

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor)

Zaaknummer: 202300674

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

en

- 1) OWM DSW Zorgverzekeraar U.A., en
- 2) DSW Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Schiedam,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 22 november 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 19 december 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 27 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 29 februari 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 23 april 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024008619) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 25 april 2024 aan partijen gestuurd. De commissie heeft verzoeker hierbij gevraagd het door het Zorginstituut geadviseerde nader onderzoek te verrichten en de commissie aanvullende informatie te sturen.
- 1.4. Verzoeker heeft op 21 mei 2024 de brief van 8 mei 2024 van de psychiater van Antes, de zorgaanbieder waar hij eerder werd behandeld, aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 22 mei 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 18 juni 2024 hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 19 juni 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.5. De commissie heeft zowel de aanvullende informatie van verzoeker als de reactie hierop van de ziektekostenverzekeraar op 19 juni 2024 in kopie aan het Zorginstituut gestuurd en gevraagd om een nader advies uit te brengen. Het Zorginstituut heeft bij brief van 23 juli 2024 een nader advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 24 juli 2024 aan partijen gezonden.
- 1.6. Verzoeker heeft voorafgaand aan de hoorzitting, bij brief van 16 augustus 2024, op het nader advies van het Zorginstituut gereageerd. Verzoeker heeft daarnaast, op 26 augustus 2024, de commissie aanvullende informatie doen toekomen. Kopieën van de brieven en bijlagen zijn aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

- 1.7. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 september 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.8. Tijdens de hoorzitting is afgesproken dat verzoeker aanvullende informatie mag overleggen en dat hij een machtiging verleend aan de ziektekostenverzekeraar voor het rechtstreeks opvragen van informatie bij de zorgaanbieder. Verzoeker heeft op 5 september 2024 aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Kopieën hiervan zijn dezelfde dag naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 14 oktober 2024 gereageerd. Een kopie hiervan is op 17 oktober 2024 naar verzoeker gezonden, waarbij hij de mogelijkheid heeft gekregen om hierop te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 27 oktober 2024 hiervan gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.9. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 29 oktober 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het nader advies van 23 juli 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 27 november 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het nader advies als definitief kan worden beschouwd. Daarnaast is het Zorginstituut in het definitieve advies ingegaan op hetgeen ter zitting door verzoeker is aangevoerd. Een kopie van het definitieve advies is op 2 december 2024 aan partijen gezonden, waarbij zij de mogelijkheid hebben gekregen hierop te reageren. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 10 december 2024 respectievelijk 17 december 2024 gebruik gemaakt van deze mogelijkheid. Kopieën van deze reacties zijn op 19 december 2024 aan de respectieve wederpartij gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de DSW Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Standaard (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoeker is van 9 maart 2022 tot en met 20 april 2022 klinisch behandeld bij U-Center. Aansluitend is hij daar ambulantly behandeld. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht de kosten van de behandeling te vergoeden.
- 2.3. Bij brief van 14 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van de klinische en de ambulante behandeling door U-Center niet worden vergoed, omdat de geleverde zorg niet voldoet aan de verzekeringsvoorwaarden.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 13 januari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 23 april 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 8 mei 2024 heeft de voormalig behandelend psychiater over verzoeker verklaard:

"Reden verwijzing naar Antes: Verwijzing van Fortagroep (Indigo) via crisisdienst. Deze constateerden depressie met psychotische kenmerken en wilde CGT inzetten. Tijdens intakegesprek hebben ze dhr. doorverwezen naar SGGZ omdat er gesprekken omtrent medicatie met psychiater nodig zou zijn. (...) Patiënt meldt zich nu met recidiverende somberheidsklachten. Patiënt heeft na fases met toenemende stress sombere episodes. Hij heeft een beperkte psychiatrische voorgeschiedenis. Hij werd al wel 30 jaar medicamenteus ondersteund via de huisarts voor terugkerende somberheidsklachten.

Tevens dronk patiënt tot recent veel (1 a 2 flessen wijn per dag). Sinds november heeft hij dit fors teruggebracht naar enkel een glaasje in sociaal contact. Kreeg Venlafaxine voorgeschreven welke zo nodig in tijden van meer somberheid werd opgehoogd. Volgens de DSM-classificatie is er sprake van een recidiverende depressieve stoornis met psychotische kenmerken. (...)

Bij aanvang van behandeling op 12-04-2021 was patiënt reeds zelf begonnen met afbouw van zopiclon/oxazepam en venlafaxine. In wederzijds overleg werd besloten te starten met CGT gericht op zijn depressie. Na enkele gesprekken (in mei 2021) bleek dat het alcoholprobleem groter was dan initieel werd gedacht. (...)

Daar hij stond op dat moment niet open voor een detox-opname of benzodiazepinen-afbouwschema. Hier opvolgend werd er een afbouwschema voor het alcoholgebruik opgesteld, helaas slaagde afbouw niet. (...)

In december 2021 is gekeken hoe [de] verslavingsbehandeling vorm gegeven kon worden. Een ambulante detoxificatie werd afgesproken, maar later door patiënt/partner van patiënt afgezegd daar zij een voorkeur uitten voor een klinische detoxificatie. Dit omdat ze het ambulante proces te belastend vinden voor de kinderen. Het voorstel een klinische detoxificatie van enkele weken in te plannen (bij afdeling de LooDDS) en na langere abstinentie de stemming te herevalueren, en zo nodig een comorbide depressie vervolgens te behandelen (middels medicatie, namelijk antidepressiva en/of stemmingsstabilisator, dan wel psychotherapie), werd initieel aanvaard maar later op on-hold gezet omdat patiënt en systeem eerst andere opties wilde onderzoeken. Later zijn ze toch op intake bij de LooDDS geweest omdat andere klinieken niet vergoed werden. Patiënt en partner ervaren echter dat de LooDDS geen passende plek was en zagen op tegen de wachtlijst. Hierop meldde patiënt zich bij U-center aan, alwaar hij op 08-03-2022 opgenomen zou worden voor verdere klinische behandeling. Ondertussen is alsnog team detox thuis gestart van 22-02-2022 t/m 03-03-2022 patiënt was al afgebouwd in alcoholgebruik (tijdens ziekte) en is deze weken niet herstart. Team detox thuis stopte bij opname U-center.

Interventies: Cognitieve Gedragstherapie (20 sessies) en werkte patiënt met G-schema's gericht op depressie; medicatie, begeleiding in het verminderen van alcoholgebruik met als doel abstinentie; Mindfulness oefeningen; Ontspanningsoefeningen; Aanleren van alternatieve coping mogelijkheden bij spanningen die lijden tot alcoholgebruik."

2.7. Bij brief van 23 juli 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader advies uitgebracht.

2.8. Bij brief van 27 november 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. **Standpunt verzoeker**

3.1. Verzoeker heeft de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar alsnog de kosten moet vergoeden van zowel de klinische als de daaropvolgende ambulante GGZ-behandeling bij de niet-gecontracteerde zorgaanbieder U-Center.

3.2. Verzoeker heeft bij brief van 23 september 2022 gereageerd op de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 14 september 2022. Verzoeker licht in zijn brief toe dat zijn ziektebeeld destijds was verergerd, waardoor een klinische behandeling noodzakelijk was. Naar aanleiding van een telefonisch verzoek daartoe, heeft de ziektekostenverzekeraar op 14 januari 2022 aan verzoeker - via diens werkgever - een lijst met gecontracteerde zorgaanbieders gemaild. Hierbij werd vermeld dat bij behandeling door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder 75% van het NZa-tarief wordt vergoed. Verzoeker heeft deze lijst besproken met de huisarts en de behandelend psychiater. De op de lijst vermelde Nederlandse zorgaanbieders waren niet passend bij het ziektebeeld van verzoeker, en de buitenlandse zorgaanbieder was ongeschikt in verband met onder andere de taalbarrière. Verzoeker heeft vervolgens de afdeling wachtlijstbemiddeling van de ziektekostenverzekeraar benaderd. Naar aanleiding van het antwoord van 27 januari 2022 heeft hij contact opgenomen met zijn huisarts, en die heeft hem doorverwezen naar U-Center.

Tijdens de intake aldaar is verzoeker verteld dat U-Center niet is gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker vertrouwde er, gezien het e-mailbericht van 14 januari 2022, echter op dat de ziektekostenverzekeraar in ieder geval 75% van de kosten zou vergoeden. Verzoeker benadrukt dat hij op dat moment in zware psychische nood verkeerde. Daarom was het niet mogelijk lang te zoeken en te wachten op de juiste behandeling. Gezien het vertrouwen van de huisarts in U-Center als passende zorgaanbieder, koos verzoeker voor de klinische behandeling daar. En vanwege de door de ziektekostenverzekeraar genoemde vergoeding van 75% van het NZa-tarief ging verzoeker uit van een goede financiële afhandeling van de hieraan verbonden kosten.

