

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V.
te Zeist

Zaak : Mauritius, geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, White River
Manor, zorgplicht, klinische opname

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021

Zaaknummer : 202101474

Zittingsdatum : 20 april 2022

1. Partijen

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

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 4 november 2021 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan; op 19 november 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 februari 2022 zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 11 februari 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 21 maart 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022006299) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 22 maart 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. 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 20 april 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 25 april 2022 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 26 april 2022 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend twee sterren en Aanvullend Tand vier sterren (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor verslavingszorg, en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker is bekend met een drugs- en alcoholverslaving. Hij heeft zich voor een klinische behandeling hiervan gewend tot de verslavingskliniek White River Manor in Floreal, Mauritius. Bij

de ziektekostenverzekeraar heeft hij een aanvraag ingediend voor vergoeding van de kosten van deze klinische opname.

- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft diverse keren aan verzoeker gevraagd om aanvullende informatie. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar op 23 februari 2021 aan verzoeker meegedeeld een vergoeding te verlenen ter hoogte van € 456,39 per dag, voor de duur van maximaal 28 dagen. Voor een langer verblijf diende verzoeker een aparte aanvraag tot verlenging in te dienen, voorzien van een onderbouwing.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 26 mei 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 21 maart 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn voorlopig advies aan de commissie, het volgende verklaard:

"(...) De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Is de medische noodzaak voor klinische opname in deze casus voldoende aangetoond?

In het rapport 'Verslavingszorg in beeld; alcohol & drugs' (2014) heeft het Zorginstituut het standpunt ingenomen dat bij de diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit bij verslavingszorg een screeningsinstrument zoals de MATE of EuropASI dient te worden afgenomen. Bij verslavingszorg zonder voorafgaande triage is het risico op zowel onder- als overbehandeling groot en daarmee op ongepast gebruik van zorg. Het is dan niet goed mogelijk vast te stellen of een cliënt redelijkerwijs is aangewezen op de uitgevoerde behandeling.

Over het gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten voor diagnostiek stelt de Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving (2017) het volgende: "Alle richtlijnen in de gespecialiseerde ggz op het gebied van verslaving benadrukken het belang van het gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten voor diagnostiek. Zowel de EuropASI als de MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) kennen psychometrische tekortkomingen. Het gebruik van deze semigestructureerde interviews blijft echter te prefereren boven niet-gestructureerde diagnostiek en indicatiestelling".

De Richtlijn 'Drugs (niet-opioiden); Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepinen' (2018) beveelt het gebruik van gestructureerde instrumenten aan bij het in kaart brengen van de kenmerken, problematiek en hulpbehoefte van de patiënt. Daarnaast wordt in deze richtlijn gesteld dat een klinische opname voor detoxificatie of vervolgbehandeling, wanneer noodzakelijk, zo kort mogelijk dient te zijn. De patiënt dient zoveel mogelijk in zijn/haar eigen leefomgeving behandeld te worden, om te kunnen leren omgaan met zucht en andere risicosituaties.

Verweerder heeft herhaaldelijk informatie opgevraagd. Dit resulteerde uiteindelijk in een behandelplan gedateerd 22 februari 2021. Verzoeker was toen al meer dan een maand opgenomen in de kliniek. Uit het bericht van White River Manor d.d. 1 maart 2021 blijkt dat er geen intake heeft plaatsgevonden, waarbij gestructureerde instrumenten voor het bepalen van de intensiteit van de behandeling zijn gebruikt.

De diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit zoals deze door White River Manor heeft plaatsgevonden, is niet overeenkomstig de geldende richtlijnen omdat er geen voorafgaande triage (met een screeningsinstrument zoals de MATE of EuropASI) heeft plaatsgevonden. Het is dan niet mogelijk vast te stellen of het verblijf medisch noodzakelijk was in verband met de geneeskundige zorg.

Behandeling voldoet niet aan stand van de wetenschap en praktijk

Diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit zonder voorafgaande triage (met een screeningsinstrument zoals de MATE of EuropASI) is niet overeenkomstig de geldende richtlijnen en voldoet daarmee niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

De Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving (2017) stelt verder dat behandeling door de GGZ meestal ambulant kan plaatsvinden. Bij gebleken noodzaak voor opname dient de klinische behandeling ingebed te zijn in een ambulant traject. Klinische behandelingen dienen een aansluitende vervolgbehandeling te hebben. De periode na ontslag geldt immers als een kwetsbare periode. Alleen bij een goede inbedding in een ambulant behandeltraject (goede voor- en nazorg) in Nederland kan een behandeling in het buitenland als effectief worden aangemerkt.

