

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D  
Zaak : GGZ, behandeling met opname, hoogte vergoeding, niet-gecontracteerde zorgaanbieder, tijdig passende zorg  
Zaaknummer : 2011.02340  
Zittingsdatum : 8 februari 2012

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-Maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren polis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van haar behandeling met opname in GGZ-instelling U-center te Epen (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 10 november 2010 telefonisch medegedeeld deze kosten tot 75 percent van het marktconforme tarief te vergoeden.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 14 december 2010 en 21 januari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 10 oktober 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 december 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 december 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 december 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 15 december 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 4 januari 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2011134659) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van acute zorg en niet is gebleken dat niet-tijdig passende zorg bij een gecontracteerde zorginstelling was te verkrijgen. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 februari 2012 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 9 februari 2012 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en de ter zitting overgelegde emails gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 14 februari 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

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

- 4.1. Verzoekster lijdt twaalf jaar aan ernstige depressies. Zij heeft gedurende deze periode meerdere therapieën gevolgd. Ook heeft zij ongeveer acht jaar medicatie gebruikt. In juni 2010 is haar situatie dusdanig verslechterd dat haar toenmalige psycholoog en psychiater haar een intensievere behandeling hebben aangeraden. Zij achtten beiden een klinische behandeling noodzakelijk. Verzoekster heeft vervolgens drie gesprekken gevoerd in verband met de intake bij De Viersprong. Helaas bleek de wachttijd bij deze instelling ongeveer één jaar te bedragen. Verzoekster heeft hierop haar huisarts en psychiater verzocht te onderzoeken of er nog andere behandelmogelijkheden waren. Ook heeft zij zelf de nodige moeite gedaan om eerder behandeld te kunnen worden. Een familielid heeft haar uiteindelijk gewezen op de behandelmogelijkheid bij het U-center te Epen.
- 4.2. Na een telefonische intake en een adviesgesprek op 5 november 2010 bij het U-center is verzoekster medegedeeld dat zij daar op maandag 15 november 2010 terecht kon voor een behandeling met opname van zes weken. Het U-center heeft verzoekster erop gewezen dat de ziektekostenverzekeraar mogelijk niet alle kosten zou vergoeden, aangezien zij een naturapolis heeft. Het bedrag dat niet voor vergoeding in aanmerking komt zou echter nooit hoger dan € 7.000,-- zijn. Verzoekster heeft hierop op 8 november 2010 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Uiteindelijk is haar op 10 november 2010 telefonisch medegedeeld dat de kosten slechts tot 75 percent van het marktconforme tarief worden vergoed, omdat

het U-center niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd.

