

22 JAN 2013

Eekholt 4  
1112 XH DiemenPostbus 320  
1110 AH Diemen(020) 797 85 55  
(020) 797 85 00info@cvz.nl  
www.cvz.nl

Aan de Geschillencommissie van  
Stichting Klachten en Geschillen  
Zorgverzekeringen (SKGZ)  
T.a.v. mevrouw  
Postbus 291  
3700 AG ZEIST

Uw brief van  
17 december 2012

Uw kenmerk  
G47 2012.01851/11/G

Datum  
21 januari 2013

Ons kenmerk  
ZA/2013008223

Behandeld door

Doorkiesnummer  
(020) 797 88 03

Zaaknummer  
2012142037

Onderwerp  
Advies als bedoeld in artikel 114 Zorgverzekeringswet

Geachte voorzitter, commissie,

U hebt op 17 december 2012 aan het College voor zorgverzekeringen advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid Zorgverzekeringswet. Verzoeker en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van extra kosten van verblijf in een GGZ-instelling (extra/luxe faciliteiten) en kosten van ambulante zorg behandelingen GGZ. Bij uw adviesaanvraag hebt u ons ook een kopie van het dossier gestuurd, maar een verslag van de hoorzitting ontbreekt nog. Het College brengt daarom een voorlopig advies uit, dat nog aangepast kan worden als uit het verslag van de hoorzitting nieuwe feiten of omstandigheden naar voren komen.

Het College heeft kennisgenomen van de stukken. Het College is van oordeel dat de zorgverzekeraar nader onderzoek dient te verrichten naar welke ambulante zorg gedeclareerd is.

Vooraf merkt het College op dat de adviestaak van het College beperkt is tot de vraag of een verzekerde aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Het advies van het College kan dus geen betrekking hebben op een beslissing van een zorgverzekeraar op basis van de aanvullende verzekering of coulance.

#### **Medische beoordeling**

Na kennisneming van het geschil heeft het College dit dossier voor een medische beoordeling voorgelegd aan zijn medisch adviseur. Deze heeft de stukken bestudeerd en deelt het volgende mee, hierbij rekening houdende met het verzoek van uw commissie in het advies aandacht te schenken aan de vraag of de kosten van de ambulante zorg terecht bij verzoeker in rekening zijn gebracht of dat deze als nazorg zijn aan te merken en daardoor onder de DBC van de opname vallen.

*Extra kosten van verblijf (extra/luxe faciliteiten)*

Verzoeker heeft gevraagd om vergoeding van de eigen bijdrage voor niet zorg-gebonden faciliteiten in verband met verblijf van zeven weken in een verslavingszorginstelling. Het betreft € 9.555,- gedeclareerd voor de 'eigen bijdrage hotel voor zeven weken'.

Voor verblijf dat noodzakelijk is in verband met GGZ zijn verzekerden van 18 jaar en ouder een bijdrage verschuldigd. De hoogte van deze eigen bijdrage voor GGZ-verblijf is € 145,- (2012) per maand. Gedurende de eerste 31 dagen van het verblijf is geen bijdrage verschuldigd.

De eigen bijdrage voor verblijf is verschuldigd naast de eigen bijdrage die verschuldigd is voor een behandel-DBC. De bij de zorgverzekeraar in rekening gebrachte kosten van geneeskundige GGZ vallen onder het verplicht eigen risico. De kosten van de eigen bijdrage komen bovenop het verplicht eigen risico.

Het gedeclareerde bedrag is duidelijk hoger dan de verschuldigde eigen bijdrage voor verblijf.

Verblijf in een GGZ-instelling omvat een integraal multidisciplinair zorgaanbod, waarin ook begeleiding zit. Verblijf omvat daarnaast het eten en drinken en het schoonmaken van de kamer. Verzekerden die voor een deel van hun tijd behoefte hebben aan een zinvolle dagbesteding kunnen hiervan gebruikmaken. Deze daginvulling valt ook onder het verblijf ten laste van de Zorgverzekeringswet. Welke extra faciliteiten een zorgaanbieder biedt moet worden overeengekomen tussen de zorgaanbieder en de zorgvrager. De zorgverzekeraar speelt hierin geen rol.

