

ANONIEM BINDEND ADVIES

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202301474

Partijen

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

en

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.,
- 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Utrecht, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de aangevraagde specialistische GGZ-behandeling in verband met een gokverslaving moet vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk gesteld dat het zorgtraject niet voorziet in nazorg, hetgeen een essentieel onderdeel is van de behandeling. Daarmee voldoet de behandeling niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarnaast is niet gebleken dat verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op een intensieve dagbehandeling. Tijdens de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij bereid is de kosten van de behandeling te vergoeden, omdat het Zorginstituut op basis van nieuw aangeleverde informatie heeft geconcludeerd dat verzoeker was aangewezen op de betreffende behandeling.
- 1.2. De commissie stelt vast dat partijen niet meer van mening verschillen over de vraag of verzoeker was aangewezen op de aangevraagde behandeling. Verzoeker heeft een zogenoemde naturaverzekering. De zorg is geleverd door een zorgaanbieder die ten tijde van de behandeling niet was gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft daarom aanspraak op vergoeding tot ten hoogste 75% van het gemiddelde, door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde tarief.
- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 9 juni 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 19 juni 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 25 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 31 augustus 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 8 november 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023037217) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 9 november 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker heeft op 27 november 2023 zijn nadere reactie met stukken ter onderbouwing aan de commissie gestuurd. Kopieën hiervan zijn eveneens op 27 november 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 december 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Goede Keuze (natura) (hierna: de zorgverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende ziektekostenverzekeringen ZorgBewust, TandBeter en Buitenland zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.
- 3.2. Op 3 maart 2023 heeft de zorgaanbieder ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor specialistische GGZ-behandeling in verband met een gokverslaving. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar bij brieven van 6 maart 2023 en 16 maart 2023 aanvullende informatie opgevraagd bij de zorgaanbieder. De zorgaanbieder heeft op 10 maart 2023 en 23 maart 2023 de gevraagde aanvullende informatie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.3. Bij brief van 3 maart 2023 heeft de zorgaanbieder over verzoeker verklaard: *"Verzeerde heeft een intakegesprek gevoerd met o.a. psychiater [naam] waarin de diagnose gokverslaving (DSM5 - 312.31) is vastgesteld. Via Honos+ is zorgvraagtypering vastgesteld: X-Psychische aandoening - sterk onredelijke overtuiging"*

Bij brief van 10 maart 2023 heeft de zorgaanbieder aan de ziektekostenverzekeraar toegelicht hoe de behandeling zal verlopen. Hierbij is vermeld dat de persoonlijke behandeldoelen van verzoeker, naast het onder controle krijgen van het verslavingsgedrag, zijn: *"emoties uiten/gevoel uiten, meer open en eerlijk zijn, en leren omgaan met de trek om te gokken als ik boos ben."*

Bij brief van 23 maart 2023 heeft de zorgaanbieder verklaard dat inmiddels is gestart met de behandeling. De reden van verwijzing door de huisarts was: *"Gokstoornis met intermitterend en deels progressief beloop."* Verder wordt bij de 'beschrijvende diagnose, contextschets' vermeld: *"(...) bekend met gokverslavingen ten gevolge daarvan relationele problematiek in gezin van herkomst, met een copingstijl welke neigt tot een populaire, dominante opstelling en enige ontkenning naar onderliggende dynamiek. (...)"*

- 3.4. Bij brief van 18 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag voor een specialistische GGZ-behandeling wordt afgewezen. De kosten van deze behandeling komen volgens de ziektekostenverzekeraar niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 19 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 8 december 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de aangevraagde specialistische GGZ-behandeling in verband met een gokverslaving alsnog moet vergoeden.

- 4.2. Verzoeker kampt al langere tijd met een gokverslaving. Op 23 februari 2023 is hij door de huisarts verwezen naar Hervitas voor behandeling hiervan. Na de intake, waarbij de diagnose gokverslaving (DSM5 -312.31) is vastgesteld, heeft de zorgaanbieder namens verzoeker een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een behandeltraject van drie weken, vijf dagen per week.

