

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B vertegenwoordigd door G te H tegen C te D en E te F  
Zaak : EU/EER, klinische opname in Castle Craig, hoogte vergoeding,  
indicatie verlengde opname  
Zaaknummer : 2010.01758  
Zittingsdatum : 8 juni 2011

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 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.10 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

---

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door G te H

tegen

1) C te D en

2) E te F

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 (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 [naam ziektekostenverzekeraar] Uitgebreid afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 verblijf in Castle Craig te Peeblesshire (Schotland) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 maart 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker toestemming gegeven voor een opname gedurende zes weken. De vergoeding hiervoor bedraagt € 10.547,43. Een verlenging van de periode van opname met drie maanden is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 juli 2010 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 e-mail van 2 februari 2011 heeft verzoeker 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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 6 april 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 april 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 april 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 7 april 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 3 mei 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011040100) 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 heeft voor een verblijf in Castle Craig voor langer dan zes weken. Verder heeft verzoeker geen aanspraak op een hogere vergoeding voor het verblijf gedurende de eerste zes weken, omdat de zorg tijdig in Nederland kon worden verkregen. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 juni 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 9 juni 2011 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 17 juni 2011 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. De behandelend psychiater in Nederland heeft het volgende verklaard: *“Betreft een 37-jarige man, die sinds november 2008 in zorg is bij ondergetekende (...). Zijn psychiatrische voorgeschiedenis is begonnen in 1996. Aanvankelijk werd hij behandeld (...) vanwege alcoholafhankelijkheid en cocaïnemisbruik. Sinds 1996 is hij tweemaal psychotisch gedecompenseerd, waarschijnlijk ten gevolge van antidepressivagebruik. Derhalve bestond het vermoeden op een bipolaire stoornis; uitgebreide diagnostiek (...) heeft echter uitgewezen dat er geen sprake is van een bipolaire stoornis of een schizo-affectieve stoornis, maar dat persoonlijkheidsproblematiek meer op de voorgrond staat. Psychodiagnostisch onderzoek uit 2007 beschrijft dat er sprake is van onvoldoende ontwikkeld geïntegreerd zelfgevoel en zelfbeeld, waardoor er in sociale interacties geen adequate balans is tussen autonomie en identiteit. Er is een gebrek aan sociale souplesse, waarbij gesproken kan worden van schizoïde trekken. Er is sprake van een borderline persoonlijkheidsstructuur met vroeg narcistische kenmerken. Tevens werden bij psychodiagnostisch onderzoek aanwijzingen gevonden voor ADD. (...)”*
- 4.2. Verzoeker stelt dat hem bij een verslavingskliniek in Nederland behandeling geweigerd is vanwege de samenhang tussen de verslaving en de voor deze kliniek te ge-

compliceerde psychiatrische problematiek. Opneming in een gespecialiseerde kliniek was daarom aangewezen. Omdat verzoeker de medicatie wenste af te bouwen, en eerder gebleken is dat zulks – mede gelet op de psychiatrische problematiek – niet mogelijk is bij ambulante behandeling, heeft verzoeker verzocht om verlenging van de opneming in Castle Craig met drie maanden.

4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat door de ziektekostenverzekeraar een E 112-formulier had dienen te worden verstrekt. Het 12-stappen plan volgens het Minnesota-model sprak verzoeker aan. De ziektekostenverzekeraar heeft hem niet medegedeeld waar hij, in Nederland, deze behandeling zou kunnen volgen. Uit een verklaring van de behandelend psychiater blijkt dat verlenging van de klinische opname medisch noodzakelijk was. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is hierop slechts in algemene bewoordingen ingegaan. Indien onvoldoende informatie beschikbaar was, had de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar deze moeten opvragen.

