

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten
Zaak	: EU/EER, Duitsland, geestelijke gezondheidszorg, stand wetenschap en praktijk, zittend ziekenvervoer, verblijf
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4, 2.12 en 2.14 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021, art. 20 Vo. nr. 883/2004
Zaaknummer	: 202100963
Zittingsdatum	: 23 februari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
  - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 3 mei 2021 heeft verzoekster een klacht voorgelegd bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de kwestie in behandeling genomen. Op 3 augustus 2021 heeft verzoekster telefonisch aan een medewerker van de Ombudsman verklaard dat zij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) vraagt een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan; op 3 september 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 26 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op dezelfde dag aan verzoekster gestuurd, met de vraag hierop te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 15 november 2021 op de brief van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 17 november 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.3. Bij brief van 10 januari 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021045147) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 14 januari 2022 aan partijen gestuurd. Verzoekster heeft per e-mailberichten van 2 februari 2022 en 12 februari 2022 een reactie gegeven. Kopieën van deze reacties zijn op 14 februari 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 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. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 februari 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. Na de hoorzitting zijn partijen in de gelegenheid gesteld te onderzoeken of zij er alsnog samen uit kunnen komen. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 19 april 2022 aan de commissie meegedeeld dat alle kosten van de behandeling, het verblijf en de reiskosten aan verzoekster worden vergoed.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 26 april 2022 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 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. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Wereldfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3.2. Verzoekster heeft zich in verband met psychische klachten gewend tot een GGZ-instelling te Mannheim, Duitsland. Zij heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten die hieraan zijn verbonden te vergoeden. Ook heeft zij gevraagd om een vergoeding voor de kosten van het vervoer naar en van de instelling, en voor de kosten van het verblijf ter plaatse gedurende een aantal dagen per behandeling.

3.3. De behandelend psychiater heeft bij brief van 22 juni 2020 over verzoekster verklaard:

*"(...) Behandlungsart:  
Verhaltenstherapie*

*Diagnosen:  
Posttraumatische Belastungsstörung  
Rezidivierende depressive Störung  
Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung  
Borderline-Persönlichkeitsstörung*

*Hufigkeit:  
Einmal wöchentlich für die nächsten sechs Monate, danach 14-tägig*

*Prognose:  
Es hat sich bisher schon eine Besserung der Symptomatik durch die bisherige stationäre und ambulante Therapie in unserer Klinik ergeben. Nach einem erneuten Wechsel des Therapiefokus ist bei weiterer intensiver Psychotherapie on einer günstigen Prognose auszugehen. (...)"*

3.4. Bij brief van 3 maart 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat een vergoeding wordt verleend van maximaal € 5.341,01 voor de DBT behandeling op basis van declaratiecode 243. De kosten van het vervoer naar en van de instelling in Mannheim worden niet vergoed, en dit geldt ook voor de kosten van het verblijf aldaar.

3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 21 mei 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.6. Bij brief van 10 januari 2022 heeft het Zorginstituut in het voorlopig advies het volgende verklaard:

*"(...) GGZ-DBC bekostiging  
Met betrekking tot de GGZ-DBC bekostiging merkt het Zorginstituut het volgende op. In de brief van 26 oktober 2021 heeft de SGKZ verweerder gevraagd toe te lichten hoe tot de hoogte van het tarief van € 5.341,01 behorende bij declaratiecode 243 is gekomen. Verweerder heeft hierbij het volgende aangegeven: "Wij komen tot het tarief op basis van de Tariefbeschikking gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg TB/REG-21620-1 van de NZA, tabel bijlage 1. Bij declaratiecode 243 (Persoonlijkheid - vanaf 1.800 tot en met 2.999 minuten) hoort het tarief € 5.341,01. Het aantal minuten hebben wij als volgt berekend: 8x naar Duitsland voor 3 dagen therapie, waarvan alleen DBT vergoed wordt. Wij hebben per dag 4 uur therapie berekend. Dit is 240 minuten therapie per*

dag. Voor 8 dagen:  $240 \times 8 = 1920$  minuten in totaal voor DBT. De facturen van de zorgkosten die mevrouw heeft ingediend zijn volledig gedekt en vergoed op basis van deze declaratiecode."