- 3.3. In het ongedateerde verzoek om heroverweging heeft verzoeker opgemerkt dat hij nu de dupe lijkt te worden van een probleem tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder. Hij wijst erop dat de ziektekostenverzekeraar de verantwoordelijkheid met betrekking tot de op hem rustende informatieplicht niet kan afschuiven naar de zorgaanbieder. Verzoeker is immers verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker vindt dat de ziektekostenverzekeraar hem onvoldoende heeft geïnformeerd door hem in de schriftelijke reacties niet erop te wijzen dat voorafgaand aan de behandeling een aanvraag moet worden ingediend.
- 3.4. In de brief aan de commissie van 22 november 2023 heeft verzoeker ter aanvulling nog het volgende aangevoerd. Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar ten onrechte gesteld dat de regiebehandelaar een psychiater of klinisch psycholoog moet zijn, die bovendien in voldoende mate aantoonbaar direct betrokken moet zijn bij zowel de diagnosestelling als de behandeling. Hij verwijst hiervoor naar het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. U-Center voert de behandeling uit volgens dit statuut. Ten aanzien van het ontbreken van een op hem toegespitst behandelplan, merkt verzoeker op dat de informatie die reeds is verstrekt al zeer uitgebreid is. De behandelaars vinden het onethisch om nog meer persoonlijke informatie van een zeer kwetsbare patiënt te delen. Bovendien wijkt de ziektekostenverzekeraar hiermee af van andere zorgverzekeraars. Ook de huisarts weigert om nog meer persoonlijke informatie te verstrekken aan de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 4 juli 2023, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, gesteld dat de 'tijdlijn rondom de verwijzing van de huisarts opvalt'. Verzoeker vindt dit beledigend. Hij had destijds te maken met een ernstige depressie en verkeerde in hoge nood. Hij heeft daarom samen met zijn partner meerdere opties bekeken om de juiste behandeling te kunnen ondergaan. In samenspraak met de huisarts is voor U-Center gekozen en een verwijzing hiernaar afgegeven. Tegelijkertijd is een e-mailbericht naar de wachtlijstbemiddeling van de ziektekostenverzekeraar gestuurd, omdat verzoeker hoopte dat de ziektekostenverzekeraar met alternatieven zou komen. De ziektekostenverzekeraar heeft echter alleen terug gemaild dat verzoeker moest overleggen met zijn huisarts en dat een verwijsbrief voldoende was. De huisarts wil de door de ziektekostenverzekeraar gevraagde medische onderbouwing voor het verwijzen naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder niet geven, omdat hem dit wettelijk niet is toegestaan. Verzoeker merkt op dat de lijst met gecontracteerde zorgaanbieders, die hem op 14 januari 2022 door de ziektekostenverzekeraar werd gestuurd, verslavingsklinieken vermeldt en geen GGZ-instellingen die behandelingen aanbieden in verband met ernstige depressie of een comorbiditeit van depressie en een verslaving. Deze gecombineerde behandeling wordt door U-Center wel geboden. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd de aanvraag om een machtiging alsnog, achteraf, inhoudelijk te beoordelen. Dit heeft hij echter niet "objectief en volgens de wettelijke richtlijnen" gedaan. Zo verwijst de ziektekostenverzekeraar bijvoorbeeld naar de ontslagbrief en het behaalde resultaat. Bij het beoordelen van de aanvraag voor een machtiging speelt het resultaat van de behandeling geen rol. Bovendien heeft de behandeling wel degelijk een goed resultaat gehad. Verzoeker benadrukt dat, anders dan door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, de aansluitende ambulante behandeling niet onlosmakelijk is verbonden met de klinische behandeling. Bovendien is voor een ambulante behandeling geen machtigingsaanvraag verplicht. De ziektekostenverzekeraar zou deze kosten daarom in ieder geval moeten vergoeden.

Verzoeker merkt verder nog op dat U-Center door veel zorgverzekeraars is gecontracteerd. De andere zorgverzekeraars vergoeden de zorg van U-Center in ieder geval gedeeltelijk. Alleen de ziektekostenverzekeraar en één andere zorgverzekeraar doen dit niet.

- 3.5. In zijn brief van 16 augustus 2024 stelt verzoeker vast dat het Zorginstituut heeft bevestigd dat de onderhavige behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verder licht hij toe dat de intake bij Antes heeft plaatsgevonden op 26 januari 2021. De diagnostiek en behandeling daar zijn in februari 2021 aangevangen. Hij was toen al drie maanden abtinent en heeft dit daarna nog drie maanden voortgezet. Op dat moment stond het alcoholgebruik dus niet op de voorgrond. Er is destijds gestart met de ambulante behandeling, die heeft voortgeduurd tot de opname bij U-Center in maart 2022. In die periode is meermaals sprake geweest van een terugval in het alcoholgebruik. Verzoeker merkt hierbij op dat hij in oktober 2021 als gevolg van een val ernstig beperkt was in zijn beweging. Hierdoor kon hij niet naar de therapie gaan. Bewegingsarmoede is een grote trigger bij recidiverende depressies, zo ook bij verzoeker. Dit heeft geleid tot een terugval in alcoholgebruik en een zeer ernstige depressieve periode met suïcidale gedachten en psychotische kenmerken.
- Een medewerker van het Detox Thuis Team heeft verzoeker gewezen op de gevaren van het stoppen met drinken, en zij heeft verteld dat mensen met een alcoholprobleem in een gezin met kinderen vaak wordt geadviseerd om een klinische detox in te zetten. Daarom heeft verzoeker geprobeerd een passende klinische plek te vinden en daarnaast al te minderen met alcohol. Verzoeker merkt op dat hij heeft gezocht naar andere detoxklinieken, maar dat de kosten hiervan niet worden vergoed door de ziektekostenverzekeraar. De door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder had een wachtlijst en was voor verzoeker geen geschikte zorgaanbieder, omdat hier ook mensen worden toegelaten die psychotisch zijn. Verzoeker voelde zich op dat moment zo slecht dat deelname aan zijn gezin al niet mogelijk was, laat staan omringd te kunnen zijn door mensen met zware psychotische klachten. Verzoeker is toen zelf direct gestopt met alcoholgebruik. Het Detox Thuis Team is daarna weer betrokken geweest, maar de behandeling was beperkt, omdat verzoeker reeds was gestopt met drinken. Daarna is hij opgenomen bij U-Center. Verzoeker benadrukt dat reeds 30 jaar sprake is van periodes van ernstige recidiverende depressies. In die jaren is ook meermaals sprake geweest van abtinentie van alcohol. Verzoeker gebruikte op het moment van opname al 30 jaar antidepressiva, er is een stemmingsstabilisator ingezet en tevens psychotherapie. Alles zonder langdurig effect. Om die reden achtte de huisarts een gecombineerde aanpak van beide ziektes het meest passend, mede in combinatie met de leeftijd van de thuiswonende kinderen en overbelasting van de echtgenote van verzoeker.
- Verzoeker merkt op dat het Zorginstituut niets heeft gezegd over de ambulante zorg. Ten aanzien van het eerder door de ziektekostenverzekeraar afgewezen verzoek om coulance voert verzoeker aan dat bij hem wel degelijk sprake was van een levensbedreigende ziekte, gecombineerd met hoge kosten.
- 3.6. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 26 augustus 2024, gericht aan de commissie, meegedeeld dat de psychiater van Antes geen verdere verklaringen meer wil afleggen of vragen wil beantwoorden, omdat zij geen 'geneeskundige verklaring' mag afgeven. Hij heeft de betreffende, schriftelijke verklaring van de psychiater bijgevoegd. Verzoeker merkt op dat de psychiater hem heeft meegedeeld dat het antwoorden op vragen van de ziektekostenverzekeraar haar tijd kost en dat zij hiervoor niet wordt betaald. Bovendien mag zij ook niet alles zeggen.
- 3.7. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij ernstige depressieve klachten had en daardoor regelmatig terugviel in ernstig alcoholgebruik. Dit in samenhang met een periode van 10 weken gedwongen op de bank moeten zitten met een verbrijzeld hielbeen, en de gezinssituatie met twee puberende kinderen, leidde tot de noodzaak tot opname in U-Center. Tijdens het verblijf in U-Center was niet alleen aandacht voor de depressieve klachten, maar ook voor de alcoholproblematiek. Dit laatste was met name ter voorkoming van een terugval. Verzoeker merkt hierbij op dat U-Center geen mogelijkheid heeft tot detox. Betrokkenen moeten voorafgaand aan de opname al geruime tijd vrij zijn van alcoholgebruik. Verzoeker heeft

benadrukt dat hij alle informatie die hij van U-Center heeft gekregen, heeft doorgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar. U-Center wil verder geen informatie verstrekken.

Verzoeker heeft toegezegd dat hij de door hem ontvangen informatie van Antes nog aan de commissie zal sturen.

- 3.8. Verzoeker heeft op 5 september 2024 informatie gestuurd van Antes bij wie hij eerder onder behandeling is geweest. Tevens heeft hij een brief van U-Center van 13 april 2022 bijgevoegd, die is gericht aan de huisarts van verzoeker. Het betreft het 'bericht na einde klinische behandeling'. In zijn brief van 5 september 2024 stelt verzoeker dat de vraag of hij redelijkerwijs was aangewezen op de zorg onvoldoende aan bod is geweest tijdens de hoorzitting. Het ging toch weer over de inhoud en het afgeven van een machtiging, terwijl volgens verzoeker is afgesproken dat dit geen rol meer zou spelen. Hij benadrukt dat ambulante behandeling eerder niet het gewenste resultaat heeft gehad.
- 3.9. Verzoeker heeft bij brief van 27 oktober 2024 opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar de eerder door Antes verleende ambulante zorg wel heeft vergoed. Dat het dossier van Antes, zoals door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, niet volledig was en geen beloop van de ziekte vermeldde, was op het moment van vergoeding kennelijk geen probleem. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar, aldus verzoeker, ten onrechte de schijn gewekt dat U-Center geen informatie heeft overgelegd. En anders dan door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, is de aanvraag niet bij hoge uitzondering na afloop van de behandeling alsnog beoordeeld. Dit is volgens verzoeker zeer gangbaar.
- 3.10. Verzoeker heeft bij brief van 9 december 2024, gericht aan de commissie, meegedeeld dat hij het niet eens is met het definitieve advies van het Zorginstituut. Tijdens de hoorzitting is onder meer toegelicht wat de impact van de hele situatie was op het gezin van verzoeker. Tijdens de opname kon het gezin even 'op adem' komen. Door U-Center is ook aandacht besteed aan het gezin en heeft het gezin voor het eerst hulp en begeleiding ervaren. Verder heeft verzoeker herhaald dat hij was aangewezen op een klinische behandeling, omdat zowel zijn depressie als zijn verslaving bij U-Center werden behandeld. Verzoeker interpreteert de 'sociale desintegratie' en alinea 7.5.4 Ambulante versus klinische behandeling van het rapport 'Verslavingszorg in beeld alcohol en drugs' van 13 oktober 2014 anders dan het Zorginstituut. Bovendien is het Zorginstituut uitgegaan van een opname wegens een verslaving aan alcohol. Het hoofdprobleem bestond echter uit vier factoren, te weten een ernstige depressie met psychotische kenmerken en suïcidale gedachten, een ernstige alcoholverslaving, een overbelast gezin, en het opgelopen letsel aan zijn voet, dat de drie andere factoren heeft verergerd. De depressie is echter altijd het hoofdprobleem geweest. Verzoeker heeft bij zijn brief het rapport 'Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ' van het Zorginstituut van 28 februari 2017 gevoegd.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de door U-Center geleverde zorg niet voor vergoeding in aanmerking komt, omdat deze niet voldoet aan de polisvoorwaarden. In zijn brief van 14 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat dit bij een dossiercontrole is vastgesteld. U-Center is hiervan op de hoogte en heeft dit ook vermeld op zijn website.
- 4.2. In de heroverweging van 13 januari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar artikel 37, lid 4.2, van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin is bepaald dat indien een verzekerde voor 'curatieve GGZ met verblijf' gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder betrokkene hiervoor vooraf een machtiging moet krijgen van de ziektekostenverzekeraar. In artikel 15, zevende lid, van de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen dat de kosten alleen worden vergoed nadat een machtiging is verleend. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 januari 2022 aan verzoeker een lijst gestuurd met gecontracteerde verslavingsklinieken. Hierbij is vermeld dat voor behandeling door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder een aanvraag moet worden ingediend. Verzoeker heeft echter geen aanvraag gedaan, maar op 25 juli 2022 de nota van U-Center ter declaratie ingediend. Er is

dus niet voldaan aan het toestemmingsvereiste. Als verzoeker voorafgaand wel een aanvraag had ingediend, had de ziektekostenverzekeraar hem kunnen informeren dat de zorg niet zou worden vergoed.

De ziektekostenverzekeraar stelt verder dat het ambulante deel van de behandeling bij U-Center onlosmakelijk is verbonden met het klinische deel. Daarom worden ook de kosten van de ambulante behandeling niet vergoed.

Het verzoek om een coulantevergoeding wordt afgewezen, omdat geen sprake is van uitzonderlijke omstandigheden.

- 4.3. In de brief van 4 juli 2023, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft de ziektekostenverzekeraar desgevraagd meegedeeld dat een beoordeling achteraf mogelijk is. Hij heeft hiertoe - via de Ombudsman Zorgverzekeringen - aanvullende informatie gevraagd aan verzoeker.
- De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 5 september 2023 gereageerd op de door verzoeker overgelegde informatie en daarbij opgemerkt dat het meegestuurde triageformulier algemeen van aard is en niet door een regiebehandelaar is opgesteld, maar door een psycholoog die niet kan worden gekwalificeerd als regiebehandelaar. Onder een regiebehandelaar verstaat de ziektekostenverzekeraar een psychiater en/of klinisch psycholoog die aantoonbaar in voldoende mate direct betrokken is bij zowel de diagnosestelling als de behandeling. Het voorlopig behandelplan beperkt zich tot een algemene uiteenzetting en vermeldt niet wat de te verwachten behandelminuten zijn, of de uit te voeren activiteiten en verrichtingen. Een op verzoeker toegespitst behandelplan ontbreekt.
- De ziektekostenverzekeraar vindt daarnaast de tijdlijn rondom de verwijzing door de huisarts opvallend. Verzoeker is op 25 januari 2022 door de huisarts verwezen naar U-Center en in de verwijzing staat dat dit op verzoek van verzoeker is gebeurd. Verzoeker heeft verklaard dat hij zelf heeft gekozen voor behandeling door U-Center, maar pas na de brief van de ziektekostenverzekeraar van 27 januari 2022. Dit laatste kan volgens de ziektekostenverzekeraar niet kloppen, nu verzoeker reeds op 25 januari 2022 was verwezen. Verzoeker is op 9 maart 2022 opgenomen. Hij had dus voldoende tijd om een aanvraag in te dienen bij de ziektekostenverzekeraar.
- Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat uit de ontslagbrief blijkt dat *"de multidisciplinaire behandellijn gestaakt is en de medicatie nauwelijks is afgebouwd. Het beoogde resultaat is dus niet behaald."*
- 4.4. In zijn reactie aan de commissie van 27 februari 2024 schrijft de ziektekostenverzekeraar dat hij eerder, bij wijze van uitzondering, verzoeker de mogelijkheid heeft gegeven om achteraf een aanvraag in te dienen. Tot op heden heeft hij niet de informatie ontvangen om (zelfs achteraf) over te gaan tot (een gedeeltelijke) vergoeding van de behandeling.
- Iedere aangevraagde behandeling bij U-Center wordt individueel beoordeeld aan de hand van de geldende polisvoorwaarden. U-Center is niet uitgesloten van vergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft in het verleden - en ook in het geval van verzoeker - meegedeeld dat hem is gebleken dat de zorg, zoals die wordt verleend door U-Center, volgens hem niet voldoet aan de polisvoorwaarden. Dit los van de voorwaarde betreffende het vooraf aanvragen van een machtiging, waaraan niet is voldaan. Naar aanleiding van het door verzoeker voorgelegde geschil is de ziektekostenverzekeraar wat betreft het eerste punt van mening veranderd, in die zin dat hij niet meer zal meedelen dat binnenkomende aanvragen of declaraties van zorg geleverd door U-Center worden afgewezen, met als enkele reden dat de zorg wordt verleend door U-Center.
- Daarnaast gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij eerder ten onrechte heeft vermeld dat uit de ontslagbrief bleek dat de multidisciplinaire behandellijn is gestaakt. Hij had bedoeld te zeggen dat multidisciplinair is besproken om de behandellijn te staken. Het punt is daarbij dat niet inzichtelijk is gemaakt welke specifieke klinische behandeling is ingezet, of de therapie is gestopt, en/of er wellicht sprake van was dat de behandeling niet succesvol bleek.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 18 juni 2024 gereageerd op de door verzoeker overgelegde aanvullende informatie. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat uit de brief van

de psychiater niet direct is op te maken of er voldoende pogingen zijn gedaan tot minderen of stoppen met alcoholgebruik in een minder intensieve, ambulante behandelsetting. Een concrete tijdlijn tussen december 2021 en de opname bij het U-Center op 8 maart 2022 ontbreekt helaas. De door Team Detox Thuis ingezette behandeling heeft anderhalve week geduurd, terwijl deze behandeling gewoonlijk circa zes weken duurt, aldus de website van de zorgaanbieder. Deze behandeling eindigde met de opname bij U-Center. Volgens de ziektekostenverzekeraar is het daarom de vraag of het ambulante traject voldoende is ingezet om tot enig resultaat te komen.

- 4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij een specifiek op verzoeker gericht behandelplan mist. Het thans overgelegde behandelplan lijkt alleen betrekking te hebben op de depressieve stoornis en niet op het alcoholgebruik. Daarnaast door de commissie expliciet gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd dat diens adviserend geneeskundige adviseur aan verzoeker om toestemming zal vragen, om vervolgens zelf contact op te nemen met U-Center om de ontbrekende informatie op te vragen. Daarna zal een nieuwe beoordeling plaatsvinden. De commissie zal over de uitkomst hiervan worden geïnformeerd.
- 4.7. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 14 oktober 2024 aan de commissie meegedeeld dat zijn adviserend geneeskundige, zoals ter zitting is afgesproken, na toestemming van verzoeker het dossier heeft opgevraagd bij U-Center. Het dossier van Antes, dat de ziektekostenverzekeraar via de commissie heeft ontvangen, was verre van volledig en bevat geen 'decursus' [het beloop van de ziekte]. De ontvangen informatie heeft niet geleid tot nieuwe inzichten. De ziektekostenverzekeraar heeft van U-Center geen nieuwe stukken ontvangen, alleen een behandelplan klinische fase C van 10 maart 2022, een eindbrief klinische fase C van 7 juli 2022 en een eind brief ambulante fase van 7 juli 2022. De adviserend geneeskundige van de ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat hij al eerder - bij hoge uitzondering - heeft geprobeerd de machtigingsaanvraag na afloop van de behandeling te beoordelen, waarbij het toen ook ontbrak aan benodigde informatie. Volgens de ziektekostenverzekeraar kan de conclusie geen andere zijn dan dat door onvoldoende medewerking van U-Center en een onvolledig medisch dossier van Antes het niet mogelijk is om op basis van de aangeleverde documenten tot een andere uitkomst van de beoordeling te komen.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 23 april 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"(...)

Plegen te bieden

De behandeling van een depressieve stoornis gecombineerd met een ernstige stoornis in alcoholgebruik is zorg zoals klinisch psychologen plegen te bieden.

