



Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E en F, beide te G
Zaak : Curaçao, geneeskundige zorg, verslavingszorg Jellinek Retreat, indicatie
Zaaknummer : 201400311
Zittingsdatum : 3 december 2014



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door 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 Zorg-op-maatpolis (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 [naam ziektekostenverzekeraar] Top collectief en [naam ziektekostenverzekeraar] Tandarts collectief 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 behandeling tegen verslaving, uitgevoerd in Jellinek Retreat te Westpunt, Curaçao (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 januari 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 7 november 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 20 juni 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 september 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 september 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 29 september 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. Bij e-mailbericht van 3 december 2014 heeft verzoeker medegedeeld alsnog af te zien van horen.
- 3.8. Om redenen van proceseconomie heeft de commissie besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid, en tevens, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomende bevoegdheid, dat de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 15 september 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 oktober 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014116719) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit het dossier niet blijkt dat er op het moment van opname een indicatie was voor intramurale behandeling van de verslaving. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar is op 3 december 2014 in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 5 december 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. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 15 december 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is op verwijzing van zijn huisarts, vanwege overmatig drugs- en drankgebruik, opgenomen in Jellinek Retreat te Curaçao. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, was hij bij zijn opname duidelijk gemotiveerd om te stoppen. Hij was namelijk erg geschrokken van de ziekenhuisopname in Cambodja, die noodzakelijk werd na inname van verschillende middelen. Overigens vormt het ontbreken van motivatie geen contra-indicatie voor klinische behandeling. Reden hiervoor is dat motivatie geen stabiel kenmerk van de verslaafde cliënt is, variabel is in de tijd, en bovendien geen voorspeller is voor het behandelresultaat. Het bespreken van de motivatie vormt wel een essentieel onderdeel van de assessment procedure.
- 4.2. Bij verzoeker is sprake van een langdurige, ernstige verslaving met aantoonbare lichamelijke schade (leverfunctiestoornissen) als gevolg van overmatig alcoholgebruik. Dit vormt volgens de multidisciplinaire richtlijn "Stoornis in het gebruik van alcohol" een indicatie voor klinische behandeling.
- 4.3. Verder bestaat een langdurige cannabisafhankelijkheid, namelijk reeds vanaf de leeftijd van 13 jaar; is mogelijk sprake van een persoonlijkheidspathologie en ADHD, en heeft een eerdere behandeling in verband met cannabisgebruik plaatsgevonden.
- 4.4. Verzoeker is van mening dat in ieder geval een indicatie aanwezig was voor behandeling. Indien de kosten van de opname niet voor vergoeding in aanmerking komen, dienen in ieder geval de kosten van het behandeldeel door de ziektekostenverzekeraar te worden vergoed. Niet valt in te

zien waarom de ziektekostenverzekeraar er financieel beter van zou moeten worden omdat niet een ambulante, maar een klinische behandeling is gegeven.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Uit het diagnostisch onderzoek van 14 november 2011 blijkt dat bij verzoeker het ziektebesef en ziekte-inzicht in lichte mate aanwezig waren. Verder is bij conatieve functies vermeld dat de motivatie en het gedrag gekenmerkt werden door lethargie. Er was sprake van vermijdingsgedrag. Deze combinatie maakt dat op voorhand kon worden ingeschat dat verzoeker onvoldoende gemotiveerd was voor behandeling in een langdurige klinische setting. Dit blijkt ook uit de aanvullende anamnese die is verricht bij aankomst op Curaçao. Verzoeker meldde zich onder druk van zijn ouders. Een eerdere behandeling bij Jellinek privé was ook onvoldoende succesvol. Verzoeker heeft medegedeeld aan zichzelf geen doelen te hebben gesteld ten aanzien van het gebruik. Tijdens de opname is veel aandacht besteed aan motivatie. Deze had echter vóór de opname al aanwezig moeten zijn, om de behandeling met succes te kunnen afronden.

5.2. Verzoeker heeft in dit verband opgemerkt dat motivatie geen factor is die in de verslavingszorg betrokken wordt in de indicatiestelling. Uit de literatuur blijkt echter dat "patient compliance", "patient persistence" en "patient adherence" bepalend zijn voor de verwachte uitkomsten van een in te zetten behandeling of therapie. Aangezien verzoeker vooraf onvoldoende motivatie had voor een klinische behandeling, had hij hiervoor geen indicatie. De zorg die is verleend, is bovendien ondoelmatig.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat hij zich aansluit bij het advies van het Zorginstituut. Feitelijk is geen extramuraal zorg verleend, zodat de zorg niet als zodanig kan worden vergoed.

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.25. 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B.27.1. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op specialistische GGZ met opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"B.27.1.1. 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, oefen therapie, 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. (...)

B.27.1.2. Voorwaarden

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, psychiater, zenuwarts, een andere medisch specialist of Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg. (...)"

- 8.4. Artikel B.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op 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:

- a. verzekerde zorg in het buitenland door een zorgaanbieder of zorginstelling met wie wij een overeenkomst hebben gesloten;*
- b. vergoeding van kosten van verzekerde zorg door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten.*

U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener of zorginstelling zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. U kunt in de volgende artikelen van dit hoofdstuk per zorgsoort lezen wat wij dan vergoeden. (...)"

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

"(...) Verzekerd is die zorg die onder de dekking van uw verzekering valt en waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen."

- 8.6. De artikelen A.3.2. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering en B.2. en B.27.1. 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 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.
Geestelijke gezondheidszorg 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 andere 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 23 oktober 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 middelenafhankelijkheid. 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. Vast staat echter dat verzoeker klinisch is behandeld en dat hij voor deze behandeling geen (verzekerings)indicatie had. Gesteld noch gebleken is dat de ambulante en de klinische behandeling in intensiteit van behandeling vergelijkbaar zijn. Derhalve is 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, 14 januari 2015,

mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester

