



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E en F beide te G
Zaak : Geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg, klinische opname in Jellinek Retreat, indicatie
Zaaknummer : 201302761
Zittingsdatum : 9 juli 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 Aanvullend 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, welke plaatsvond te Westpunt, Curaçao (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 april 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 13 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 28 april 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 april 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 mei 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 30 april 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 5 juni 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014058078) 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 9 juli 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 14 juli 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 31 juli 2014 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is op 1 augustus 2014 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben van deze gelegenheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker was bekend met een alcoholverslaving. Ook gebruikte hij lange tijd twee antidepressiva in een hoge dosering in verband met een depressie. Hij is voor de verslaving en depressie gedurende een jaar ambulante behandeld met psychotherapie door een psycholoog. Deze therapie bood kortdurend verlichting, maar heeft niets structureel veranderd. Verzoeker had nog steeds last van depressieve klachten en dronk 1,5 liter wijn per dag. Ook het gebruik van de antidepressiva was gelijk gebleven.
- 4.2. Verzoeker is van 9 juli tot en met 6 augustus 2012 opgenomen geweest bij Jellinek Retreat te Curaçao. De reden van opname was dat sprake was van een forse verslaving die niet reageerde op ambulante behandeling, de comorbiditeit in de vorm van een ernstige depressieve stoornis, en het gegeven dat bekend is dat cognitief-gedragstherapeutische interventies naast motiverende gespreksvoering effectief bewezen zijn bij de behandeling van alcoholverslaving.
- 4.3. Verzoeker had bij opname een BAC-score van 0. Het gebeurt echter zeer vaak dat patiënten in het zicht van een intake en/of opname gaan minderen met het alcoholgebruik. Dit is echter slechts een momentopname waaruit nooit conclusies mogen worden getrokken. Verzoeker drinkt vanaf zijn veertiende jaar regelmatig alcohol, hetgeen in de vijf jaar voorafgaand aan de opname uit de hand is gelopen. Hij is nooit gedurende langere tijd abstinente geweest. Ook lijkt sprake van een familiale belasting. Bovendien bestonden in de gezinssituatie teveel risicosituaties voor verzoeker. Daarom was het - buiten het bestaan van een medische indicatie voor opname - tevens zijn wens opgenomen te worden.
- 4.4. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar in ieder geval dient over te gaan tot vergoeding van de zorg als ware deze ambulante geweest. In totaal komt dit op een bedrag van € 8.500,--. Dit 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 in het advies van het Zorginstituut een inhoudelijke onderbouwing ontbreekt. Er bestond een rechtstreekse indicatie voor opname. Waar de instelling moet uitgaan van de diagnose - hoe komt een cliënt binnen - kan de ziektekostenverzekeraar zich achteraf baseren op de

informatie over het verloop van de behandeling. In dit geval kwam verzoeker binnen met fors alcoholgebruik in combinatie met het gebruik van antidepressiva. Dat is een zuivere intramurale indicatie. Verder geldt dat er binnen de verslavingszorg sprake is van een bepaalde opbouw. Naast bijvoorbeeld farmacotherapie kan verblijf nodig zijn. Dat wordt er dan bovenop geïndiceerd. De basis blijft hierbij de zelfde. In de financieringsstructuur ligt dat ook vast. In dit geval was intensieve ambulante zorg in ieder geval geïndiceerd.

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. In de multidisciplinaire richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van Alcohol' staat dat een klinische behandeling uitsluitend aangeboden dient te worden aan personen met ernstige medische/psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid. Bij verzoeker was sprake van depressieve klachten, maar niet van een ernstige vorm daarvan. Dit blijkt uit de DSM IV classificatie die door de behandelaar, voorafgaand aan de opname, in het intakeverslag is gegeven, namelijk 296.22. Dit staat voor 'Depressieve stoornis, eenmalige episode, matig'.
- 5.2. Verder was bij verzoeker geen sprake van sociale desintegratie. Verzoeker kon zijn werk niet meer op volle sterkte doen en was een minder goede partner, zo blijkt uit de stukken. Het sociale steunsysteem was echter intact (er wordt gesproken van goede vrienden) en er bestonden geen schulden.
- 5.3. Ook bij de mate van afhankelijkheid zijn vraagtekens te plaatsen. Zo blijkt uit het verslag van Jellinek Retreat dat verzoeker 1,5 fles wijn per dag dronk, maar dat hij dit uit eigen beweging tien dagen vóór de opname heeft teruggebracht naar drie à vier glazen. Bij de opname was zijn BAC-score 0. Volgens de multidisciplinaire richtlijn is intramurale detoxificatie aangewezen bij een hoge BAC-score (> 1,5), waarbij de patiënt een geïntoxiceerde indruk maakt en het alcoholgebruik jarenlang dagelijks dan wel periodiek destructief genoemd kan worden. Ook hiervan was duidelijk geen sprake.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat reeds vóór de reactie van de medisch adviseur een beoordeling werd uitgevoerd. De standpunten zijn dus niet gebaseerd op het verloop van de behandeling. Daarbij kan niet extramuraal worden gedeclareerd als intramurale zorg is geleverd. Het Zorginstituut onderschrijft deze visie van de ziektekostenverzekeraar.

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 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 restitutiepolis, 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.19.2.1.1. 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.*

(...)

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' van de zorgverzekering en 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 dat de zorg die aan verzoeker is verleend een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag of verzoeker voor deze zorg een indicatie had. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

9.2. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 5 juni 2014 dient klinische behandeling uitsluitend aangeboden te worden aan personen met ernstige medische en/of psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van middelenafhankelijkheid. Er is geen onderzoek beschikbaar over het verschil in effectiviteit tussen ambulante en klinische detoxificatie in de behandeling van een alcoholafhankelijkheid. Op basis van het dossier concludeert het Zorginstituut dat geen indicatie aanwezig was voor intramurale behandeling van de verslaving van verzoeker. Het Zorginstituut adviseert daarom tot afwijzing van het verzoek.

9.3. De commissie neemt de conclusie van het Zorginstituut over en volgt het advies.

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.

Vergoeding ambulante zorg

9.5. 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. Dat op de nota een splitsing is gemaakt, brengt hierin geen verandering. Anders dan verzoeker stelt, is derhalve wél sprake van substitutie indien de ziektekostenverzekeraar een vergoeding verleent voor ambulante zorg. Voor substitutie van zorg is in het kader van de zorgverzekering geen ruimte.

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, 27 augustus 2014,

Voorzitter