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"B.19.2.1. Specialistische GGZ met opname

B.19.2.1.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat specialistische geestelijke gezondheidszorg (specialistische 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). Onder deze specialistische geestelijke gezondheidszorg verstaan wij diagnostiek (het vaststellen van de aandoening) en specialistische behandeling van ingewikkelde (complexe) psychische aandoeningen.

De zorg omvat gedurende maximaal 365 dagen:

- de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf;*
- de verpleging en verzorging die erbij hoort;*
- de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of voedingsvoorlichting met medische noodzaak), geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen tijdens de opname. Na deze 365 dagen kunt u op grond van de AWBZ nog recht hebben op deze zorg.*

(...)

Eigen bijdrage bij opname

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een wettelijke eigen bijdrage van € 145,- per maand voor opname in verband met geneeskundige GGZ. Hierbij geldt dat:

- a. over de eerste 31 dagen van de opname geen eigen bijdrage wordt gerekend;*
- b. een onderbreking van de opname van maximaal 7 dagen niet wordt gezien als onderbreking, maar als doorlopende opname;*
- c. een onderbreking van maximaal 7 dagen niet mee telt in de berekening van de eerste 31 dagen zoals benoemd onder a.;*
- d. opnamedagen over een gedeelte van een maand naar rato worden berekend. (...)"*

- 8.4. Artikel B.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van kosten van zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"B.2.1. Wonen in Nederland en zorg in buitenland

Als u in Nederland woont, hebt u recht op (vergoeding van) verzekerde zorg door een zorgverlener buiten Nederland. (...)"

- 8.5. Artikel A.3.2. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

(...)

- d. u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn. (...)"*

- 8.6. De artikelen A.3.2. van 'Hoofdstuk A', B.2. en B.19.2.1. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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.
Specialistische GGZ is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 8.8. 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. Tussen partijen staat niet ter discussie of de specialistische GGZ-zorg die aan verzoeker is verleend een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag of verzoeker voor deze intramuraal verstrekte zorg een indicatie had. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 14 mei 2014, mede gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van Alcohol', dient klinische behandeling uitsluitend te worden aangeboden aan personen met ernstige medische en/of psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van middelenaafhankelijkheid. Volgens de medisch adviseur van het Zorginstituut was bij verzoeker geen indicatie aanwezig voor een intramurale behandeling van zijn verslaving. Verzoeker komt dan ook niet in aanmerking voor vergoeding van de kosten hiervan, ten laste van de zorgverzekering. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige behandeling, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden ingewilligd.

Vergoeding ambulante zorg

- 9.4. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij ten minste aanspraak heeft op het bedrag dat zou zijn vergoed indien de zorg ambulant was verleend. Hij verwijst in dat kader naar de nota, waarop een onderscheid is gemaakt tussen de zorg en het verblijf. Vast staat echter dat verzoeker klinisch is behandeld en dat hij voor deze behandeling geen (verzekerings)indicatie had. Dat op de nota een splitsing is gemaakt, brengt in deze feitelijke situatie geen verandering. Voorts is gesteld noch gebleken dat de ambulante en de klinische behandeling in intensiteit van behandeling vergelijkbaar zijn. Anders dan verzoeker stelt, is derhalve wél sprake van substitutie indien de ziektekostenverzekeraar een vergoeding zou verlenen voor ambulante zorg. Voor substitutie van zorg is in het kader van de zorgverzekering geen ruimte.

Conclusie

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 augustus 2014,



Voorzitter