Het behandelplan van White River Manor voorziet niet in een aansluitende vervolgbehandeling en voldoet daarmee niet aan de geldende richtlijnen. Hiermee voldoet de behandeling niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Helaas heeft het ontbreken van een aansluitende vervolgbehandeling ertoe geleid dat verzoeker een zodanige terugval heeft gehad dat klinische opname andermaal noodzakelijk was.

Tot slot

Opgemerkt dient te worden dat verweerder verzoeker vooraf niet heeft geïnformeerd over de bijzonderheden van verslavingszorg in het buitenland, onder andere dat het moet gaan om zorg die is ingebed in een ambulant behandeltraject. De bezwaren die verweerder heeft tegen deze behandeling komen pas in een brief van 18 juni 2021 naar voren. In het eerste telefoongesprek gaf verweerder reeds aan dat (de zus van) verzoeker er vanuit kon gaan dat de behandeling in het buitenland niet op problemen zou stuiten. Dat er allerlei redenen zijn waarom deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk kan verzoeker niet weten als hij daar niet goed over wordt geïnformeerd. De opmerking van White River Manor d.d. 1 maart dat degene die verzoeker heeft doorverwezen ervoor had moeten zorgen dat er een intakeformulier (Mate-formulier) had moeten worden ingevuld, vind[t] het Zorginstituut schrijnend. White River Manor had het zelf bij aanvang van de behandeling moeten doen of men had verzoeker hierover moeten informeren toen hij zich voor het eerst tot de kliniek wendde.

Krachtens artikel 114, derde lid, jo artikel 11 van de Zvw adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties zoals opgenomen in de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering. Voor zover het voorliggende geschil betrekking heeft op informatieplicht dan wel of sprake is geweest van opgewekt vertrouwen, betreft een civielrechtelijke beoordeling waar het Zorginstituut niet bevoegd is om over te adviseren.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat bij de diagnose en het bepalen van de behandelintensiteit zoals deze door White River Manor heeft plaatsgevonden gebruik is gemaakt van een voorafgaande triage (met een screeningsinstrument zoals de MATE of EuropASI). Hierdoor is het niet mogelijk om vast te stellen of het verblijf medisch noodzakelijk was in verband met de geneeskundige zorg. De diagnostiek en behandeling voldoet daarmee niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Het behandelplan van White River Manor voorziet bovendien niet in een aansluitende vervolgbehandeling en voldoet daarmee niet aan de geldende richtlijnen. Ook om deze reden voldoet de behandeling niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van een GGZ behandeling in Mauritius ten laste van de basisverzekering. (...)”

4. Het geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de klinische behandeling te Floreal, Mauritius, te vergoeden voor de volledige duur van 54 dagen;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan hem het entreegeld van € 37,-- dient te vergoeden.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over geestelijke gezondheidszorg, waaronder verslavingszorg, 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.

Standpunt verzoeker

6.2. Verzoeker heeft zich begin 2021 op advies van en onder verwijzing door zijn huisarts in verband met diverse verslavingen gewend tot een verslavingskliniek. Aangezien verzoeker hiertoe zelf niet in staat was, heeft zijn zus alles voor hem geregeld, waaronder de administratieve zaken. Verwacht werd dat een beter resultaat zou worden bereikt als verzoeker zich zou wenden tot een buitenlandse verslavingskliniek. Voorafgaand aan de behandeling te Floreal is het uitgebreide behandelplan van de kliniek aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Hieruit was direct duidelijk dat het ging om een klinisch traject van acht weken. Later is op verzoek van de ziektekostenverzekeraar nog een toelichting op het behandelplan gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft meegedeeld dat de maximale dagvergoeding € 456,39 bedraagt, en dat deze wordt uitgekeerd voor de duur van 28 dagen. Voor een langere opname zou een nadere toelichting van de arts noodzakelijk zijn. Ondanks herhaalde verzoeken van de zus van verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar niet toegelicht waar deze termijn van 28 dagen vandaan komt. Nadat het traject in de kliniek was afgerond, heeft de zus van verzoeker geprobeerd een natraject te regelen. Dit bleek echter niet mogelijk, omdat de wachtlijsten erg lang zijn. Ook de ziektekostenverzekeraar kon hierbij niet behulpzaam zijn. Verzoeker bleek pas in augustus 2021 te kunnen starten. Dit heeft te lang geduurd voor verzoeker, die zich na een terugval tot een Nederlandse kliniek heeft gewend voor een tweede opname. Deze opname, die 42 dagen duurde, is wel volledig door de ziektekostenverzekeraar vergoed.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat aan verzoeker diverse keren om aanvullende informatie is gevraagd. Anders dan verzoeker heeft gesteld, is er niet vóór de start van de behandeling een aanvraag ingediend. De uiteindelijke aanvraag betrof een opname van acht weken. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is akkoord gegaan met een opname van 28 dagen, omdat de duur van acht weken opvallend was en hiervoor geen nadere onderbouwing is aangeleverd. De reden voor de vermindering van de dagen was ook gelegen in het feit dat in de kostprijs onverzekerde zorg was opgenomen, waaronder safari's en massages. Uit de verwijzing van de huisarts bleek echter wel van een noodzaak voor de behandeling. Er is geen verdere onderbouwing van de behandelend arts gekomen voor een langere opname dan