Stand van de wetenschap en praktijk

Depressieve stoornissen

De tijdens opname toegepaste CGT en IPT zijn volgens de Zorgstandaard Depressieve stoornissen (2018) psychotherapieën van eerste keuze. ACT wordt niet expliciet genoemd in de zorgstandaard maar is een op gedragstherapie en mindfulness gebaseerde therapie die binnen de reguliere ggz wel algemeen aanvaard wordt als een psychotherapie die kan worden ingezet bij persisterende (depressieve) klachten. Bij een matig tot ernstige depressie geeft de Zorgstandaard aan dat naast psychotherapie ook farmacotherapie als optie moet worden besproken. Dat is bij verzoeker gebeurd. (...) Geconcludeerd kan worden dat de bij verzoeker door U-Center ingezette psychologische en medicamenteuze interventies aan de stand van wetenschap en praktijk voldoen bij de behandeling van een (ernstige) depressieve stoornis.

Stoornis in alcoholgebruik

(...)

De bij verzoeker toegepaste CGT en ACT worden in de Zorgstandaard allebei genoemd als psychologische behandelingen met voldoende bewijs bij verslaving. Opvallend is dat in het concept behandelplan voorafgaand aan opname en in de ontslagbrief niet wordt gerefereerd aan afspraken met betrekking tot of het verloop van een eventuele detox, terwijl de noodzaak tot een klinische detox wel wordt genoemd bij de onderbouwing van de noodzaak voor opname. Uit de declaraties blijkt wel dat tijdens opname een verslavingsarts betrokken is geweest.

(...)

Dubbele diagnose

Bij verzoeker is sprake van een ernstige depressieve stoornis in combinatie met een ernstige stoornis in alcoholgebruik. De richtlijn Dubbele diagnose (2008) en de Zorgstandaard Depressieve stoornissen geven allebei aan dat het van belang is om bij een combinatie van een depressieve stoornis en gebruik van alcohol en/of drugs te kijken hoe deze middelen de stemming beïnvloeden en hoe het gebruik ervan samenhangt met het ontstaan van de depressie.

(...)

De richtlijn Dubbele diagnose vermeldt geen andere behandelinterventies voor de combinatie van stemmingsstoornissen en alcoholgebruik dan de Zorgstandaarden Depressieve stoornissen en Alcohol afzonderlijk.

(...) Vanwege het ontbreken van informatie over de behandeling bij Antes is niet duidelijk of bij verzoeker tijdens de behandeling van zijn depressieve klachten voorafgaand aan de opname eerder pogingen tot abstinentie of minderen van het alcoholgebruik zijn gedaan. (...)

Hoewel niet geheel duidelijk is hoe de behandeling bij U-Center er precies heeft uitgezien, vooral met betrekking tot de klinische detox, voldoen de medicamenteuze en psychologische interventies gericht op de depressieve stoornis en een stoornis in het alcoholgebruik aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Redelijkerwijs aangewezen op

De vraag is vervolgens of verzoeker gezien de combinatie van een ernstige depressie en een ernstige stoornis in het alcoholgebruik, reeds langer dan een jaar bestaand, redelijkerwijs was aangewezen op een klinische opname van zes weken.

In het intakeverslag van U-Center wordt het volgende aangegeven met betrekking tot de noodzaak voor een klinische opname: "Ambulante behandelingen hebben tot op heden niet tot blijvend doorbreken van de bestaande gedragspatronen geleid." en "Om verdere gezondheidsschade te voorkomen is klinische specialistische behandeling noodzakelijk."

Depressieve stoornissen

In de Zorgstandaard Depressieve stoornissen wordt aangegeven dat bij uitblijven van herstel in eerste instantie moet worden onderzocht wat hiervoor de reden kan zijn en of de behandeling tot dan toe adequaat is geweest, zowel in psychotherapeutisch als medicamenteus opzicht. Vervolgens zal "een deel van de patiënten met persisterende depressies (...) ook na meerdere behandelingen geen verbetering laten zien. In die gevallen kan worden overwogen te verwijzen voor nadere diagnostiek bij een in depressie gespecialiseerde topklinische instelling of als er meer dan 2 maal 4 maanden behandeld is de behandeling te intensiveren middels een specifiek op depressie gerichte dagbehandeling of klinische opname."

Verzoeker was op het moment van intake bij U-Center volgens de verwijsbrief al meer dan een jaar depressief waarbij onvoldoende resultaat was behaald tijdens ambulante en medicamenteuze behandeling. De intake vermeldt dat verzoeker een jaar in behandeling was bij Antes. Alleen op basis van de duur van de behandeling kan gesteld worden dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op intensivering van de behandeling in de vorm van een klinische opname. Echter, vanwege het ontbreken van inhoudelijke informatie over de behandeling bij Antes is niet goed te beoordelen of de behandeling voldoende adequaat is geweest. (...)

Stoornis in alcohol

De Zorgstandaard Alcohol stelt dat detoxificatie bijna altijd ambulante kan plaatsvinden. In het rapport "Verslavingszorg in beeld" stelt het Zorginstituut dat voldoende is aangetoond dat klinische behandeling van verslaving in het algemeen niet effectiever is dan ambulante behandeling. De aanwezigheid van een dubbele diagnose betekent volgens het rapport niet automatisch dat sneller voor een klinische behandeling moet worden gekozen: "Over het algemeen is een geïntegreerde (intensieve) ambulante behandeling geïndiceerd bij de aanpak van dubbele diagnoseproblematiek", maar ook hier is de "meerwaarde van een klinische behandeling [...] niet aangetoond".

Klinische behandeling dient daarom volgens het Zorginstituut uitsluitend te worden aangeboden aan personen "met ernstige medische/psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid". Bij het vaststellen van de medische noodzaak voor verblijf gaat het feitelijk om een afweging of er een acuut en manifest risico bestaat op gezondheidsverlies gegeven de kenmerken van de patiënt, zijn hulpvraag en de thuissituatie. Bij verzoeker is geen sprake van somatische comorbiditeit die leidt tot een verhoogd risico op het optreden van ernstige of medisch gecompliceerde onttrekkingsverschijnselen. (...)

Bij verzoeker is wel sprake van psychiatrische comorbiditeit, namelijk een ernstige depressieve stoornis, die invloed kan hebben op het vermogen om deel te nemen aan en baat te hebben bij een ambulante detoxificatie. (...) Desalniettemin zou een ernstige, persisterende depressie een indicatie voor opname kunnen zijn, maar dan is wel belangrijk om te beoordelen of de behandeling voorafgaand aan opname voldoende adequaat is uitgevoerd. (...)

Tot slot kan een indicatie voor opname in verband met een stoornis in het alcoholgebruik zijn dat een cliënt in het verleden geen baat heeft gehad bij behandeling in een minder intensieve setting. In het geval van verzoeker is niet bekend welke behandeling met betrekking tot het alcoholgebruik tot nu toe heeft plaatsgevonden. De indicatie op basis van dit criterium is dus voor het Zorginstituut zonder inhoudelijke informatie over de behandeling bij Antes niet te beoordelen.

Gepast gebruik

In de zorgstandaarden Depressieve stoornissen en Alcohol wordt, net als in andere zorgstandaarden, uitgegaan van gepast gebruik van zorg: "Gepast gebruik gaat over de juiste inzet van hulp bij aanvang van een behandeling (matched care) maar ook over op het juiste moment van op- en afschalen van behandeling tijdens een reeds lopend traject." (...)

Tot slot merkt het Zorginstituut op dat de ambulante behandeling naar het oordeel van het Zorginstituut niet onlosmakelijk verbonden is met de klinische behandeling. Verzoeker had de ambulante behandeling ook bij een andere aanbieder kunnen krijgen. Een klinische opname is een onderbreking van een ambulante behandeling, waarbij deze niet hoeft te worden aangeboden door dezelfde aanbieder, en een goede overdracht kan zorgen voor voldoende aandacht voor consolidatie en integratie van de tijdens de opname behaalde doelen in de ambulante behandeling en de thuissituatie.

Nader onderzoek

De vraag of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op klinische behandeling voor zijn depressieve stoornis en stoornis in het alcoholgebruik kan niet worden beantwoord op basis van de beschikbare informatie in het dossier. Om hier een uitspraak over te kunnen doen moeten de volgende vragen over de behandeling voorafgaand aan [de] klinische opname [kunnen] worden beantwoord:

- Is de behandeling voor de depressieve stoornis voldoende adequaat geweest? Is er bijvoorbeeld naast medicamenteuze behandeling ook sprake geweest van psychotherapie en is er bij de behandeling van de depressie voldoende rekening gehouden met de stoornis in alcoholgebruik?
- Zijn er voorafgaand aan een klinische detox en vervolgbehandeling voldoende pogingen gedaan tot minderen of stoppen met alcoholgebruik in een minder intensieve ambulante behandelsetting?

Hiertoe dient informatie toegevoegd te worden aan het dossier over de ingezette interventies door Antes, zowel met betrekking tot de depressie als de stoornis in het alcoholgebruik, voorafgaand aan het besluit tot klinische opname."

- 5.2. In het nader advies van 23 juli 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

De vraag is of verzoeker gezien de combinatie van een ernstige depressie en een ernstige stoornis in het alcoholgebruik, reeds langer dan een jaar bestaand, redelijkerwijs was aangewezen op een klinische opname van zes weken.

Uit de aanvullende informatie blijkt dat de behandeling van de depressieve stoornis voorafgaand aan behandeling bij U-Center uitgevoerd is volgens de Zorgstandaard Depressieve stoornissen. Verzoeker bleek zelf bij start van de behandeling bij Antes al begonnen met het afbouwen van venlafaxine. In overleg met verzoeker is vervolgens gestart met cognitieve gedragstherapie (CGT). Toen na enkele sessies bleek dat het alcoholprobleem groter was dan initieel gedacht, is de invloed van alcohol op de depressieve klachten met verzoeker besproken en de behandeling aangepast met nu als primair doel behandeling van de stoornis in alcoholgebruik.