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 stelt dat verzoeker een indicatie had voor een opneming gedurende zes weken in Castle Craig. Omdat de zorg ook tijdig in Nederland verkrijgbaar was, heeft verzoeker geen aanspraak op zorg conform het Schotse socialezekerheidsstelsel, zodat gelet op de voorwaarden van de zorgverzekering het Nederlandse tarief van toepassing is. Dienovereenkomstig is een bedrag van € 10.912,83,- aan verzoeker vergoed.

5.2. Voor verlenging van de opneming in Castle Craig heeft verzoeker geen indicatie. De complexe psychiatrische comorbiditeit is bij de beoordeling van de aanvraag meegewogen. Bij veel verslaafden worden soortgelijke diagnoses gesteld. Ook bij hen wordt ervan uitgegaan dat een klinische opname gedurende zes weken, gevolgd door ambulante nabehandeling, doelmatig is.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het aan de behandelaar is de noodzakelijke informatie te verstrekken. De beoordeling geschiedt immers op basis van hetgeen voorhanden is. Een E 112-formulier wordt alleen afgegeven indien behandeling in Nederland niet mogelijk is. In dit geval bestond in Nederland een alternatief. Verzoeker was geïndiceerd voor een verblijf gedurende zes weken. Een verlenging was echter niet geïndiceerd, zo volgt onder andere uit het CVZ-advies. Kennelijk had het CVZ voldoende informatie om tot een oordeel te kunnen komen.

5.4. 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, 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 volledig 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 19 tot en met 42 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 20 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“Wij vergoeden een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen. Onder de vergoeding vallen de medisch-specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging. Ook vergoeden wij tijdens de periode van opname de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen. (...)*

*Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. (...)*”

- 8.4. Artikel 15.4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

*“Wij vergoeden de zorg volgens de verzekeringsvoorwaarden nadat we de rekening hebben ontvangen tot maximaal:*

- a. *het (maximum-)tarief dat op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld; of*
- b. *het in Nederland geldende marktconform bedrag als er geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat. Het “marktconform bedrag” is bij ons het tarief dat wij voor vergelijkbare zorg met zorgverleners in Nederland of in ons kernwerkgebied (Zuid-Nederland) hebben afgesproken en met wie wij een overeenkomst gesloten hebben. Zijn meerdere verschillende tarieven afgesproken, dan hanteren wij het gemiddelde van die tarieven. Welk tarief we hanteren en hoe hoog dat is, kunt u bij ons opvragen of via onze internetsite opzoeken.”*

- 8.5. Artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*“Als u in Nederland woont, hebt u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland. (...)*

*Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland of in Nederland en krijgt daar zorg dan hebt u naar keuze recht op:*

- a. zorg volgens de wettelijke regeling die in dat land geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende bedrag;*
- b. vergoeding van verzekerde zorg door een bevoegde zorgaanbieder of bevoegde zorginstelling. U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener of instelling zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. (...)*

- 8.6. Artikel 2.5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

*“U hebt recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.”*

- 8.7. De artikelen 2.5, 15.4, 18 en 20 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. 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.

Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.  
Verblijf is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv.

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

- 8.10. Artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*“1. De werknemer die aan de door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat gestelde voorwaarden voor het recht op prestaties voldoet, eventueel met inachtneming van artikel 18, en (...)*

*c) die van het bevoegde orgaan toestemming heeft ontvangen om zich naar het grondgebied van een andere Lid-Staat te begeven ten einde aldaar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op:*

*i) verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van de woon- of verblijfplaats worden verleend, volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling, alsof deze werknemer bij laatstbedoeld orgaan was aangesloten; het tijdvak gedurende hetwelk de verstrekkingen worden verleend, wordt evenwel bepaald door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat;*

*ii) uitkeringen, welke door het bevoegde orgaan worden verleend volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling. Na overeenstemming tussen het bevoegde orgaan en het orgaan van de woon- of verblijfplaats kunnen deze uitkeringen evenwel door laatstbedoeld orgaan voor rekening van het eerstbedoelde worden verleend volgens de wettelijke regeling van de bevoegde Staat.*