In de brief van 23 maart 2023 merkt verzoeker op dat de ziektekostenverzekeraar na de aanvraag tweemaal aanvullende informatie heeft opgevraagd. Op de website van de ziektekostenverzekeraar en op het aanvraagformulier stond niet vermeld dat deze informatie moest worden overgelegd. Dit heeft extra administratieve lasten opgeleverd voor de zorgaanbieder. Ook heeft het geleid tot vertraging bij het nemen van een beslissing door de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker merkt hierbij op dat de zorgaanbieder op 19 april 2023 een herinneringsbrief van de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen, die was gedateerd op 6 april 2023. In de brief heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat hij nog geen aanvullende informatie had ontvangen. De zorgaanbieder had echter al op 10 maart 2023 en 23 maart 2023 het gevraagde aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

In de brief van 23 maart 2023 heeft de zorgaanbieder niet alleen aanvullende informatie verstrekt aan de ziektekostenverzekeraar, maar hij heeft ook vermeld dat hij, gezien de ernst van de problematiek van verzoeker, heeft moeten besluiten niet langer te wachten op de beslissing van de ziektekostenverzekeraar. Er is daarom gestart met de behandeling.

In zijn brief van 27 april 2023 heeft verzoeker gesteld dat de zorgaanbieder in 2022 zes machtigingsaanvragen heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Deze aanvragen zijn alle zes goedgekeurd. In 2023 heeft de zorgaanbieder niets veranderd aan de behandeling. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou de indicatiestelling voor een intensieve dagbehandeling evenwel ontbreken. Dit is volgens verzoeker niet correct. De psychiater heeft naar aanleiding van het intakegesprek immers vastgesteld dat bij verzoeker sprake is van de diagnose gokverslaving (DSM5-312.31). Ook de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat pas in de beschrijvende diagnose te lezen is wat de ernst van de problematiek is, treft geen doel. In de episodelijst bij de verwijsbrief van de huisarts wordt in 2020 al melding gemaakt van een gokverslaving. Daarbij wordt in het formulier 'aanvraagformulier machtiging GGZ voor niet gecontracteerde zorginstellingen' niet gevraagd om een beschrijvende diagnose. Verder verklaart verzoeker dat de zorgaanbieder nazorg biedt voor de rest van zijn leven. Deze kosten worden echter niet apart gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.

In de brief van 1 juni 2023 heeft verzoeker benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar vooraf onvoldoende duidelijk heeft gemaakt welke informatie moet worden overgelegd bij het indienen van een aanvraag. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar zich niet gehouden aan zijn eigen regels om binnen zeven dagen te reageren op een ingediende aanvraag. De aanvraag is ingediend op 3 maart 2023 en pas op 24 april 2023 heeft verzoeker de beslissing ontvangen. Verder

merkt verzoeker op dat het stellen van een diagnose en het voorschrijven van een behandeling nadrukkelijk zijn voorbehouden aan de regiebehandelaar.

Verzoeker heeft op 20 juni 2023 aan de commissie enkele stukken gestuurd van een andere verzekerde die is behandeld door de zorgaanbieder. Dit betreft de aanvraag, aanvullende informatie en de positieve beslissing van de ziektekostenverzekeraar. Volgens verzoeker is de situatie van deze persoon vergelijkbaar met die van hem. Hij begrijpt daarom niet dat zijn aanvraag niet is goedgekeurd.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het niet aan de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is om te bepalen of een patiënt is aangewezen op een intensieve behandeling. Dit is recent nog bevestigd door het Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden in het arrest van 30 mei 2023 (ECLI:NL:GHARL:23:4604). Bij verzoeker is tijdens de uitgebreide intake door de psychiater vastgesteld dat hij is aangewezen op een intensieve behandeling. Nadat de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft verklaard dat hij bereid is tot vergoeding, heeft verzoeker de commissie gevraagd een en ander vast te leggen in een bindend advies.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn beslissing van 18 april 2023 verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op de aangevraagde behandeling. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat de scores binnen de MATE weliswaar een hoge mate van ernst van de verslaving laten zien, maar niet van 'comorbide psychopathologie en sociale desintegratie'. De MATE adviseert daarmee een standaard ambulante behandeling. De indicatiestelling voor een intensieve dagbehandeling ontbreekt bij verzoeker, aldus de ziektekostenverzekeraar.
- De op 10 maart 2023 door de zorgaanbieder toegestuurde gegevens betroffen slechts algemene informatie over het behandelaanbod.
- Pas in de brief van 23 maart 2023 wordt een beschrijvende diagnose gegeven, waarin de ernst van de problematiek wordt toegelicht. Eventuele eerder gevolgde behandelingen worden niet genoemd, er is alleen een vermelding van een behandeling door een psycholoog bij Jellinek. Volgens het standpunt van het Zorginstituut is een dagbehandeling binnen de verslavingszorg pas aangewezen als ambulante behandeling onvoldoende effect lijkt te sorteren of om opname te voorkomen. Uit de beschrijvende diagnose blijkt niet dat hiervan bij verzoeker sprake is. Ook wordt de motivatie van verzoeker enigszins in twijfel getrokken, gezien de vermeldingen "weinig inzicht in gokgedrag" en "enige ontkenning naar onderliggende dynamiek". Tevens blijkt uit de aanvraag niet dat wordt voorzien in nazorg, wat altijd een essentieel onderdeel is van de behandeling.
- Er is derhalve niet gebleken dat verzoeker naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op de aangevraagde intensieve dagbehandeling.
- 5.2. In de brief van 25 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verder aangevoerd dat op het aanvraagformulier wordt gevraagd om "de wijze waarop de zorgzwaarte is vastgesteld en daarmee de mate waarin de verzekerde aangewezen is op de door u aangevraagde zorg". Hieronder valt volgens de ziektekostenverzekeraar niet alleen de beschrijvende diagnose maar ook een opgave van de eerder gevolgde therapieën. Zonder deze informatie kan niet worden nagegaan of betrokkene redelijkerwijs is aangewezen op een intensieve dagbehandeling. Het zou een professional duidelijk moeten zijn dat deze informatie moet worden aangeleverd, aldus de ziektekostenverzekeraar.
- Hoewel tussen het indienen van de aanvraag en de beslissing hierop 46 dagen zijn verstreken, vindt de ziektekostenverzekeraar dat hij voortvarend heeft gehandeld. Door de communicatie per post is enige vertraging ontstaan. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar de brief gedateerd 23 maart 2023, met de gevraagde informatie, pas op 16 april 2023 ontvangen.
- Het is de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk welke (ambulante) behandelingen verzoeker eerder heeft ondergaan en wat hiervan het effect was. Daarnaast wordt volgens de behandelaar