De mogelijkheid voor een klinische detox is in een vroeg stadium besproken met verzoeker en zijn partner. Om de wachtlijst bij LooDDs te overbruggen had verzoeker de mogelijkheid om begeleiding te ontvangen van het team thuis detox. Het voorstel van Antes om na een langere periode van abstinentie de stemmingsklachten te evalueren en waar nodig een co-morbide depressie alsnog te behandelen, is conform de richtlijnen.

Nadat verzoeker ervoor had gekozen voor om zich aan te melden bij U-Center is ter overbrugging alsnog gestart met ambulante detoxificatie via het team thuis detox van Antes. Op 3 maart 2022 gebruikte verzoeker, na afbouw van alcohol tijdens ziekte, geen alcohol meer. Dit was vijf dagen voorafgaand aan de opname bij U-Center.

Verzoeker was voor de behandeling van de stoornis in alcohol redelijkerwijs aangewezen op een klinische detox. Het lukte verzoeker echter al voor de opname te stoppen met alcohol. Verzoeker was voor verdere diagnostiek en behandeling van zijn stemmingsklachten niet redelijkerwijs aangewezen op een gestandaardiseerd klinisch behandelprogramma van zes weken. De diagnostiek en behandeling van de depressieve stoornis bij Antes was immers feitelijk nog niet begonnen omdat het alcoholgebruik nog op de voorgrond stond. Volgens de Zorgstandaard Depressieve stoornissen wordt altijd eerst gestart met een ambulante behandeling. Pas als deze na langere tijd niet slaagt of als er sprake is van acuut gevaar dat alleen kan worden afgewend middels een opname, wordt in de zorgstandaard aanbevolen om op te schalen naar een klinische opname.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op een klinische behandeling in verband met een depressieve stoornis gecombineerd met een ernstige stoornis in alcoholgebruik. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van de behandeling bij U-Center ten laste van de basisverzekering."

- 5.3. In het definitief advies van 27 november 2024 heeft het Zorginstituut opgemerkt:

"Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

U vraagt het Zorginstituut om in te gaan op de stelling van [de] vertegenwoordiger van verzoeker dat bij U-Center geen detox wordt uitgevoerd en dat de behandeling aldaar ook betrekking had op het voorkomen van terugval in het overmatig alcoholgebruik door verzoeker.

Het Zorginstituut merkt op dat er een verschil is tussen een klinische detox en een klinische behandeling gericht op het voorkomen van terugval in overmatig alcoholgebruik. In het voorlopig advies d.d. 23 juli 2024 heeft het Zorginstituut beoordeeld dat verzoeker voor de behandeling van de stoornis in alcohol redelijkerwijs was aangewezen op een klinische detox. Het lukte verzoeker echter al voor de opname te stoppen met alcohol. Verzoeker was voor verdere diagnostiek en behandeling van zijn stemmingsklachten niet redelijkerwijs aangewezen op een gestandaardiseerd klinisch behandelprogramma van zes weken.

Bovendien merkt het Zorginstituut op dat verzoeker niet redelijkerwijs was aangewezen op een klinische behandeling bij U-center, gericht op afhankelijkheid van alcohol. Een klinische behandeling voor afhankelijkheid van alcohol dient uitsluitend en in lijn met de multidisciplinaire richtlijnen voor ziekenhuisopname te worden aangeboden aan personen met ernstige medisch/psychische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid.

Alleen in die gevallen is het verblijf noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg. Als verzoeker niet aan deze indicatiecriteria voldoet is hij niet redelijkerwijs aangewezen op verblijf.

Alhoewel in het geval van verzoeker sprake is van ernstige psychische comorbiditeit en een ernstige vorm van afhankelijkheid, kan niet gesproken worden van sociale desintegratie. Verzoeker had een woning en een steunende relatie. Hij werkte op dat moment niet, maar had wel een dienstverband en kreeg een uitkering in het kader van de Ziektewet. Ook was er geen sprake van schulden.

Verzoeker heeft in de afgelopen vijf jaar tot aan opname bij U-center één ambulante behandeling gericht op verslaving gehad. Bij ernstige verslaving, ernstige psychopathologie en een goede tot matige sociale integratie, komt verzoeker op basis van de MATE (beslisboom) uit op een ambulante behandeling gericht op afhankelijkheid van alcohol."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 13 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over geneeskundige zorg, meer specifiek GGZ-zorg, en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 7.2. Specialistische GGZ vormt een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Deze aanspraak is geregeld in artikel 37 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Bij verzoeker was aanvankelijk sprake van een dubbele diagnose, te weten een depressieve stoornis gecombineerd met een stoornis in alcoholgebruik. De vraag is of hij in verband hiermee 'redelijkerwijs was aangewezen

op klinische behandeling bij U-Center, zoals is bepaald in artikel 2, vijfde lid, van voornoemde verzekeringsvoorwaarden. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.

- 7.3. Het Zorginstituut heeft in zijn nader advies van 23 juli 2024 opgemerkt dat verzoeker voor de behandeling van de stoornis in alcoholgebruik redelijkerwijs was aangewezen op een klinische detox. Het lukte hem echter al vóór de opname bij U-Center te stoppen met alcohol. Verzoeker was voor verdere diagnostiek en behandeling van zijn stemmingsklachten niet redelijkerwijs aangewezen op een gestandaardiseerd klinisch behandelprogramma van zes weken. De diagnostiek en behandeling van de depressieve stoornis bij Antes was immers feitelijk nog niet begonnen omdat het alcoholgebruik nog op de voorgrond stond. Volgens de Zorgstandaard Depressieve stoornissen wordt altijd eerst gestart met een ambulante behandeling. Met het definitieve advies van 27 november 2024 heeft het Zorginstituut zijn nader advies bevestigd. De commissie heeft kennisgenomen van het advies van het Zorginstituut en neemt de conclusie hiervan over. Dit betekent dat verzoeker niet redelijkerwijs was aangewezen op klinische behandeling bij U-Center en dat de kosten hiervan niet ten laste van de zorgverzekering kunnen worden gebracht.
- Dat andere zorgverzekeraars (klinische) behandelingen bij U-Center wél vergoeden, kan niet leiden tot een ander oordeel. Het betreft hier weliswaar verzekerde zorg, maar dat betekent niet dat in het specifieke geval zonder meer aanspraak bestaat. Zoals hiervoor is toegelicht, moet betrokkene ook redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg, en is dit bij verzoeker niet het geval, waar andere verzekerden mogelijk wél aan deze voorwaarde voldoen.
- Verzoeker heeft verder aangevoerd dat hij vertrouwde op een goede financiële afhandeling, gezien de door de ziektekostenverzekeraar in zijn e-mailbericht van 14 januari 2022 genoemde vergoeding van 75% van het NZa-tarief. In hetzelfde e-mailbericht heeft de ziektekostenverzekeraar echter ook vermeld dat als de zorg wordt afgenomen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder er een aanvraag moet worden ingediend. Uit dit e-mailbericht is geen eenduidige en onvoorwaardelijke toezegging af te leiden, inhoudende dat de ziektekostenverzekeraar 75% van het NZa-tarief vergoedt bij gebruik van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het indienen van een aanvraag impliceert dat hierop nog een beslissing volgt en dat kan ook een afwijzing zijn. Dat de ziektekostenverzekeraar in zijn latere e-mailbericht van 27 januari 2022 niet nogmaals heeft vermeld dat voorafgaand een aanvraag moet worden ingediend bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder maakt het voorgaande niet anders.
- Verzoeker heeft voorts gesteld dat hij de interpretatie van het Zorginstituut ten aanzien van sociale desintegratie niet deelt. Het Zorginstituut heeft gemotiveerd uiteengezet waarom in de situatie van verzoeker niet kan worden gesproken van sociale desintegratie. Het verzoek wordt, voor zover dit ziet op de klinische behandeling bij U-Center, daarom afgewezen.
- 7.4. Na de klinische behandeling is verzoeker verder ambulante behandeld door deze zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de ambulante behandeling afgewezen, omdat deze volgens hem onlosmakelijk is verbonden met de opname, en op vergoeding daarvan geen aanspraak bestaat. In het voorlopig advies van 23 april 2024 heeft het Zorginstituut opgemerkt dat de ambulante behandeling naar zijn oordeel niet onlosmakelijk is verbonden met de klinische behandeling. Verzoeker had de ambulante behandeling immers ook bij een andere zorgaanbieder kunnen krijgen. Gezien het advies van het Zorginstituut van 23 april 2024 en het feit dat de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de ambulante behandeling uitsluitend heeft afgewezen omdat deze onlosmakelijk verbonden zou zijn met de klinische behandeling, concludeert de commissie dat verzoeker in aanmerking komt voor vergoeding van de kosten van deze ambulante behandeling bij U-Center. Aangezien het een niet-gecontracteerde zorgaanbieder betreft, heeft verzoeker op grond van artikel 15 van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak op volledige vergoeding, maar op een door de ziektekostenverzekeraar vastgesteld bedrag, zoals is vermeld op de website van de ziektekostenverzekeraar. Onder de gegeven omstandigheden ziet de commissie tevens aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het betaalde entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek - voor het resterende deel - niet op basis hiervan kan worden toegewezen.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie beslist dat:
- (i) verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de klinische behandeling bij U-Center,
 - (ii) verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de ambulante behandeling aldaar, met inachtneming van het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden ten aanzien van de hoogte ervan;
 - (iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 30 januari 2025,

mr. H.A.J. Kroon

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Machtiging

Om voor de logeervergoeding in aanmerking te komen moet u daarvoor vooraf bij ons om toestemming vragen en een machtiging van ons hebben gekregen. Daarom raden wij u aan om tijdig contact met ons op te nemen. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Eigen bijdrage

De eigen bijdrage voor ziekenvervoer (per auto, openbaar vervoer of taxi) is niet van toepassing op de logeervergoeding.