28 dagen. De periode van 28 dagen is gebaseerd op de normale tijd die nodig is voor een 12-stappenbenadering. De factuur van 8 maart 2021 is vergoed tot een bedrag van € 9.338,28. Het persoonlijke behandelplan was op dat moment nog niet bij de ziektekostenverzekeraar bekend. Dit is echter zeer summier en roept nieuwe vragen op. Zo is onduidelijk waarom het behandelplan niet vooraf, maar pas na ruim vijf weken werd opgesteld. Daarnaast komen de opname- en vertrekdatum niet overeen met de data op de factuur. Ook ontbreekt een onderbouwing voor een klinische behandeling. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat is gebleken dat bij de behandeling geen screeningsinstrument zoals de MATE of EuropASI is gebruikt, zodat niet is vast te stellen of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op de behandeling. Ook was de behandeling in White River Manor niet ingebed in een ambulant behandeltraject. Een behoorlijk nazorgtraject ontbrak, zoals later bleek. Dit alles is niet conform de geldende richtlijnen, zodat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze is derhalve ten onrechte gedeeltelijk vergoed. De ziektekostenverzekeraar zal de verleende vergoeding echter niet van verzoeker terugvorderen.

Overwegingen commissie

- 6.4. Tussen Nederland en Mauritius is geen verdrag gesloten inzake de sociale ziektekostenverzekering. De zorgverzekering biedt dekking voor medisch noodzakelijke opnames aan verzekerden vanaf achttien jaar in verband met gespecialiseerde GGZ voor een onafgebroken periode van maximaal 1.095 dagen. Het moet hierbij gaan om zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden. Dit blijkt uit artikel B.17 van de zorgverzekering. Daarnaast moet de behandeling voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft zich erop beroepen dat aan laatstgenoemd criterium niet wordt voldaan. Dit beroep kan niet (meer) slagen. Het staat immers vast dat de ziektekostenverzekeraar, ondanks de vraagtekens die zijn te plaatsen bij de diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit, aan verzoeker een vergoeding van € 9.338,28 heeft toegezegd. Deze vergoeding is gebaseerd op een klinische opname gedurende 28 dagen. Vervolgens dient aan de orde te komen of de kosten van de gehele opnameduur van 54 dagen moeten worden vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Zoals blijkt uit zijn eerste beslissing van 23 februari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar destijds al aan verzoeker meegedeeld dat voor een langer verblijf meer informatie nodig was. Hoewel de onderbouwing van de termijn van 28 dagen beter had gekund, was het voor verzoeker vanaf het begin duidelijk, althans had hem duidelijk moeten zijn, dat hij de kosten van een langduriger opname niet vergoed zou krijgen, tenzij hij de noodzaak hiervan aannemelijk kon maken. In dat laatste is hij niet geslaagd, ondanks dat door de ziektekostenverzekeraar bij herhaling om een onderbouwing is verzocht.
- 6.6. Door verzoeker is in dit verband nog gesteld dat hij na terugkomst in Nederland was aangewezen op een klinische opname gedurende 42 dagen, waarvan de kosten zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar. De commissie overweegt dat hieraan geen conclusies zijn te verbinden ten aanzien van het verblijf in White River Manor. Zoals ook blijkt uit het advies van het Zorginstituut, voorzag het behandelplan niet in een aansluitende vervolgbehandeling. Het ontbreken van een nazorgtraject heeft er uiteindelijk toe geleid dat een (nieuwe) opname noodzakelijk bleek. Hieruit kan echter niet worden geconcludeerd dat opname gedurende 54 dagen in White River Manor was aangewezen. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de behandeling aldaar, althans voor zover de kosten de reeds toegezegde vergoeding van € 9.338,28 overschrijden.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 mei 2022,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

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.

