

BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, GGZ, Ready for Change
Zaaknummer : 2012.01674
Zittingsdatum : 17 april 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P.Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.10 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

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

E te F, hierna 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 Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Top 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een behandeling bij Ready for Change (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 maart 2012 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 10 mei 2012 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 klachtenformulier van 7 januari 2013 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 31 januari 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 februari 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 februari 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 maart 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 4 februari 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 14 maart 2013 (zaaknummer 2013014488) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld dat op grond van de stukken niet kan worden beoordeeld of verzoeker voldoet aan de voorwaarden die artikel 33 van de zorgverzekering stelt. Een afschrift van het CVZ-advies is op 15 maart 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 april 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 18 april 2013 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 24 april 2013 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker is vanwege depressie en verslaving behandeld bij Ready for Change. Dit is een erkende GGZ-instelling. De kosten voor deze zorg worden door de ziektekostenverzekeraar niet vergoed, terwijl alle andere verzekeraars dit wel doen. De ziektekostenverzekeraar beroept zich hierbij op de 'Spelregels GGZ-DBC'. Deze spelregels zijn een medisch-specialistische aangelegenheid, waarbij particuliere behandelingsinitiatieven worden genegeerd. Bij Ready for Change wordt 85 percent van de behandelingen met succes afgesloten.
- 4.2. Bij de door de ziektekostenverzekeraar genoemde reguliere zorg zou verzoeker pas na drie weken een intakegesprek kunnen krijgen. Een opname met behandeling was eerst mogelijk na acht respectievelijk twaalf maanden. Bij Ready for Change konden intake en behandeling al binnen drie weken plaatsvinden.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat bij Ready for Change medisch specialisten zijn betrokken bij de behandeling. Dit blijkt uit een stuk dat hij heeft nagezonden.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat sprake is van onrechtmatigheid van zorg, onder andere omdat Ready for Change specialistische GGZ declareert, ondanks het ontbreken van betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut). Dit vereiste wordt gesteld in een standpunt van het CVZ.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar beroept zich verder op de 'Spelregels GGZ-DBC', die hun basis vinden in de regeling 'Declaratiebepalingen DBC-GGZ' en de daarop gebaseerde beleidsregels van de NZa. Het is zaak dat iedere zorgverlener in de GGZ zich houdt aan deze regels. Tijdens een detailcontrole is gebleken dat Ready for Change zich niet houdt aan een aantal van deze regels.
- 5.3. Het was verzoeker voorafgaand aan de behandeling bekend dat geen vergoeding zou plaatsvinden. Hij is hierover door de ziektekostenverzekeraar en Ready for Change geïnformeerd. Verzoeker heeft geen beroep gedaan op wachtlijstbemiddeling.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoeker niet gericht is verwezen naar Ready for Change. Daarbij heeft deze instelling geen klinische afdeling, hoewel die indruk wordt gewekt. Er was geen indicatie voor crisisopname.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 14 van de zorgverzekering 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 15 tot en met 35 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 33 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op specialistische GGZ bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

**“lid 2 Specialistische 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 (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), 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 1.1.1.

lid 2.2 Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg 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).

Verwijzing/indicatie

U heeft een verwijzing van een huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts. Dit geldt niet voor acute zorg. Voor jeugdigen zoals bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit nodig van een Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg; gaat het om zorg als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ, dan is een verwijzing nodig van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een GGZ-instelling, een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (PAAZ) of een psychiatrische universiteitskliniek (PUK).

Eigen bijdrage

Voor verblijf in de instelling geldt een eigen bijdrage van € 145,- per maand. Op het moment dat een verzekerde 18 jaar wordt, is de verzekerde verplicht tot het betalen van de eigen bijdrage verblijf. De eigen bijdrage verblijf is verschuldigd naast de eigen bijdrage behandeling (zie lid 1.2).(...)”

- 8.4. Artikel 1 van de zorgverzekering omschrijft het begrip ‘specialistische GGZ’ als volgt:

“Diagnostiek en specialistische behandeling van ingewikkelde psychische aandoeningen. De behandeling kan gepaard gaan met voorschrijven van medicijnen, crisisopvang en opname in een GGZ-instelling. Het is noodzakelijk dat bij de behandeling een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) betrokken is.”

- 8.5. De artikelen 1 en 33 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. Specialistische GGZ is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Verblijf is geregeld in artikel 2.10 Bzv.

- 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. Niet in geschil is dat specialistische GGZ een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoeker hiervoor ten tijde van de behandeling een indicatie had. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of de bij Ready for Change verleende zorg voldoet aan de voorwaarden voor specialistische GGZ als bedoeld in artikel 33 van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.2. De te verzekeren zorg onder de zorgverzekering is voor iedereen gelijk. De wetgever heeft het evenwel aan de zorgverzekeraars gelaten te bepalen wie de te verzekeren zorg mag verlenen. De ziektekostenverzekeraar heeft in artikel 1 van de zorgverzekering bepaald dat onder specialistische GGZ wordt verstaan de behandeling waarbij een psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut is betrokken. Uit de stukken is niet gebleken dat dit in de situatie van verzoeker het geval is. Om die reden voldoet de zorg die is verleend bij Ready for Change niet aan de door de ziektekostenverzekeraar gestelde voorwaarden en is geen sprake van verzekerde zorg.
- 9.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat andere verzekeraars de zorg bij deze instelling wel vergoeden. Zoals hiervoor is overwogen, staat het de zorgverzekeraars vrij te bepalen wie de te verzekeren zorg mag verlenen. Het kan daarom zijn dat andere verzekeraars de zorg bij Ready for Change wel vergoeden. De ziektekostenverzekeraar is hieraan echter niet gebonden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

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, 15 mei 2013,

Voorzitter