ARTIKEL 37 CURATIEVE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

LID 1 ALGEMEEN

De gespecialiseerde GGZ (S-GGZ) en Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ) zijn per 1 januari 2022 vervangen door de overkoepelende term: Curatieve geestelijke gezondheidszorg (Curatieve GGZ).

GGZ settings

Curatieve GGZ wordt in verschillende vormen geleverd. Dit worden 'settings' genoemd. De Curatieve GGZ moet binnen één van de onderstaande settings worden geleverd:

- a. Setting 1: Ambulante setting (behandeling zonder verblijf) waarbij de zorg is geleverd door een vrijgevestigde zorgaanbieder conform kwaliteitsstatuut sectie II.
- b. Setting 2: Ambulante setting (behandeling zonder verblijf) waarbij de zorg monodisciplinair is geleverd in een instelling conform kwaliteitsstatuut sectie III.
- c. Setting 3: Ambulante setting (behandeling zonder verblijf) waarbij de zorg multidisciplinair (door meer dan twee verschillende soorten behandelaren) is geleverd in een instelling conform kwaliteitsstatuut sectie III.
- d. Setting 4: zorgverlening die wordt gekwalificeerd als 'Outreachend'. Dit houdt in dat de zorgverlening plaatsvindt buiten de instelling en door een multidisciplinair team wordt geleverd.
- e. Setting 5: Klinische setting (behandeling met verblijf).
- f. Setting 6: Klinische setting (behandeling met verblijf) waarin in een instelling forensische en beveiligde zorg wordt geleverd.
- g. Setting 7: Ambulante setting (behandeling zonder verblijf) waarin forensische en beveiligde zorg wordt geleverd.
- h. Setting 8: setting waarin hoogspecialistische multidisciplinaire zorg wordt geleverd. Dit kan zowel ambulante (zonder verblijf) als klinisch (met verblijf) plaatsvinden. Deze zorg kan uitsluitend worden gedeclareerd door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder.

Voor iedere setting geldt dat er alleen aanspraak op vergoeding bestaat als er een medische noodzaak is voor behandeling in de desbetreffende setting. Op basis van de zorgvraag wordt de setting bepaald. Het genoemde kwaliteitsstatuut betreft door de beroepsgroep vastgestelde normen.

De noodzaak voor een bepaalde setting kan gedurende de behandeling wijzigen. Het is derhalve mogelijk dat gedurende de gehele behandeling de behandeling in opvolgend meerdere settings plaatsvindt.

Kwaliteitsstatuut

De zorgaanbieder beschikt over een goedgekeurd kwaliteitsstatuut dat voldoet aan de voorwaarden die de beroepsgroep daaraan heeft gesteld en werkt aantoonbaar conform dit kwaliteitsstatuut.

Overgangsregeling

Indien u een geldige verwijzing hebt van ten minste na 1 april 2021 voor zorg die voorheen in de generalistische basis GGZ of specialistische GGZ zou vallen, dan heeft u recht op vergoeding van de zorg zoals in dit artikel is omschreven.

Wet langdurige zorg

De Wet langdurige zorg (Wlz) is voorliggend op de vergoeding vanuit de zorgverzekering. Indien tijdens de behandeling blijkt dat de behandeling in aanmerking kan komen voor bekostiging op grond van de Wet Langdurige Zorg zal de zorg niet meer vergoed worden op basis van de zorgverzekering.

Overgang Jeugdwet

Verzekerden die onder de Jeugdwet zijn behandeld en waarvan de behandeling doorloopt bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd, kunnen de behandeling voortzetten onder dezelfde regiebehandelaar. De regiebehandelaar dient daarbij te zijn opgenomen in de overgangsregeling zoals die staat beschreven in het meest recente landelijk kwaliteitsstatuut (te vinden op: www.zorginzicht.nl). De behandeling kan maximaal 365 dagen duren vanaf de dag dat de verzekerde 18 is geworden.

LID 2 CURATIEVE GGZ ZONDER VERBLIJF

LID 2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN: SETTING 1, 2, 3, 8

Curatieve GGZ zonder verblijf in setting 1, 2, 3, en 8 betreft zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, zonder dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) plaatsvindt. De zorg is gericht op de diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, of op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Zorg geleverd binnen een vrijgevestigde praktijk (kwaliteitsstatuut sectie II) valt uitsluitend in setting 1.

LID 2.2 VOORWAARDEN: SETTING 1, 2, 3, 8

Verwijzing

U moet een geldige verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, SEH-arts, straatdokter of regiebehandelaar in de Curatieve GGZ. Dit geldt niet voor crisiszorg. Wel is per direct een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt nadat de acute situatie voorbij is.

Voorwaarden voor de verwijzing:

- a. de verwijzing is gedateerd;
- b. de verwijzing is voorafgaand aan de behandeling afgegeven;
- c. de verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verwijzend arts;
- d. de verwijzing bevat de (elektronische) handtekening van de verwijzend arts;
- e. de verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verzekerde;
- f. uit de verwijzing blijkt dat er sprake is van een vermoeden op een DSM V stoornis;
- g. de verwijzing is een gerichte verwijzing naar Curatieve GGZ;
- h. de verwijzing is niet langer dan 9 maanden voor de start van de behandeling gedateerd.

LID 3 OUTREACHENDE CURATIEVE GGZ**LID 3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN: SETTING 4**

De setting Outreachend (setting 4) omvat Curatieve GGZ die overwegend plaatsvindt op een locatie buiten de GGZ-instelling. Voorbeelden van locaties zijn thuis bij de verzekerde, op kantoor, of elders zoals in het park. Voorbeelden van outreachende zorg zijn FACT (Flexible Assertive Community Treatment) en IHT (intensive hometreatment).

Curatieve GGZ in de setting Outreachend (setting 4) betreft zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, zonder dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) plaatsvindt en waarbij de zorgverlening overwegend plaatsvindt op een locatie buiten de GGZ-instelling. De zorg is gericht op de diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, of op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

De setting Outreachend geldt voor wijkgerichte zorg die wordt geleverd door een multidisciplinair team. De zorg in de setting Outreachend is flexibel georganiseerd, in locaties en in intensiteit. Het betreft vaak onplanbare zorg. De zorg is patiënt-volgend in tijdstippen en er is beschikbaarheid van zorg geregeld buiten kantooruren. Er is aantoonbaar nauwe samenwerking en goede afstemming met de crisisdienst, huisarts, familie of andere naasten, en andere hulpverleners of ketenpartners die van belang zijn voor een individuele patiënt. Indien nodig wordt de zorg op proactieve wijze geleverd als de patiënt (tijdelijk) zorgmijdt en diens psychische toestand dat rechtvaardigt.

LID 3.2 VOORWAARDEN: SETTING 4*Verwijzing*

U moet een geldige verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, SEH-arts, straatdokter of regiebehandelaar in de Curatieve GGZ. Dit geldt niet voor crisiszorg. Wel is per direct een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt nadat de acute situatie voorbij is.

Voorwaarden voor de verwijzing:

- a. de verwijzing is gedateerd;
- b. de verwijzing is voorafgaand aan de behandeling afgegeven;
- c. de verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verwijzend arts;
- d. de verwijzing bevat de (elektronische) handtekening van de verwijzend arts;
- e. de verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verzekerde;
- f. uit de verwijzing blijkt dat er sprake is van een vermoeden op een DSM V stoornis;
- g. de verwijzing is een gerichte verwijzing naar Curatieve GGZ;
- h. de verwijzing is niet langer dan 9 maanden voor de start van de behandeling gedateerd.

Zorgaanbieder Outreachende Curatieve GGZ

De zorg wordt verleend door een zorgaanbieder of GGZ-instelling die conform de Wet toetreding zorgaanbieders (WTZa) zorg mag verlenen.

De indicierend en coördinerend regiebehandelaar voldoet aan de voorwaarden zoals die in het meest recente landelijk kwaliteitsstatuut zijn opgenomen. Het meest recente landelijk kwaliteitsstatuut is te vinden op: www.zorginzicht.nl.

De regiebehandelaar dient in voldoende mate aantoonbaar direct betrokken te zijn bij zowel de diagnosestelling als de behandeling.

Er moet een psychiater en/of klinisch psycholoog vaststellen dat de zorg medisch noodzakelijk is en moet een psychiater en/of klinisch psycholoog aantoonbaar direct betrokken zijn bij zowel de diagnostiek als bij cruciale momenten tijdens de behandeling. Deze rechtstreekse betrokkenheid moet blijken uit het medisch dossier.

Begeleidende disciplines

Medewerkers met een beroep zonder zelfstandige behandelbevoegdheid zijn ondersteunend aan de behandeling en verlenen niet het merendeel van de zorg binnen een behandeltraject. Wij noemen dit begeleidende disciplines.

Noodzakelijkheid outreachende zorg

Outreachende zorg is uitsluitend mogelijk als dit om medische redenen noodzakelijk is. Uit het medisch dossier moet duidelijk blijken waarom zorg in de setting Outreachend noodzakelijk is en waarom behandeling in een andere setting niet mogelijk is.

LID 4 CURATIEVE GGZ MET VERBLIJF

LID 4.1 TE VERGOEDEN ZORGCOSTEN: SETTING: 5, 8

Curatieve GGZ met verblijf

Curatieve GGZ met verblijf omvat de zorg zoals psychiaters 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). De opname moet noodzakelijk zijn in het kader van de diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische stoornissen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, dan wel op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Wij vergoeden bij Curatieve GGZ met verblijf tevens de tijdens het verblijf noodzakelijk ingezette: verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Wij vergoeden bij verblijf voor maximaal 1.095 dagen (drie jaar):

- a. de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf;
- b. de verpleging, verzorging en paramedische zorg die bij de behandeling horen tijdens het verblijf.