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 verslapte 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 gehemeltespelingen, 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.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslappt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

Bij auditieve en communicatieve beperkingen is de gezondheidszorg-psycholoog eindverantwoordelijk voor de multidisciplinaire zorg en het behandelplan. Ook orthopedagogen of ontwikkelingspsychologen kunnen deze taak uitvoeren. Bij visuele beperkingen is de oogarts of klinisch fysisch visueel systeem eindverantwoordelijk voor de multidisciplinaire zorg, als het gaat om de coördinatie van de behandeling voor wat betreft de 'visusproblematiek'. De gezondheidszorgpsycholoog of vergelijkbare gedragskundige is eindverantwoordelijk voor de multidisciplinaire zorg, als het gaat om de coördinatie van de behandeling voor wat betreft de psychische en/of gedragsproblematiek en leren omgaan met de beperking. Ook andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren.

Voorwaarden voor het recht op zintuiglijke gehandicaptenzorg

1. Bij auditieve en communicatieve beperkingen moet u zijn doorwezen door een klinisch fysisch audioloog van een audiologisch centrum of een medisch specialist die op grond van de toepasselijke FENAC-richtlijnen heeft vastgesteld dat er sprake is van een auditieve en/of communicatieve beperking.
2. Voor visuele beperkingen moet u zijn doorwezen door een oogarts of andere medisch specialist die op grond van de evidence based NOG-richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing heeft vastgesteld dat er sprake is van een visuele beperking. Is bij u in het verleden de ZG stoornis al vastgesteld door een klinisch fysisch audioloog, oogarts of medisch specialist? En ontstaat er een ZG gerelateerde zorgvraag, zonder dat er een wijziging van de ZG stoornis is opgetreden? Dan mag u ook worden doorverwezen door een huisarts of jeugdarts.

U heeft geen nieuwe verwijzing nodig voor een eenvoudige revalidatievraag (passend binnen zorgprogramma 11'), als:

- het gaat om een heraanmelding;
- er geen wijziging in de ZG-stoornis heeft plaatsgevonden. Er is wel sprake van een verandering in medische situatie en/ of persoonlijke situatie waardoor hernieuwde behandeling vanuit de basisverzekering noodzakelijk is;
- de ZG zorgverlener vaststelt dat de hulpvraag (hulpvragen) beantwoordt kunnen worden binnen zorgprogramma 11;
- de ZG zorgverlener de huisarts schriftelijk informeert over het gelopen traject. De huisarts documenteert de informatie in het dossier.

* Zorgprogramma 11: dit zorgprogramma is onder meer bestemd voor mensen die al eerder behandeling en/of training hebben ontvangen en zich opnieuw melden ('verkorte route'). Ook volwassenen die voor het (eerst) geconfronteerd worden met een verandering in hun visuele functioneren (bijvoorbeeld Retina Pigmentosa) en een hulpvraag hebben veelal gericht op het optimaal gebruik van de restvisus, kunnen gebruik maken van zorgprogramma 11, evenals ouderen (55+) met een verworven visuele beperking en gerichte vragen om de zelfstandigheid te behouden. De aandoening is bekend, het visueel functioneren is in beeld, en de cliënt meldt zich met één of twee gerichte hulpvragen. Deze hulpvragen zijn gericht op het leren compenseren van de beperking en/of het optimaal gebruik van de restvisus met als doel het behouden van de zelfstandigheid. Meestal kan de zorgvraag binnen 10 uur worden beantwoord.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. onderdelen van zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren;
- b. complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen prelinguaal doven (doof/slechthorend geworden vóór de leeftijd van 3 jaar).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Psychische zorg

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.15 Generalistische Basis GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Heeft u lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek? Dan heeft u recht op Generalistische Basis GGZ (hierna te noemen: Basis GGZ).

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op basis GGZ

1. U moet 18 jaar of ouder zijn.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten of SEH-arts (spoedeisende hulp). Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg of wanneer u wordt overgedragen van de gespecialiseerde GGZ naar de basis GGZ.
3. De verwijzing moet voldoen aan de 'Afspraken verwijzing Geestelijke gezondheidszorg' zoals vastgesteld door het ministerie van VWS.
4. Een verwijzing is maximaal 9 maanden geldig. Dit betekent dat uw behandeling binnen 9 maanden na het afgeven van de verwijzing moet starten. Zit er meer dan 9 maanden tussen? Vraag dan een nieuwe verwijzing.
5. Uw zorgverlener beschikt over een kwaliteitsstatuut dat geregistreerd staat bij www.ggzkwaliteitsstatuut.nl. Kijk hiervoor op de website van uw zorgverlener of vraag naar het kwaliteitsstatuut.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft onder andere geen recht op:

- a. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- b. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- c. hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- d. basis GGZ-zorg voor verzekerden tot 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Tip!