Onduidelijk is of bovenstaande alinea betrekking heeft op de zorg die in 2020 is verleend of bedoeld is als machtiging voor de zorg die in 2021 verwacht wordt te verlenen (e-mail 3 maart 2021). Uit het dossier blijkt dat verzoekster in 2020 drie maal naar Duitsland is geweest (september, oktober en december), de zorg in 2021 heeft volledig via internet plaatsgevonden. Bovenstaande alinea strookt niet met de zorg die in 2020 is verleend (3x naar Duitsland i.p.v. 8x) noch met de zorg die in 2021 is verleend (0x naar Duitsland maar wel wekelijks behandelingen via internet). De opmerking van verweerder dat de facturen van de zorgkosten die verzoekster heeft ingediend volledig gedekt en vergoed zijn op basis van deze declaratiecode kan in feite alleen betrekking hebben op 2020, immers de facturen over 2021 zijn nog niet allemaal ingediend en vergoed. Dat verweerder de door de NZa vastgestelde tarieven 'Productgroepen langdurende of intensieve behandeling' met betrekking tot 'Persoonlijkheidsstoornissen' hanteert, lijkt het Zorginstituut juist. Of de juiste code is gebruikt is afhankelijk van de daadwerkelijk genoten minuten patiëntgebonden behandelduur over 2020 en 2021.

#### Ziekenvervoer

Met betrekking tot het ziekenvervoer merkt het Zorginstituut het volgende op. Verweerder heeft aan verzoekster een machtiging verstrekt voor ziekenvervoer (met toepassing van de hardheidsclausule). Uit het dossier volgt dat verweerder nog geen kosten heeft vergoed, omdat de declaratie van de kosten van het taxivervoer in 2020 (nog) niet volledig was. Aan de afwijzing van de declaratie heeft verzoekster kennelijk de conclusie verbonden dat zij geen recht had op vergoeding van ziekenvervoer in 2021. Daarom heeft zij hiervoor geen kosten gemaakt in 2021. De aanspraak op ziekenvervoer is hiermee niet meer in geschil. (...)"

#### 4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is:

- (i) de kosten van de lopende behandeling in de GGZ-instelling te Mannheim volledig te vergoeden;
- (ii) een vergoeding te verlenen voor het vervoer naar en van deze instelling, en
- (iii) een vergoeding te verlenen voor het verblijf aldaar.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

#### 5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 79 van de 'Algemene regels' van de voorwaarden van de zorgverzekering en van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

#### 6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over geestelijke gezondheidszorg, vervoer en verblijf 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 verzoekster

- 6.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij al haar hele leven psychiatrische problemen heeft, en ook suïcidaal is. Zij heeft in Nederland van alles geprobeerd, maar kon hier niet de juiste hulp vinden. Zij is terecht gekomen bij een psychiater in Mannheim, die een behandeling heeft ontwikkeld voor patiënten met borderline en complexe posttraumatische stress. Van 2016 tot en met 2019 is deze behandeling volledig vergoed door de vorige zorgverzekeraar van verzoekster. Toen zij in 2020 overstapte naar de ziektekostenverzekeraar, werd in eerste instantie geen vergoeding verleend voor het vervoer naar en van de instelling en voor het verblijf aldaar. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is dit probleem toen opgelost. In 2021 werden de kosten echter wederom niet vergoed. De behandeling werd niet volledig betaald, omdat het gedeeltelijk zou gaan om zorg die niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Het bedrag dat wel is toegekend, is niet kostendekkend. Dit leidt ertoe dat verzoekster niet de voor haar noodzakelijke zorg kan krijgen.
- 6.3. In reactie op het nader commentaar van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 15 november 2021 verklaard dat zij inderdaad nog geen hogere kosten heeft gemaakt dan het toegezegde bedrag voor de behandeling. Zij verwacht dit bedrag in de toekomst te overschrijden, en zij kan deze kosten niet zelf dragen. Dit leidt ertoe dat zij de behandeling feitelijk niet kan afmaken, terwijl deze haar zo goed helpt. Verblijf en vervoer waren niet aan de orde, omdat de behandeling via videobellen en telefonisch heeft plaatsgevonden. Dit was echter ook omdat verzoekster geen zekerheid had dat de kosten van het vervoer en verblijf door de ziektekostenverzekeraar zouden worden vergoed. Het is wel de bedoeling dat verzoekster naar Mannheim gaat voor behandeling, soms voor de duur van meerdere dagen.

### Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat is gebleken dat bij de behandeling sprake is van DBT, ACT en CFT. Naast de DBT-therapie is voor de ACT-therapie akkoord gegeven. Hierover is verzoekster geïnformeerd op 21 mei 2021. Op de facturen die de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen, was dit onderscheid overigens niet gemaakt. Hoewel de ziektekostenverzekeraar de gevraagde specificatie van het aantal directe en indirecte minuten zorg niet heeft ontvangen, heeft hij ervoor gekozen de volledige facturen te vergoeden. De hoogte van het tarief is bepaald aan de hand van de Tariefbeschikking gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg TB/REG-21620-01 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), tabel bijlage 1. Bij declaratiecode 243 (Persoonlijkheid - vanaf 1.800 tot en met 2.999 minuten) hoort het tarief van € 5.341,01. Het aantal minuten is als volgt berekend: 8 x naar Duitsland voor drie dagen therapie, waarvan alleen DBT wordt vergoed. Per dag is vier uren therapie gerekend, wat neerkomt op 240 minuten per dag. Voor acht dagen wordt dit  $240 \times 8 = 1.920$  minuten voor DBT. De facturen die zijn ingediend, zijn volledig gedekt door deze declaratiecode. Daarom is niet onderzocht of aanspraak bestaat op een hogere vergoeding conform Vo nr. 883/2004.
- 6.5. In 2020 is geen vergoeding verleend voor vervoer. Er is weliswaar een machtiging afgegeven, maar verzoekster heeft (nog) geen juiste declaratie ingediend. Op het declaratieformulier wordt gevraagd naar de data van de reizen en het bedrag dat hiervoor is betaald. Verzoekster heeft dit formulier niet goed ingevuld. De verblijfskosten zijn in 2020 wel vergoed. Voor het jaar 2021 geldt dat geen vergoeding is verstrekt voor vervoer en verblijf. Door de ziektekostenverzekeraar is hiervoor nog geen gespecificeerde aanvraag ontvangen en er zijn geen declaraties ter zake ingediend. Verder wordt in de facturen in het dossier gesproken over "videosprekstunde" en "telefonisch", zodat het erop lijkt dat er ook geen vervoer en verblijf hebben plaatsgevonden.

### Overwegingen commissie

6.6. De commissie stelt vast dat uit het e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar van 19 april 2022 volgt dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de lopende behandeling, het hiermee samenhangende verblijf en het vervoer naar en van Mannheim aan verzoekster vergoedt. Hiermee wordt volledig tegemoet gekomen aan het verzoek, zoals hiervoor verwoord onder 4.1. De commissie hoeft hierover dan ook geen inhoudelijk oordeel meer te geven. Aangezien lopende de procedure door de ziektekostenverzekeraar is besloten tegemoet te komen aan het verzoek, dient hij ook het door verzoekster betaalde entreegeld van € 37,- aan haar te vergoeden.

6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

### 7. Bindend advies

7.1. De commissie:

- i) stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar volledig is tegemoet gekomen aan het verzoek, zodat hierover niet inhoudelijk hoeft te worden beslist, en
- ii) dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.

Zeist, 11 mei 2022,

L. Ritzema

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

3. Europese wet- en regelgeving  
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

# Medisch specialist

De medisch specialist werkt meestal in het ziekenhuis. Daarom wordt deze zorg ook wel ziekenhuiszorg genoemd.

## Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	100% De meeste ziekenhuiszorg
<b>Aanvullende verzekeringen</b>	Geen vergoeding

## Wat u vergoed krijgt

Voor specialistische zorg gaat u naar de medisch specialist<sup>1</sup>. U heeft altijd een verwijzing nodig. Die krijgt u meestal van uw huisarts.

De medisch specialist werkt in het ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum (ZBC<sup>2</sup>) of in een eigen praktijk.