in het huidige traject wel nazorg aangeboden, maar hoefde dit niet te worden vermeld in de aanvraag. De ziektekostenverzekeraar is daarentegen van oordeel dat nazorg een essentieel onderdeel is van iedere behandeling en om die reden moet terugkomen in het behandelplan. De ziektekostenverzekeraar doet geen uitspraken over andere verzekerden, die volgens verzoeker in een vergelijkbare situatie wél een machtiging hebben gekregen. De geldende privacyregels staan dit niet toe.

- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog toegelicht dat hij eerder had geconcludeerd dat verzoeker niet was aangewezen op de betreffende behandeling. Het Zorginstituut is in zijn advies van 8 november 2023, mede op basis van nieuwe informatie die is aangeleverd, tot een andere conclusie gekomen. De ziektekostenverzekeraar kan voornoemd advies volgen en legt zich hierbij neer. Daarmee is dus het 'aangewezen zijn' niet meer in geschil. De ziektekostenverzekeraar is bereid tot vergoeding van de behandeling over te gaan.
- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 8 november 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Stand van de wetenschap en praktijk

(...) Verweerder geeft terecht aan dat bij verslavingszorg conform de stand van de wetenschap en praktijk, een aanbieder ook nazorg moet bieden. In het eerdergenoemde rapport 'Verslavingszorg in beeld' heeft het Zorginstituut het standpunt ingenomen dat behandelprogramma's altijd dienen te voorzien in nazorg. Het ontbreken daarvan heeft negatieve gevolgen voor het effect van de behandeling.

Behandelprogramma's zonder nazorg zijn minder effectief. (...)

Op de website van Hervitas is een uitgebreide beschrijving van de nazorg te vinden. Hier staat beschreven dat iedere cliënt de rest van zijn leven toegang heeft tot nazorg die Hervitas biedt, bestaande uit online bijeenkomsten van twee uur iedere maandagavond, onder begeleiding van een therapeut en/of ervaringsdeskundige. In het behandelplan staat: "betrokkenheid in (zelfhulp)groepen zoals Hervitas nazorggroep-, GA-, AGOG-, en Buitenveldertgroepen worden door ons geënthousiasmeerd". Daarnaast blijkt uit de brief d.d. 10 maart 2023 van Hervitas het volgende: "Mocht de patiënt daar behoefte aan hebben, dan kan in overleg met de regiebehandelaren, besloten worden dat patiënt na afronding van de behandeling van 3 weken, nog beperkt aanvullende individuele therapie krijgt van de therapeut." Uit het voorgaande blijkt dat Hervitas voldoende nazorg aanbiedt en de behandeling daarmee voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Redelijkerwijs aangewezen op

(...) Het Zorginstituut stelt in het rapport 'Verslavingszorg in beeld' dat het gebruik van de MATE bij de indicatiestelling een voorwaarde is voor vergoeding van de zorg, maar niet dat de uitkomst van de MATE een-op-een moet worden overgenomen. De handleiding van de MATE stelt zelf ook dat het instrument bedoeld is om de triage naar zorgzwaarte (behandelintensiteit) te ondersteunen en spreekt van een "zorgzwaartesuggestie". De triagist, of in dit geval de regiebehandelaar, kan dus argumenten hebben om af te wijken van de zorgzwaartesuggestie van de MATE, bijvoorbeeld wanneer de professionele inschatting van de triagist is dat een persoon zijn situatie in de MATE te rooskleurig heeft voorgesteld. (...)