Op onze website vindt u een overzicht met overige problemen en diagnoses waarvan de behandeling niet onder de basisverzekering valt en psychologische interventies waarop u vanuit de basisverzekering geen recht heeft.

Let op!

Uw behandelaar mag in principe één prestatie Basis GGZ per jaar voor u openen. Uw behandelaar mag alleen nog een prestatie binnen hetzelfde jaar openen als u een terugval heeft of als u zich tegen de verwachting in opnieuw aanmeldt met dezelfde of andere klachten nadat de voorgaande behandeling al is afgerond.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.16 Niet-klinische gespecialiseerde GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder (tweedelijns GGZ)

Heeft u een complexe psychische stoornis? Dan heeft u recht op niet-klinische gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op niet-klinische gespecialiseerde GGZ

1. U moet 18 jaar of ouder zijn.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of SEH-arts (spoedeisende hulp). Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg of wanneer u wordt overgedragen van de basis GGZ naar de gespecialiseerde GGZ.
3. De verwijzing moet voldoen aan de 'Afspraken verwijzing Geestelijke gezondheidszorg' zoals vastgesteld door het ministerie van VWS.
4. Een verwijzing is maximaal 9 maanden geldig. Dit betekent dat uw behandeling binnen 9 maanden na het afgeven van de verwijzing moet starten. Zit er meer dan 9 maanden tussen? Vraag dan een nieuwe verwijzing.
5. Uw zorgverlener beschikt over een kwaliteitsstatuut dat geregistreerd staat bij www.ggzkwaliteitsstatuut.nl. Kijk hiervoor op de website van uw zorgverlener of vraag naar het kwaliteitsstatuut.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft onder andere geen recht op:

- a. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- b. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- c. hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- d. niet-klinische gespecialiseerde geneeskundige gezondheidszorg voor verzekerden tot 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Tip!

Op onze website vindt u een overzicht met overige problemen en diagnoses waarvan de behandeling niet onder de basisverzekering valt en psychologische interventies waarop u vanuit de basisverzekering geen recht heeft.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.17 Psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Wordt u opgenomen in een GGZ-instelling, zoals in een psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische universiteitskliniek of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis? Dan heeft u recht op:

- gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg volgens artikel [B.16](#);
- uw verblijf met of zonder verpleging en verzorging;
- paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die tijdens het verblijf bij de behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op psychiatrisch ziekenhuisverblijf

- U moet 18 jaar of ouder zijn.
- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of SEH-arts (spoedeisende hulp). Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg of wanneer u wordt overgedragen van de basis GGZ naar de GGZ-instelling.
- De verwijzing moet voldoen aan de 'Afspraken verwijzing Geestelijke gezondheidszorg' zoals vastgesteld door het ministerie van VWS.
- Een verwijzing is maximaal 9 maanden geldig. Dit betekent dat uw behandeling binnen 9 maanden na het afgeven van de verwijzing moet starten. Zit er meer dan 9 maanden tussen? Vraag dan een nieuwe verwijzing.
- Er moet sprake zijn van medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg.
- Uw zorgverlener beschikt over een kwaliteitsstatuut dat geregistreerd staat bij www.ggzkwaliteitsstatuut.nl. Kijk hiervoor op de website van uw zorgverlener of vraag naar het kwaliteitsstatuut.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft onder andere geen recht op:

- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden tot 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Tip!

Op onze website vindt u een overzicht met overige problemen en diagnoses waarvan de behandeling niet onder de basisverzekering valt en psychologische interventies waarop u vanuit de basisverzekering geen recht heeft.

Op hoeveel dagen verblijf met behandeling heeft u recht?

Bij psychiatrisch verblijf met behandeling heeft u recht op een onafgebroken verblijf in een GGZ-instelling voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- niet-psychiatrisch ziekenhuisverblijf;
- eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener het aanvraagformulier invullen op deze webpagina: www.zk.nl/machtigingggz. Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij laten uw zorgverlener weten of wij toestemming geven of dat wij uw aanvraag afwijzen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Spreken en lezen

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.18 Logopedie

U heeft recht op behandelingen door een logopedist voor zover deze zorg een geneeskundig doel heeft. Van de behandeling kan worden verwacht dat deze de spraakfunctie of het spraakvermogen herstelt of verbetert. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat logopedisten als zorg plegen te bieden. Hieronder valt ook stottertherapie door een logopedist.