- 4.3. Verzoekster heeft haar uiterste best gedaan om tijdig passende zorg krijgen bij een gecontracteerde zorgverlener, maar dit is zonder resultaat gebleven. De ziektekostenverzekeraar stelt dat niet-gecontracteerde zorg slechts voor volledige vergoeding in aanmerking komt in geval van een levensbedreigende situatie. Dit laatste is bij verzoekster niet het geval. Voornoemde voorwaarde is echter niet opgenomen in de polisvoorwaarden. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch toegegeven dat de wachtlijsten voor GGZ-zorg enkele maanden bedragen. Verzoekster beroept zich voor de toepassing van het begrip 'tijdige en passende zorg' op het arrest van het Europese Hof van Justitie inzake Müller-Fauré en Van Riet.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster de mogelijkheid van wachtlijstbemiddeling heeft afgewezen. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar inderdaad medegedeeld dat hij zich de moeite hiervoor kon besparen, omdat zowel haar huisarts, haar psychiater als zijzelf al uitgebreid onderzoek hiernaar hadden gedaan. Verder onderzoek op dit punt had dan ook geen toegevoegde waarde. Bovendien had verzoekster al een behandelplek gevonden. Verzoekster ziet niet in op grond waarvan zij verplicht zou zijn op het aanbod tot wachtlijstbemiddeling in te gaan. Dit heeft geen enkele invloed op de vraag of het mogelijk was tijdig passende zorg bij een gecontracteerde zorgaanbieder te verkrijgen.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat de korting van 25 percent niet wordt toegepast indien er geen tijdig en passend zorgaanbod is of indien sprake is van een acute situatie. Verzoekster is zelf lang op zoek geweest naar een behandeling. Ook haar huisarts heeft gezocht. Zij kon echter nergens anders terecht. De problemen bestaan al vanaf haar zestiende. Zij heeft diverse behandeltrajecten gevolgd en het is dan ook moeilijk te verkroppen dat wordt gesteld dat de behandeling wel kon wachten. Verzoekster kon binnen een week bij het U-center terecht voor behandeling. Als zij gebruik had gemaakt van de zorgbemiddeling van de ziektekostenverzekeraar, had zij deze afspraak moeten laten lopen. Nu wordt haar tegengeworpen dat zij geen gebruik heeft gemaakt van de zorgbemiddeling. Verzoekster heeft ter zitting afschriften overgelegd van haar verzoek aan de heer Laps van De Viersprong om te bevestigen dat zij destijds telefonisch contact met hem heeft gehad, waarbij zij heeft gevraagd naar andere behandelmogelijkheden, en van het antwoord van de heer Laps. Hij bevestigt dat hij verzoekster destijds heeft gesproken over ondermeer alternatieven.  
Een afschrift van voornoemde email is op 8 februari 2012 ter kennisname naar de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoekster heeft een naturapolis en is daarom in beginsel aangewezen op zorg door gecontracteerde zorgverleners. De ziektekostenverzekeraar heeft geen overeenkomst gesloten met het U-center. Op grond van de polisvoorwaarden bestaat daarom aanspraak op vergoeding van 75 percent van het marktconforme tarief. De verlaging van de vergoeding vindt niet plaats indien (a) sprake is van acute zorg die niet kan worden uitgesteld, of (b) de benodigde zorg niet of niet tijdig verleend kan worden door een gecontracteerde zorginstelling. Wat tijdige zorg is, is afhankelijk van wat als

wachttijd medisch inhoudelijk verantwoord en algemeen maatschappelijk geaccepteerd is.

- 5.2. Indien een opname onmiddellijk dient plaats te vinden is dit altijd mogelijk. De crisisplaatsing loopt dan via de huisarts en de GGZ. Uit de verkregen informatie blijkt echter dat geen sprake was van acute zorg.
- 5.3. Niet is gebleken dat verzoekster de zorg niet tijdig kon verkrijgen bij een gecontracteerde zorginstelling. De afdeling Zorgservice heeft verzoekster aangeboden voor haar na te gaan of zij tijdig terecht kon bij een gecontracteerde zorginstelling. Verzoekster wilde hiervan geen gebruik maken. Volgens haar eigen zeggen, omdat zij in het U-center een plek had gevonden. Verzoekster is tijdens dit gesprek medegedeeld dat de vergoeding 75 percent zou bedragen. Verzoekster is uiteraard vrij in haar keuze hierin. Dit heeft echter wel als consequentie dat – nu niet is gebleken dat bij een gecontracteerde zorginstelling geen tijdige zorg mogelijk was – verzoekster slechts 75 percent van de kosten vergoed krijgt.
- 5.4. Ten aanzien van het beroep van verzoekster op het arrest van het Europese Hof van Justitie voert de ziektekostenverzekeraar aan dat de strekking van dit arrest in artikel 15.2.a van de polisvoorwaarden is weergegeven.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat verzoekster een naturapolis heeft en daarom in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft een zorgplicht en moet zorgen voor een voldoende zorginkoop. Als een verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, geldt een korting. Deze korting blijft achterwege bij acute zorg. Hierbij blijft de ziektekostenverzekeraar veelal buiten beeld, dit loopt bijvoorbeeld via de crisisopvang. Daarnaast worden de kosten volledig vergoed indien er geen tijdige en passende zorg is. Bij GGZ is dit vaak complex. Verzoekster heeft destijds kenbaar gemaakt dat zorgbemiddeling niet nodig was, omdat zij naar het U-center zou gaan.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op volledige vergoeding van de kosten van de opname en behandeling in het U-center ten laste van de zorgverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorg.

teerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 41.1 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op specialistische GGZ met opname bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

*“U hebt recht op opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) maximaal 365 dagen. (...)*

*41.1.3. Zorgverlener zonder overeenkomst*

*Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal 75 procent van het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.5. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.”*

8.3. In artikel 2.4 van de zorgverzekering is bepaald dat als een verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener, de vergoeding een percentage van de kosten bedraagt. De hoogte van dit percentage is afhankelijk van de zorg die is verleend.

8.4. In artikel 15.2 van de zorgverzekering is bepaald dat het lagere tarief niet van toepassing is bij zorg geleverd door een niet-gecontracteerde zorgverlener indien:

*“a. u de zorg die u nodig hebt niet of niet tijdig kunt krijgen bij een zorgverlener of zorginstelling met wie wij een overeenkomst hebben gesloten. Wat tijdige zorgverlening is, hangt ervan af wat als wachttijd medisch inhoudelijk verantwoord en algemeen maatschappelijk geaccepteerd is; of*

*b. u de zorg die u nodig hebt alleen op grote afstand van uw woonplaats kunt krijgen bij een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben gesloten; of*

*c. de zorg die u nodig hebt niet in uw nabijheid of woonplaats op een kwalitatief verantwoorde manier kan worden geboden.*

*(...)”*

8.5. In artikel 15.3 van de zorgverzekering is bepaald dat in geval van acute zorg, die niet kan worden uitgesteld, de kosten van de zorg – verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener - worden vergoed tot maximaal het marktconforme tarief.

8.6. In artikel 15.5 van de zorgverzekering is bepaald dat indien de zorg is verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener, terwijl tijdig passende zorg geleverd had kunnen worden door een gecontracteerde zorgverlener, de vergoeding met 25 percent wordt verlaagd. Hierbij wordt uitgegaan van het marktconforme tarief.

8.7. De artikelen 2.4, 15 en 41.1 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.8. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. De vergoeding van zorg geleverd door een niet-gecontracteerde zorgverlener in geval van een naturapolis, is geregeld in artikel 13, lid 1 Zvw.

8.9. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat op de onderhavige behandeling. Evenmin is in geschil dat verzoekster een indicatie heeft voor deze behandeling en dat de zorgverlener hiervoor niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. Hetgeen partijen verdeeld houdt is de hoogte van de vergoeding.

9.2. Op grond van artikel 41.1 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van specialistische GGZ-zorg met opname tot maximaal 75 procent van het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Op grond van artikel 15.2, sub a wordt het lagere tarief niet toegepast, indien de zorg niet of niet tijdig bij een gecontracteerde zorgverlener verkrijgbaar is. Voorts is niet gebleken dat in het geval van verzoekster sprake van acute zorg als bedoeld in artikel 15.3 van de zorgverzekering.

9.3. Het staat verzoekster vrij om om haar moverende redenen geen gebruik te maken van de door de ziektekostenverzekeraar geboden wachtlijstbemiddeling. Daardoor wordt de ziektekostenverzekeraar echter wel de redelijke kans ontnomen na te gaan of de benodigde zorg tijdig – en voor de ziektekostenverzekeraar voordeliger - door een gecontracteerde zorgverlener kan worden geleverd. Dat het verzoekster zelf (of haar toenmalige behandelaars) niet is gelukt tijdig een behandeling bij een gecontracteerde zorgverlener te starten, doet hieraan niet af. De bewijslast dat zich een van de uitzonderingssituaties genoemd in artikel 15.2 van de zorgverzekering voordoet ligt bij verzoekster. Zij heeft echter onvoldoende feiten en omstandigheden aangevoerd die kunnen leiden tot het oordeel dat een van deze uitzonderingssituaties aan de orde is.

**Conclusie**

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 februari 2012,

Voorzitter