Na deze 1.095 dagen kunt u op grond van de Wlz nog recht hebben op deze zorg.

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

- a. wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 1.095 dagen. Wel wordt na de onderbreking verder geteld;
- b. wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en heeft u na die onderbreking dus weer recht op vergoeding van de zorg voor 1.095 dagen;
- c. wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

De volgende vormen van opname tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a. niet-psychiatrische ziekenhuisopname;
- b. verblijf in een revalidatiecentrum met revalidatie als doel.

LID 4.2 VOORWAARDEN: SETTING 5, 8

Verwijzing

U moet een geldige verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, SEH-arts, straatdokter of regiebehandelaar in de Curatieve GGZ. Dit geldt niet voor crisiszorg. Wel is per direct een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt nadat de acute situatie voorbij is.

Voorwaarden voor de verwijzing:

- a. de verwijzing is gedateerd;
- b. de verwijzing is voorafgaand aan de behandeling afgegeven;
- c. de verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verwijzend arts;
- d. de verwijzing bevat de (elektronische) handtekening van de verwijzend arts;
- e. de verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verzekerde;
- f. uit de verwijzing blijkt dat er sprake is van een vermoeden op een DSM V stoornis;
- g. de verwijzing is een gerichte verwijzing naar Curatieve GGZ;
- h. de verwijzing is niet langer dan 9 maanden voor de start van de behandeling gedateerd.

Zie voor meer informatie over machtigingen, artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Zorgaanbieder Curatieve GGZ met verblijf

De zorg wordt verleend door een zorgaanbieder of GGZ-instelling die conform de Wet toetreding zorgaanbieders (WTZa) zorg mag verlenen.

De indicierend en coördinerend regiebehandelaar voldoet aan de voorwaarden zoals die in het meest recente landelijk kwaliteitsstatuut zijn opgenomen. Het meest recente landelijk kwaliteitsstatuut is te vinden op: www.zorginzicht.nl.

De regiebehandelaar dient aantoonbaar in voldoende mate direct betrokken te zijn bij zowel de diagnosestelling als de behandeling.

Er moet een psychiater en/of klinisch psycholoog vaststellen dat de zorg medisch noodzakelijk is en moet een psychiater en/of klinisch psycholoog aantoonbaar in voldoende mate direct betrokken zijn bij zowel de diagnostiek als bij cruciale momenten tijdens de behandeling. Deze rechtstreekse betrokkenheid moet blijken uit het medisch dossier.

Begeleidende disciplines

Medewerkers met een beroep zonder zelfstandige behandelbevoegdheid zijn ondersteunend aan de behandeling en verlenen niet het merendeel van de zorg binnen een behandeltraject. Wij noemen dit begeleidende disciplines.

Machtigingsvereiste bij niet-gecontracteerde zorgaanbieder met verblijf

Indien u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat voor Curatieve GGZ met verblijf, moet u daar vooraf van ons een machtiging voor hebben ontvangen. Voor zorg te leveren door een gecontracteerde zorgaanbieder geldt geen machtigingsvereiste. Zie voor meer informatie over machtigingen, artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden en lid 5 van dit artikel.

Om deze machtiging aan te vragen, moet de zorgaanbieder het volgende aan ons toesturen:

- a. uw NAW-gegevens;
- b. de reden van aanmelding;
- c. een verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist;
- d. de voorlopige diagnose volgens de vigerende DSM-classificatie;
- e. de klinische opname indicatie, conform de door de beroepsgroep vastgestelde richtlijnen;
- f. het voorgestelde behandelplan, inclusief het te verwachten aantal behandelminuten en uit te voeren activiteiten en verrichtingen;
- g. het toe te passen zorgprogramma en zorgpad;
- h. de kwalificaties van de zorgaanbieders, inclusief regiebehandelaar (onder vermelding van BIG-registratienummer), die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg;
- i. de onderbouwing van de te declareren deelprestatie inclusief inzet VOV-personeel in relatie tot de stoornis;
- j. de te verwachten zorgprestaties;
- k. een kostenbegroting voor behandeling en verblijf;
- l. de eigen bijdrage die u (optioneel) zelf moet betalen.

LID 5 FORENSISCHE EN BEVEILIGDE ZORG

LID 5.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN: SETTING 6, 7

Forensische en beveiligde zorg binnen de beveiligde omgeving

Curatieve GGZ in een forensische en beveiligde setting omvat de zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden. Klinische behandeling van patiënten die zijn aangewezen op zorg in een beveiligde setting (zowel materieel als de inzet van personeel). De zorg wordt geleverd in een besloten en beveiligde gespecialiseerde voorziening. Er worden (delict)gevaarlijke patiënten behandeld zonder een strafrechtelijke titel.

Forensische en beveiligde zorg buiten de beveiligde omgeving

Curatieve GGZ in een forensische en beveiligde setting omvat de zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden. Forensische en beveiligde zorg omvat de behandeling en begeleidingsactiviteiten van patiënten die zijn aangewezen op zorg in een forensische setting buiten de beveiligde omgeving van een kliniek. Er worden (delict)gevaarlijke patiënten behandeld zonder een strafrechtelijke titel.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

LID 5 INHOUD EN OMVANG VAN ZORG

In deze polisvoorwaarden is omschreven voor welke zorg u recht heeft op vergoeding. De inhoud en omvang van deze zorg wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

U heeft recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Dit wordt mede bepaald op basis van doelmatigheid en doeltreffendheid. Daarnaast mag de zorg of dienst niet onnodig kostbaar en/of onnodig gecompliceerd zijn.

Onder de zorg en diensten vallen ook de zorg en diensten die door de wetgever voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket. Welke zorg en diensten voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket is nader omschreven in artikel 19 van deze polisvoorwaarden.

ARTIKEL 3 WERKGEBIED

De zorgverzekering wordt overeengekomen met of voor verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland en met of voor verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen. In de Zorgverzekeringswet is nader omschreven wie verzekeringsplichtig is.

ARTIKEL 4 BEGIN VAN DE ZORGVERZEKERING**LID 1 DATUM VAN INGANG VAN DE VERZEKERING**

Als u bij ons uw zorgverzekering afsluit, doet u dat voor de periode van één jaar (van 1 januari tot en met 31 december). Voordat de zorgverzekering voor de eerste keer ingaat moeten wij een volledig ingevuld verzoek voor een zorgverzekering hebben ontvangen. De zorgverzekering waar deze polisvoorwaarden op van toepassing zijn gaat in op 1 januari 2022.

LID 2 ALTERNATIEVE INGANGSDATUM

Als u op het moment van aanvragen nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u heeft in uw verzoek aangegeven dat u de zorgverzekering op een latere datum wilt laten ingaan, dan gaat de zorgverzekering op die latere datum in.

LID 3 VERZEKERD MET TERUGWERKENDE KRACHT

Er zijn twee situaties waarin wij u met terugwerkende kracht kunnen inschrijven:

- a. als u de zorgverzekering binnen vier maanden nadat een verzekeringsplicht voor het eerst ontstaat bij ons aanvraagt. Als ingangsdatum geldt dan de dag waarop de verzekeringsplicht ontstaat.
- b. als u de zorgverzekering bij ons aanvraagt binnen een maand nadat uw zorgverzekering bij een andere verzekeraar is beëindigd. Uw zorgverzekering gaat dan bij ons in op de eerste dag nadat uw oude zorgverzekering is geëindigd.

LID 4 AANMELDING INTREKKEN (HERROEPEN)

U kunt een zorgverzekering herroepen die u via internet heeft aangevraagd en gesloten. Vul daartoe binnen 14 dagen na bevestiging van de aanmelding, het contactformulier in op onze website. Vermeld hierin het BSN van degene die de overeenkomst heeft aangevraagd en geef daarbij aan dat u de via internet gesloten verzekeringsovereenkomst wilt beëindigen.

DEEL 2 DEKKING EN VERGOEDING

ARTIKEL 15 RECHT OP ZORG EN VERGOEDING

LID 1 GECONTRACTEERDE ZORG EN NIET-GECONTRACTEERDE ZORG

U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg zoals wij in deze polisvoorwaarden hebben beschreven. Daarbij bent u volledig vrij in de keuze van zorgaanbieder. U kunt hierbij gebruik maken van:

- a. zorg verleend door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder (gecontracteerde zorg) (zie lid 2 van dit artikel); of
- b. zorg verleend door een zorgaanbieder die geen overeenkomst met ons heeft (niet-gecontracteerde zorg) (zie lid 3 van dit artikel).

Bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding gaan wij uit van de tarieven die gelden op het moment van uw behandeling.

LID 2 VERGOEDING BIJ GECONTRACTEERDE ZORG

Wanneer u kiest voor een zorgaanbieder met wie wij een overeenkomst hebben voor die behandeling, worden de kosten vergoed volgens de tarieven die wij met de desbetreffende zorgaanbieder hebben afgesproken. In dat geval betalen wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder en ontvangt u geen nota. Een eventuele wettelijke eigen bijdrage wordt dan (vaak) door de zorgaanbieder bij u in rekening gebracht. Een overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders vindt u in de [Zorgzoeker](#) op onze website.

LID 3 VERGOEDING BIJ NIET-GECONTRACTEERDE ZORG

Wanneer u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder ontvangt u zelf de nota van de zorgaanbieder. De hoogte van de vergoeding van deze nota is afhankelijk van of er een wettelijk maximumtarief geldt.