*2. (...) De op grond van lid 1, sub c), vereiste toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling niet op het grondgebied van de Lid-Staat, waarop hij woont, aan de betrokkene kan worden gegeven. (...)*”

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Voor de beantwoording van de vraag of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding conform het Schotse socialezekerheidsstelsel onderscheidenlijk of de ziektekostenverzekeraar zich dient te conformeren aan de constatering en de behandelkeuzen van de zorgverleners ter plaatse is van belang of afgifte van het E112-formulier terecht door de ziektekostenverzekeraar is geweigerd. Een zodanige weigering is aan de orde indien de betreffende zorg tijdig in Nederland verkrijgbaar was ten tijde van de aanvraag.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de door verzoeker gewenste zorg tijdig in Nederland beschikbaar was. Verzoeker heeft zulks bestreden, waarbij hij heeft verwezen naar een verklaring van een instelling die hem niet wilde behandelen. Uit het advies van het CVZ van 3 mei 2011 blijkt dat er in Nederland in 2006 minimaal twintig zogenoemde 'dubbele diagnoseklinieken' waren, en dat deze in staat moeten worden geacht te zijn ingesteld op de – tijdige – behandeling van een gecombineerde verslavings- en psychiatrische problematiek. De commissie constateert in de eerste plaats dat de door verzoeker aangehaalde verklaring dateert van enkele maanden na de aanvraag, zodat de ziektekostenverzekeraar niet in de gelegenheid was deze in zijn besluitvorming te betrekken. Overigens is niet gebleken dat andere instellingen in Nederland door verzoeker zijn geconsulteerd dan wel dat de ziektekostenverzekeraar is gevraagd om hulp bij het vinden van een geschikte instelling. Een en ander leidt ertoe dat verzoeker – gelet op artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 – geen aanspraak heeft op vergoeding van de zorg conform het Schotse socialezekerheidsstelsel. Ingevolge de artikelen 15.4, 18 en 20 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bestaat wel aanspraak op vergoeding conform het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief.
- 9.3. In zijn brief van 6 april 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar de wijze van berekening van het Nederlandse marktconforme tarief omschreven, en medegedeeld dat een bedrag van € 22.643,-- aan verzoeker had moeten worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar zegt dit bedrag in het voordeel van verzoeker te hebben afgerond naar € 24.000,--. In totaal is een bedrag van € 10.912,83 gedeclareerd voor de periode waarvoor een akkoordverklaring is afgegeven. Dit bedrag is aan verzoeker vergoed. Aangezien verzoeker de juistheid van de berekening niet heeft bestreden, neemt de commissie deze als vaststaand aan.
- 9.4. Het tweede deel van het verzoek betreft de verlenging van de opname in Castle Craig tot drie maanden. Zoals hiervoor is geconcludeerd, werd afgifte van het E 112-formulier terecht door de ziektekostenverzekeraar geweigerd, zodat deze niet gebonden is aan de constatering en behandelkeuzen van de Schotse zorgverleners. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor verlenging afgewezen op de grond dat verzoeker hiervoor geen indicatie heeft. Verzoeker heeft deze stelling gemotiveerd bestreden. De commissie sluit bij de beoordeling van de indicatie aan bij het advies van het CVZ van 3 mei 2011. Hierin is het CVZ tot de conclusie gekomen dat in de stukken enkel melding wordt gemaakt van de complexiteit van de problematiek waarmee verzoeker bekend is. Een uitgebreide diagnose en een behandelplan ter onderbouwing van opname in Castle Craig gedurende nog eens een periode van drie maanden ontbreken echter, zodat moet worden geoordeeld dat niet aanne-

melijk is geworden dat verzoeker hierop is aangewezen. Zulks leidt tot de conclusie dat hij geen recht heeft op vergoeding van de hiermee gemoede kosten ten laste van de zorgverzekering.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

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

#### **Conclusie**

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

Zeist, 17 augustus 2011,

Voorzitter