Er bestaat geen richtlijn of zorgstandaard voor gedragsverslavingen, zoals die er wel is voor alcohol en drugs. Het Zorginstituut valt in de beoordeling van dit geschil dan ook terug op de hierboven reeds genoemde Zorgstandaard Alcohol Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving en de Richtlijn Drugs (niet-opioïden) uit 2018. Het proces van indicatiestelling zoals beschreven in de MATE komt overeen met het proces van indicatiestelling zoals beschreven in de richtlijn Drugs (niet-opioïden), paragraaf 4.4.1 waarin staat dat: "De werkgroep beveelt aan om tot een indicatiestelling te komen op basis van een gezamenlijk door de behandelaar en de patiënt genomen en gedeelde beslissing over de aard, de omvang en het doel van de behandeling, gebaseerd op de gedeelde informatie over de behandelmogelijkheden, de wensen en voorkeuren van de patiënt, en de te verwachten resultaten van de behandeling, inclusief de belasting die de behandeling voor de patiënt met zich mee kan brengen."

In het geval van verzoeker suggereert de MATE inderdaad een ambulante behandeling, terwijl regiebehandelaar en verzoeker op basis van de MATE, het professionele oordeel van de regiebehandelaar en het proces van samen beslissen met verzoeker uitkomen op een deeltijdbehandeling. In de beslisboom van 'Resultaten scoren' hangt de keuze voor een zwaardere behandelintensiteit dan een ambulante behandeling vooral samen met de mate van sociale (des)integratie. De score voor de ernst van de sociale desintegratie door de MATE wordt bepaald door de vragen die betrekking hebben op "beperkingen- basaal" en "negatieve externe invloed". Verzoeker scoort op deze items niet boven de drempelwaarde. Zoals hierboven toegelicht spelen echter naast de MATE ook de professionele beoordeling van de geïndiceerde zorgzwaarte en het proces van samen beslissen met verzoeker een rol in de uiteindelijke indicatiestelling.

Hervitas deelt in de brief van 28 februari 2023 een deel uit het intakeverslag, waaruit volgens hen blijkt dat dagbehandeling de aangewezen behandeling is. In het stukje onder middelenanamnese staat dat het gokken bij verzoeker sinds 5 jaar problematisch is en dan tussen haakjes: te veel tijd, vrienden onder druk, betalingsachterstanden. Verderop staat dat verzoeker een aantal vrienden heeft die ook gokken, dat na een avond drinken dan ook gokken aan bod komt en verveling vaak de aanleiding is. Tot slot staat genoteerd dat verzoeker € 30.000 schuld heeft en contact heeft opgenomen met een instelling voor bewindvoering. Daarbij is relevant om te vermelden dat de huisarts schrijft dat verzoeker zijn huis heeft verkocht, de overwaarde heeft vergokt en sinds enkele maanden geen postadres heeft. Het Zorginstituut acht het verdedigbaar dat de regiebehandelaar op basis van deze informatie (ernstige problemen met wonen, schulden en negatieve invloed van vrienden) op een andere ernst van sociale desintegratie uitkomt dan de score van de MATE suggereert.

Ingewikkeld is dat de beslisboom van 'Resultaten scoren' geen onderscheid maakt tussen het advies voor een deeltijdbehandeling of een klinische behandeling. Ook in de Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik uit 2017 wordt in paragraaf 8.2.1 alleen gesproken over ambulante versus klinische behandeling: (...)

In het rapport 'Verslavingszorg in beeld' geeft het Zorginstituut wel een handvat om te komen tot een indicatie voor dagbehandeling: "Dagbehandeling kan aangewezen zijn als ambulante behandeling onvoldoende effect lijkt te sorteren of om opname te voorkomen." Verweerder voert aan dat uit de stukken niet blijkt dat een eerdere ambulante behandeling onvoldoende effect heeft gehad, of dat de dagbehandeling is aangewezen om opname te voorkomen.

Uit de aanvullende informatie blijkt dat de huisarts op 9 april 2022 werd geïnformeerd dat de ambulante behandeling bij Jellinek werd afgerond. Het oordeel van de toenmalige behandelaar was dat de behandeling effectief was. Op 7 december 2022 verwijst de huisarts naar Hervitas in verband met een gokverslaving. Dat betekent dat er bij verzoeker binnen 8 maanden na afronding van de behandeling, waarschijnlijk zelfs eerder, sprake was van terugval. Het Zorginstituut oordeelt op basis hiervan dat de eerdere ambulante behandeling dus helaas niet zo effectief was als gehoopt.

In het rapport 'Verslavingszorg in beeld' wordt niet nader gespecificeerd hoeveel ambulante behandelingen moeten hebben plaatsgevonden voordat kan worden geconcludeerd dat deze

onvoldoende effect heeft gehad. De Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik gaat uit van matched care. De richtlijn Drugs (niet-opioïden) gaat uit van stepped care: (...) Op basis van deze richtlijn concludeert het Zorginstituut dat er minimaal sprake moet zijn geweest van één eerdere behandeling van een lager intensiteitsniveau zonder het gewenste resultaat voordat mag worden overgegaan tot deeltijdbehandeling. Dat is bij verzoeker het geval.

Samenvattend is het verdedigbaar dat de regiebehandelaar in het geval van verzoeker de mate van sociale desintegratie als ernstiger beoordeelde dan uit de MATE kwam en dat er in deze casus sprake is geweest van tenminste één eerdere ambulante behandeling zonder het gewenste resultaat en daarmee voldoet aan de minimale principes van stepped care zoals aanbevolen in het rapport 'Verslavingszorg in beeld' en de richtlijn Drugs (niet-opioïden). Verzoeker was derhalve redelijkerwijs aangewezen op intensieve dagbehandeling.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat Hervitas voldoende nazorg biedt en dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op intensieve dagbehandeling in verband met een gokverslaving. Verzoeker kan derhalve aanspraak maken op vergoeding van deze behandeling ten laste van de basisverzekering."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over geestelijke gezondheidszorg, waaronder verslavingszorg, de stand van de wetenschap en praktijk 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

- 8.2. De behandeling van verslavingsstoornissen, zoals een gokverslaving, behoort tot het domein van de geneeskundige GGZ. De behandeling valt onder geneeskundige zorg zoals medisch specialisten (psychiaters) en klinisch psychologen die plegen te bieden. De aanspraak op deze zorg is geregeld in artikel 18.12 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 8.3. Gelet op het feit dat de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft verklaard dat hij zich neerlegt bij het advies van het Zorginstituut van 8 november 2023, en de commissie dit advies overneemt, behoeft de commissie geen uitspraak meer te doen over de vraag of verzoeker was aangewezen op de betreffende zorg. Alleen de hoogte van de vergoeding waarop verzoeker aanspraak heeft, moet nog worden vastgesteld.
- 8.4. Voor de hoogte van de vergoeding van de door verzoeker aangevraagde behandeling van de gokverslaving is artikel 3 van de voorwaarden van de zorgverzekering van belang. Verzoeker heeft een zogenoemde naturaverzekering afgesloten en de zorgaanbieder in kwestie is niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd. In geval zorg wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is in voornoemd artikel 3 bepaald dat aanspraak bestaat op vergoeding tot ten hoogste 75% van het gemiddelde, door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde tarief.

Slotsom

8.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie beslist dat:

- (i) verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de aangevraagde en inmiddels door hem ondergane behandeling, tot ten hoogste 75% van het gemiddelde, door de ziektekostenverzekeraar hiervoor gecontracteerde tarief;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 8 januari 2024,

A.I.M. van Mierlo

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 ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

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

Je hebt geen recht op:

- gzsp als je een indicatie hebt voor:
 - verblijf in verband met medisch specialistische zorg (bijvoorbeeld medisch specialistische revalidatiezorg of opname);
 - eerstelijnsverblijf;
 - verblijf in verband met GGZ-zorg;
 - verblijf onder de Wlz;
 - verblijf gerelateerd aan geboortezorg (kraamhotel).

Vervoer in het kader van gzsp

Wij vergoeden vervoerskosten van en naar dagbehandeling in een groep volgens de voorwaarden zoals opgenomen in artikel 18.28.

18.12 Geneeskundige of curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

Geestelijke Gezondheidszorg is het vaststellen en behandelen van een (complexe) psychische stoornis. Het doel is daarbij je geestelijke gezondheid te herstellen of te verbeteren. Voor sommige psychische behandelingen kun je worden opgenomen in een psychiatrische kliniek of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.

Algemeen

Als je 18 jaar of ouder bent heb je recht op GGZ bij (online) behandeling, herstel of het voorkomen van een verergering van psychische klachten op grond van een DSM-classificatie. Hieronder wordt verstaan: diagnostiek (het vaststellen van de aandoening) en behandeling van psychische aandoeningen. Het gaat om zorg zoals omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

Voor de GGZ geldt het volgende: het eigen risico wordt maandelijks berekend en in rekening gebracht.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts, straatdokter (indien je geen huisarts hebt) of een doorverwijzing van je regiebehandelaar, conform de 'Verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg'.

Een verwijsbrief is niet nodig bij crisiszorg. Er is wel een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die begint als de crisis voorbij is.

Zorgaanbieder

Kwaliteitsstatuut

- De zorgaanbieder levert de zorg volgens haar eigen Kwaliteitsstatuut, dat als zodanig is geregistreerd bij www.ggzkwaliteitsstatuut.nl. Je hebt alleen recht op zorg geleverd door zorgaanbieders met een Kwaliteitsstatuut dat voldoet aan de criteria van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.

Regiebehandelaar

- De (indicerend en coördinerend) regiebehandelaar zoals deze is aangeduid en aangewezen in het meest recentelijk geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut (LKS) GGZ, is eindverantwoordelijk voor de zorg.
- Niet iedere beroepsgroep mag in alle gevallen optreden als regiebehandelaar. Daarnaast is de inzet van een regiebehandelaar afhankelijk van de setting.
- De voorwaarden, die hieraan verbonden zijn staan uitgewerkt in het Landelijk Kwaliteitsstatuut. Op blz. 19 in tabel 1 van het LKS staat beschreven welke eisen aan de indicierend en coördinerend regiebehandelaar worden gesteld voor de BIG-registratie en het (NLQF) opleidingsniveau. (Zie hiervoor: <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/landelijk-kwaliteitsstatuut-ggz.pdf>).
- Als je tijdens de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereikt, kun je zorg blijven ontvangen van de orthopedagoog generalist, postmaster orthopedagoog en kinder- en jeugdpsycholoog als onderdeel van de GGZ. Dit geldt alleen voor behandelingen die vóór de 18e verjaardag zijn gestart en pas na de 18e verjaardag afgerond worden. De prestatie GGZ dient aansluitend vanaf de 18e verjaardag te zijn geopend en geldt maximaal tot 1 jaar daarna.

GGZ zonder en met verblijf

Als je 18 jaar of ouder bent heb je recht op GGZ, verzorgd door een regiebehandelaar. Tevens vergoeden wij GGZ in een GGZ-instelling, psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

Je hebt recht op opname in een GGZ-instelling, psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis voor een periode van maximaal 1.095 dagen. Hieronder wordt verstaan: gespecialiseerde psychiatrische behandeling. Het verblijf moet nodig zijn voor de behandeling.

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

- Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking. Die tellen we niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Bij een onderbreking van langer dan 30 dagen begint de telling van de 1.095 dagen opnieuw.
- Na 1.095 dagen kan nog recht bestaan op deze zorg op grond van de Wlz.

GGZ-zorg in de Wlz

Er zijn 3 manieren waarop een verzekerde GGZ-zorg ten laste van de Wlz kan krijgen:

- als de verzekerde (mede) vanwege een psychische stoornis aan de Wlz-toegangscriteria voldoet, komt ook GGZ-zorg ten laste van de Wlz bij verblijf met behandeling (met ingang van 1 januari 2021);
- als de behandeling van de psychische stoornis integraal onderdeel is van de specifieke behandeling bij verblijf met behandeling;
- als een cliënt in een psychiatrische instelling verblijft en dat verblijf noodzakelijk is voor de behandeling van de stoornis na 1095 dagen (3 jaar). Dat heet voorgezet verblijf.

Machtigingsvereisten

Voor niet gecontracteerde GGZ-instellingen:

Wij hebben met het merendeel van de instellingen overeenkomsten afgesloten. Als je toch naar een niet-gecontracteerde GGZ-instelling wil gaan, dan moet je (om hoge eigen kosten te voorkomen), of je behandelaar namens jou, voor de start van de behandeling een machtiging bij ons aanvragen. Voor ieder zorgtraject, verblijf of een combinatie ervan moet een aparte machtigingsaanvraag worden ingediend.

Dit geldt ook voor een zorgtraject in het buitenland, dat onder de verzekerde zorg valt.

Voor de eerste 300 minuten diagnostiek geldt er geen machtigingsvereiste.

Voor langdurige opname

Indien je langer dan 365 dagen aaneengesloten opgenomen bent in een GGZ-instelling, psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, dan moet jij, of je zorgaanbieder namens jou, een machtiging bij ons aanvragen. Deze moet vooraf en minimaal 3 maanden voor afloop van het jaar aangevraagd worden. We hanteren hiervoor de landelijk afgesproken "Checklist LGGZ". Deze wordt gebruikt om in te kunnen schatten of er na 365 dagen nog steeds sprake is van medisch noodzakelijk verblijf of dat de weg naar de Wlz passender is.

Om een machtiging af te kunnen geven ontvangen wij van jou of je zorgaanbieder een 'aanvraagformulier Machtiging GGZ' (zie hiervoor onze website:

www.asr.nl/verzekering/zorgverzekering/machtiging-aanvragen.

Je aanvraag behandelen wij vertrouwelijk. Je kunt deze sturen aan onze medisch adviseur:

a.s.r.

t.a.v. medisch adviseur GGZ

Postbus 2072

3500 HB UTRECHT

Vermeld op de envelop: 'Vertrouwelijk'

Of uploaden naar: <https://www.asr.nl/service/zorgverzekering-upload>

Privacyverklaring

Als je niet wil dat er bij een diagnosecode op je declaratie staat, moet je er uiterlijk bij de eerste diagnostieksessie of behandelsessie voor zorgen dat er een privacyverklaring bij de zorgaanbieder aanwezig is. De privacyverklaring is geldig voor het gehele zorgtraject. Je moet deze privacyverklaring samen met de zorgaanbieder ondertekenen. De zorgaanbieder zorgt ervoor dat de privacyverklaring in zijn administratie wordt opgenomen.

Je hebt onder andere geen recht op:

- Jeugd GGZ (leeftijd onder 18 jaar), welke onder de Jeugdwet valt;
- hulp en ondersteuning die ten laste van de Wmo komt;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- psychosociale hulp;
- zorg bij leer- en ontwikkelingsstoornissen;
- therapieën die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals vermeld in de ZN-circulaire "Therapieën GGZ";
- diagnostiek door niet gecontracteerde aanbieders vanaf 300 minuten;

Een overzicht van "Therapieën GGZ" die wel of niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk kun je vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

18.13 Huisarts

Bij vragen over je gezondheid of ziekte is de huisarts het eerste aanspreekpunt. In de avond, nacht of in het weekend kun je hiervoor terecht bij een huisartsenpost.

Je hebt recht op geneeskundige zorg verleend door een huisarts. Een zorgverlener die onder zijn verantwoordelijkheid werkzaam is, mag de zorg ook verlenen. Het gaat om zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Je hebt ook recht op röntgen- en laboratoriumonderzoek dat is aangevraagd door een huisarts.

Eerstelijnsdiagnostiek

Wij vergoeden geen Magnetic Resonance Imaging (MRI) onderzoek aangevraagd door de huisarts, met uitzondering van een MRI voor lage rug- en knieklachten.

18.14 Hulpmiddelenzorg

Medische hulpmiddelen zijn gemaakt om beter om te kunnen gaan met een lichamelijk probleem. Er zijn veel verschillende hulpmiddelen voor verschillende aandoeningen. Voorbeelden zijn hoortoestel, arm- of beenprothese, maar bijvoorbeeld ook diabetesteststrips of verbandmateriaal.

Je hebt recht op medische hulpmiddelen en verbandmiddelen. De nadere voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen en vereisten voor deze middelen staan in het Reglement Hulpmiddelen Goede Keuze Ook staat in het Reglement of je de hulpmiddelen in eigendom of bruikleen van ons krijgt. Het Reglement maakt deel uit van deze polis.

Het Reglement Hulpmiddelen Goede Keuze kun je vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Kies je voor een niet-gecontracteerde aanbieder

Ga je voor hulpmiddelen naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan vergoeden wij tot ten hoogste 75% van het laagste gecontracteerde tarief. Dit kan betekenen dat je een gedeelte van de nota zelf betaalt.

Let op: zie voor 'Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg' artikel 3.

Onze maximale tarieven kun je vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/maximale-vergoedingen. Gecontracteerde zorgaanbieders kun je vinden op <https://zorgzoeker.asr.nl>.

Selectieve contractering Goede Keuze

Let op! Bestelt je inrichtingselementen, visuele hulpmiddelen, diabeteshulpmiddelen, verbandmiddelen, en incontinentie-of stomamaterialen niet online bij een leverancier die wij speciaal voor Goede Keuze hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij tot ten hoogste 75% van het laagste tarief waarvoor wij deze hulpmiddelen hebben ingekocht (bij gecontracteerde leveranciers). Wilt je weten met welke leveranciers wij hiervoor speciaal voor Goede Keuze een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op <https://zorgzoeker.asr.nl>.