Wettelijk maximumtarief

Als er een wettelijk maximumtarief geldt vergoeden wij de zorg, na ontvangst van de nota, tot maximaal het wettelijk maximumtarief, met uitzondering van: huisartsenzorg, geboortezorg, curatieve GGZ, mond-zorg, trombosedienst, voetzorg, medisch specialistische revalidatie, Verpleging en Verzorging, geriatrische revalidatiezorg, zintuiglijke gehandicaptenzorg, eerstelijnsverblijf, en Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen. Hiervoor geldt dat wij de zorg vergoeden tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. U vindt al onze vergoedingen op onze website.

Vrije tarieven

Als er geen wettelijk maximumtarief geldt vergoeden wij de zorg, na ontvangst van de nota, tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. U vindt al onze vergoedingen op onze website.

Zorgverleners uitgesloten van vergoeding

Het kan voorkomen dat wij constateren dat er fraude is gepleegd door een zorgaanbieder. In dergelijke gevallen kunnen wij deze zorgaanbieder opnemen in ons interne frauderegister. Zorg verleend door zorgverleners die in dit register staan opgenomen, komt niet voor vergoeding in aanmerking. Wij informeren de desbetreffende zorgaanbieders hierover, zij zijn er verantwoordelijk voor om u hier voorafgaand aan de zorgverlening over te informeren.

LID 4 DECLAREREN VAN DOOR U GEMAAKTE KOSTEN

De kosten van zorg kunnen rechtstreeks door de zorgaanbieder bij ons worden gedeclareerd of door u bij ons worden gedeclareerd.

De zorgaanbieder declareert de nota rechtstreeks bij ons

Wij hebben met veel zorgaanbieders en leveranciers afgesproken dat zij hun nota's rechtstreeks bij ons kunnen declareren. Wij vergoeden de nota dan aan hen volgens het geldende tarief. Soms is daarop een eigen bijdrage of eigen risico van toepassing.

U ontvangt in dat geval van ons een bericht met het verzoek om het bedrag van het eigen risico of eigen bijdrage aan ons over te maken. Deze bedragen kunt u aan ons overmaken via een automatische incasso, overboeking via uw bank of door middel van een betaalverzoek dat u van ons per e-mail ontvangt.

De zorgaanbieder stuurt de nota naar u en u declareert de nota bij ons

Soms stuurt de zorgaanbieder de nota direct naar u. In dat geval bent u zelf verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de nota aan de zorgaanbieder. U kunt uw nota vervolgens op drie manieren bij ons declareren. Declareren kan gemakkelijk via de MijnDSW app, via de MijnDSW omgeving op onze website en per post.

MijnDSW app

Met de MijnDSW app kunt u snel en makkelijk een nota declareren. Daarnaast geeft het declaratieoverzicht u een overzichtelijk beeld van uw declaraties. U kunt de MijnDSW app downloaden in de App Store en via Google Play.

MijnDSW omgeving op de website

MijnDSW, uw persoonlijke omgeving op onze website, biedt ook de mogelijkheid om een declaratie online in te dienen.

Per post

Een declaratie kan ook per post ingediend worden. Stuur u ons in dat geval de originele nota (geen kopie, herinnering of aanmaning) en een volledig ingevuld en door u ondertekend declaratieformulier. Het declaratieformulier is verkrijgbaar via onze website en de MijnDSW omgeving. U kunt het formulier ook ophalen bij een loket of aanvragen bij de klantenservice. De klantenservice is telefonisch bereikbaar op 010 - 2 466 466.

Wij behouden ons hierbij het recht voor originele nota's op te vragen. U dient originele nota's daarom voor een termijn van 24 maanden te bewaren.

LID 5 EXTRA VOORWAARDEN BIJ NIET-GECONTRACTEERDE ZORG*Gegevens op de nota*

Wij nemen uitsluitend originele nota's in behandeling die tevens voorzien zijn van de naam, adresgegevens en geboortedatum van de verzekerde, naam en AGB-code van de behandelaar, de behandeldata, de aard van de behandeling en het per behandeling in rekening gebrachte bedrag. Wij verstrekken geen vergoeding op basis van offertes, voorschotnota's, herinneringen of aanmaningen. Daarnaast dient de nota voorzien te zijn van de prestatiecode(s) die door de Nederlandse Zorgautoriteit zijn opgesteld. De nota moet zodanig duidelijk en gespecificeerd zijn dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding wij zijn gehouden.

Vertaling nota's

Als wij dit noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota voor zorg die is geleverd in het buitenland te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten worden niet door ons vergoed.

Akte van cessie en verrekening

Indien u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat ontvangt u van die zorgaanbieder een nota voor de kosten van de geleverde zorg. De aanspraak op vergoeding van deze kosten is in beginsel persoonlijk, zie ook lid 3 van dit artikel.

U kunt de aanspraak op vergoeding van deze kosten, met inbegrip van alle voor u geldende polisvoorwaarden, overdragen op de desbetreffende niet-gecontracteerde zorgaanbieder door middel van een akte van cessie. De bij ons ingediende nota vergoeden wij vervolgens rechtstreeks aan de zorgaanbieder met inachtneming van artikel 15, lid 3 van deze polisvoorwaarden. Dit kan betekenen dat een deel van de nota niet door ons wordt vergoed en dat u het verschil tussen het door de zorgaanbieder in rekening gebrachte bedrag en het bedrag dat DSW aan de zorgaanbieder heeft uitbetaald, zelf aan de zorgaanbieder moet betalen.

Als u op grond van deze polisvoorwaarden geen recht heeft op vergoeding of u heeft recht op een lagere vergoeding dan het door de zorgaanbieder in rekening gebrachte bedrag dan komt het aldus ontstane verschil voor uw rekening.

Als wij een nota rechtstreeks aan u betalen mogen wij de aan u te betalen bedragen verrekenen met uw eventuele openstaande premie of openstaande terug te vorderen bedragen zoals bedoeld in artikel 12 lid 4 en artikel 12 lid 5 van deze polisvoorwaarden.

LID 6 WACHTLIJSTADVIES

U heeft desgevraagd recht op wachtlijstadvies door DSW Zorgverzekeraar. U kunt daartoe contact opnemen via wachtlijstadvies@dsw.nl of via MijnDSW. U kunt ons ook bellen op 010 - 2 466 466.

LID 7 TOESTEMMINGSVEREISTE (AANVRAAG EN MACTHIGING)

Sommige zorg wordt uitsluitend vergoed als u daar vooraf van ons toestemming voor heeft gekregen (een machtiging). Als er een toestemmingsvereiste geldt, dan staat dat bij de desbetreffende zorgaanspraak (artikel 16 tot en met artikel 43) vermeld. Daarbij staat ook welke voorwaarden daarbij van toepassing zijn. Bij het aanvragen van een machtiging stuurt u ons:

- a. een verwijzing of aanvraag van de behandelende huisarts, medisch specialist of tandarts; en
- b. het behandelplan waarin de aangevraagde behandeling wordt omschreven en gemotiveerd; en
- c. als het mogelijk is, een kostenbegroting van de aangevraagde zorg.

Alleen nadat u van ons een schriftelijke machtiging heeft gekregen, komt de zorg voor rekening van uw zorgverzekering voor de duur en voor maximaal het bedrag dat op de machtiging staat vermeld. Een door DSW afgegeven machtiging heeft een geldigheidsduur van 365 dagen (zie lid 13 van dit artikel), en wordt afgegeven op basis van de op het moment van afgifte geldende wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden. De machtiging is niet meer geldig als de betreffende wet- of regelgeving wijzigt of als uw verzekering is gewijzigd of beëindigd (tenzij de ingangsdatum van de DOT-zorgproductcode (inclusief DBC) binnen de looptijd van uw verzekering ligt).

LID 8 SPOEDEISENDE ZORG - GEEN MACTHIGINGSVEREISTE

In het geval van spoedeisende zorg handelen wij alsof u een machtiging heeft gekregen voor de zorg, ook al heeft u deze niet vooraf bij ons aangevraagd. U moet ons wel zo snel mogelijk op de hoogte stellen van deze zorg. Bij spoedeisende zorg is geen verwijzing vereist.

LID 9 EXTRA VOORWAARDEN BIJ ZORGVERLENING DOOR FAMILIE

Zorg die u aan uzelf heeft verleend komt niet voor vergoeding in aanmerking. Zorg verleend door uw partner of familielid in de eerste of tweede graad wordt ook niet vergoed. Hiervan is uitgezonderd zorgverlening op grond van een persoonsgebonden budget bij persoonlijke verzorging en verpleging (zie daarover het Reglement Persoonsgebonden Budget VV). U kunt aan ons toestemming vragen voor zorgverlening door een familielid indien de zorg niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd. Wij kunnen bij uitzondering, afhankelijk van de specifieke omstandigheden, dan toestemming verlenen.

LID 10 OMZETPLAFOND

In de overeenkomst die wij met zorgaanbieders hebben gesloten hebben wij afspraken gemaakt over onder andere de kwaliteit en veiligheid van zorg. Daarbij maken wij soms ook afspraken over maximale vergoedingen aan de zorgaanbieder (het zogenoemde "omzetplafond"). Met de zorgaanbieder spreken wij af hoe moet worden gehandeld bij het bereiken van het omzetplafond zodat u de zorg kunt blijven ontvangen die u nodig hebt. Indien een zorgaanbieder u desondanks meldt dat er geen (financiële) ruimte meer is om zorg aan u te verlenen, verzoeken wij u dit zo spoedig mogelijk bij ons te melden. DSW gaat dan met u en/of de zorgaanbieder in overleg om tot de beste oplossing te komen.

In de volgende gevallen kunt u altijd terecht bij een zorgaanbieder, ook als het omzetplafond is overschreden:

- a. bij spoedeisende hulp;
- b. in het geval van crisiszorg van de regionale crisisdienst;
- c. indien u al in behandeling bent bij de betreffende zorgaanbieder.