Uit het dossier is niet op te maken wat precies onder het gefactureerde valt. De rekening is niet nader gespecificeerd maar heeft als omschrijving wel duidelijk eigen bijdrage hotel'. Verweerder kan ervan uitgaan dat het inderdaad alleen extra faciliteiten betreft die niet onder 'verblijf' vallen die ten laste van de Zorgverzekeringswet komt.

*Kosten van ambulante zorg behandelingen*

Deze zouden betrekking hebben op de voor ambulante zorg verschuldigde eigen bijdrage. De vraag van uw commissie of deze kosten terecht bij verzoeker in rekening zijn gebracht of dat deze kosten zijn aan te merken als 'nazorg' die onder de klinische DBC vallen, kan het College vooralsnog niet beantwoorden.

Verweerder gaat er blijkbaar van uit dat sprake is van een nieuw behandeltraject (nieuw geopende DBC) of van eerstelijnspsychologische zorg. Uit het dossier is hiervoor geen onderbouwing te vinden. Verweerder zou verder moeten uitzoeken welke ambulante zorg gedeclareerd is.

*De vraag voor nader onderzoek is dus:*  
Welke ambulante zorg is gedeclareerd?

**Juridische beoordeling**

Het College heeft kennisgenomen van de stukken. Op basis van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering en het advies van de medisch adviseur, is het College van oordeel dat verzoeker niet in aanmerking komt voor vergoeding van de extra kosten van verblijf (extra/luxe faciliteiten) en dat niet zonder meer vaststaat dat verzoeker niet in aanmerking komt voor vergoeding van de kosten van ambulante zorg behandelingen.

In artikel 32 van de Univé Gewoon ZEKUR Zorg Polis is, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, bepaald dat de verzekerde recht heeft op medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met specialistische GGZ, gedurende een periode van maximaal 365 dagen, zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering.

Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

PHYSICS DEPARTMENT

PHYSICS DEPARTMENT  
5712 S. DICKINSON DRIVE  
CHICAGO, ILL. 60637

De verzekerde die 18 jaar of ouder is, is een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van € 145,- per maand voor verblijf in verband met geneeskundige GGZ zoals omschreven in artikel 23, Specialistische GGZ. Tijdens de eerste 31 dagen van het verblijf is de verzekerde geen eigen bijdrage verschuldigd.

Dit komt overeen met hetgeen daarover bij en krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

In artikel 22 van de Univé Gewoon ZEKUR Zorg Polis is, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, bepaald dat de verzekerde recht heeft op eerstelijnspsychologische zorg zoals klinisch psychologen deze plegen te bieden, tot maximaal vijf zittingen per kalenderjaar en dat de verzekerde een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd is van € 20,- per zitting.

Dit komt overeen met hetgeen daarover bij en krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

In artikel 22 van de Univé Gewoon ZEKUR Zorg Polis is, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, bepaald dat de verzekerde recht heeft op geneeskundige zorg zoals psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen deze plegen te bieden en dat de verzekerde van 18 jaar of ouder een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd is van € 100,- voor een DBC tot honderd minuten en € 200,- voor een DBC vanaf honderd minuten. Dit komt overeen met hetgeen daarover bij en krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

Nu de medisch adviseur heeft aangegeven dat extra faciliteiten niet onder 'verblijf' vallen die ten laste van de Zorgverzekeringswet komt, kom verzoeker niet in aanmerking voor vergoeding hiervan.

Nu de medisch adviseur heeft aangegeven dat nader onderzoek dient te worden gedaan naar welke ambulante zorg is gedeclareerd, kan het College nog niet beoordelen of verzoeker in aanmerking komt voor vergoeding hiervan.

#### **Advies van het College**

Gelet op het bovenstaande adviseert het College tot afwijzing van het verzoek om vergoeding van de extra faciliteiten.

Gelet op al het voorgaande raadt het College u aan om de zorgverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar welke ambulante zorg is gedeclareerd, met inachtneming van het vorenstaande.

Hoogachtend, .