In ons Reglement Hulpmiddelen Goede Keuze kun je zien welke hulpmiddelen voor volledige vergoeding in aanmerking komen, mits aangeschaft bij een online leverancier.

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.

Artikel 13

1. Indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.

2. De zorgverzekeraar neemt de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst op.
3. Indien bij of krachtens de algemene maatregel van bestuur, bedoeld in artikel 11, is bepaald dat een deel van de kosten van een bepaalde vorm van zorg of van een bepaalde andere dienst voor rekening van de verzekerde komt, verwerkt de zorgverzekeraar dit in de wijze waarop hij de vergoeding voor de desbetreffende vorm van zorg of dienst berekent.
4. De wijze waarop de vergoeding wordt berekend is voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk.
5. Indien een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder als bedoeld in het eerste lid wordt beëindigd, houdt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder, recht op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar.

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, 2.6, 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.

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 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;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde 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;
 - 5°. 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 gehemelte spleten, 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.

3. Recht op (vergoeding van) zorg

Recht op zorg

Om te bepalen of je recht hebt op zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum van de zorg bepalend. Het is dus niet de datum waarop de behandeling wordt gedeclareerd of de nota is uitgeschreven die bepalend is. Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de DBC (de datum van de eerste zorgactiviteit) bepalend voor het recht op zorg. Op het startmoment moet je bij ons verzekerd zijn om recht op zorg te hebben.

Keuze van zorgaanbieder

Bij een naturapolis kies je voor door a.s.r. gecontracteerde zorgaanbieders. Je kunt ook kiezen voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders, dit kan betekenen dat je een gedeelte van de nota zelf betaalt. Zie hieronder bij: 'Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg' voor nadere uitleg.

Vergoeding bij gecontracteerde zorg

Als je kiest voor zorg bij een gecontracteerde zorgaanbieder, vergoeden wij de kosten voor je zorg volgens de tarieven die wij hebben afgesproken met deze zorgaanbieder. Wij betalen de zorgaanbieder rechtstreeks en je ontvangt geen nota. Een eventuele wettelijke eigen bijdrage betaal je meestal apart aan de zorgaanbieder. Is dat niet het geval, dan incasseren wij dit bij je. Naast afspraken over de tarieven en de wijze van declareren, leggen wij in het contract met de zorgaanbieder ook afspraken vast over de kwaliteit en de doelmatigheid van zorg en de voorwaarden waaronder de zorg mag worden verleend.

Gecontracteerde zorgaanbieders kun je vinden op <https://zorgzoeker.asr.nl>.

Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Wettelijk maximumtarief en vrije tarieven

Als je naar een zorgaanbieder binnen Nederland gaat waarmee wij geen of beperkt een contract hebben afgesloten dan vergoeden wij je behandeling tot ten hoogste 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Het gemiddelde gecontracteerde tarief is het gemiddelde bedrag dat wij betalen voor je behandeling als je naar één van onze gecontracteerde zorgaanbieders gaat.

Uitzonderingen hierop zijn:

- Behandelingen in het kader van de Wet zorg en dwang
Hiervoor geldt dat wij je behandeling vergoeden tot het maximale NZa tarief.
- Huisarts
Hiervoor geldt dat wij huisartsenzorg vergoeden tot 100% van het maximumtarief dat is vastgesteld door de NZa. Door de huisarts aangevraagd onderzoek (zoals een röntgenfoto of bloedonderzoek) dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd vergoeden wij tot ten hoogste 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief
- Hulpmiddelen
Hiervoor geldt dat wij je hulpmiddel/behandeling vergoeden tot ten hoogste 75% van het laagste gecontracteerde tarief. Hieronder verstaan wij het laagste tarief dat wij hiervoor hebben afgesproken met onze gecontracteerde zorgaanbieders.

Inrichtingselementen, visuele hulpmiddelen, diabeteshulpmiddelen, verbandmiddelen, en incontinentie-of stomamaterialen krijg je volledig vergoed als je deze online besteld bij speciaal voor Goede Keuze gecontracteerde leveranciers. In ons Reglement Hulpmiddelen Goede Keuze kun je zien welke hulpmiddelen hiervoor in aanmerking komen. Bestel je deze hulpmiddelen niet online of bij een andere leverancier, terwijl een gecontracteerde leverancier deze hulpmiddelen ook kan leveren? Dan heb je recht op een maximale vergoeding van 75% van het laagste tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgaanbieders). Wil je weten welke online leveranciers wij speciaal voor Goede Keuze gecontracteerd hebben?

Bekijk ze op: <https://zorgzoeker.asr.nl>.