De medisch specialist doet het eerste consult meestal zelf. Die stelt de diagnose en bespreekt de behandeling met u. En is voor u de hoofdbehandelaar. Na het eerste consult kan de medisch specialist onderdelen van de zorg door anderen laten uitvoeren. Bijvoorbeeld een scan<sup>3</sup> of een onderzoek. Dit valt allemaal onder medisch-specialistische zorg.

Als u in een ziekenhuis wordt behandeld kan de hoofdbehandelaar ook een SEH-arts<sup>4</sup>, een verpleegkundig specialist of een physician assistant<sup>5</sup> zijn. Dat zijn geen medisch specialisten, maar het is wel medisch-specialistische zorg.

De basisverzekering vergoedt medisch-specialistische zorg. De basisverzekering vergoedt ook verpleging, paramedische zorg<sup>6</sup>, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen als die bij uw behandeling horen.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de basisverzekering de ziekenhuisopname.

Voor sommige behandelingen gelden ook nog andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld:

- plastische chirurgie
- voorwaardelijk toegelaten zorg
- vruchtbaarheidsbehandelingen / ivf

### Dit wordt niet vergoed

- besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak

### Andere vergoedingen

Deze behandelingen krijgt u soms wel in het ziekenhuis, maar ze vallen niet onder de vergoeding die u nu leest:

- kaakchirurgie
- medisch-specialistische revalidatie
- gespecialiseerde ggz

De basisverzekering vergoedt de volgende zorg niet. De aanvullende verzekering soms wel:

- aanvullende diagnostiek bij borstkanker
- sterilisatie of een hersteloperatie daarvan

<sup>1</sup> Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-lever-darmarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

<sup>2</sup> Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

<sup>3</sup> Uitleg over MRI vindt u op: [www.onvz.nl/vergoedingen/uitleg-mri](http://www.onvz.nl/vergoedingen/uitleg-mri)

<sup>4</sup> Spoedeisende hulp arts

<sup>5</sup> De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven.

Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

<sup>6</sup> Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek



## Wat u zelf betaalt

### Het eigen risico

Voor zorg van de medisch specialist geldt het eigen risico.

### Geen eigen bijdrage

Voor zorg van de medisch specialist betaalt u geen eigen bijdrage.

## Dit moet u zelf doen

### U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde ('verpleeghuisarts'). Voor een verwijzing naar de oogarts mag dit ook een orthoptist of optometrist<sup>1</sup> zijn. Voor zwangerschap en bevalling kan ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg<sup>2</sup> is geen verwijzing nodig.

### Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg<sup>3</sup> staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming<sup>4</sup> hebben gegeven.

## Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

### Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### Let op bij zorg in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. En er gelden aparte vergoedingen voor spoedeisende en voor niet-spoedeisende (voorziene) zorg in het buitenland. Neemt u daarom vooraf contact op met ons Service Center. Dan voorkomt u vervelende (financiële) verrassingen achteraf. Bij Superfit en Wereldfit moet u voor niet-spoedeisende zorg contact opnemen met onze ZorgConsulent en voor spoedeisende zorg met onze alarmcentrale Zorgassistance.

### Een second opinion kan ook

Twijfelt u over de gestelde diagnose of de voorgestelde behandeling? De basisverzekering vergoedt een second opinion door een andere medisch specialist.

### Wachtlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

U kunt onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. Ook voor andere vormen van zorgbemiddeling kunt u bij de ZorgConsulent terecht.

<sup>1</sup> Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelijns acute zorg

<sup>2</sup> Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

<sup>3</sup> Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

<sup>4</sup> Meer informatie leest u op: [www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen](http://www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen)

# Ziekenhuisopname

Soms is een opname in het ziekenhuis nodig om beter te worden.

## Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	100% Max. 3 jaar
<b>Startfit</b>	Geen vergoeding
<b>Benefit</b>	Geen vergoeding
<b>Optifit</b>	Geen vergoeding
<b>Topfit</b>	Geen vergoeding
<b>Superfit</b>	€ 2.500 voor extra comfort, uit vergoeding Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort
<b>Zorgplan</b>	€ 2.500 voor extra comfort, uit vergoeding Ziekenhuisopname: extra luxe en comfort

## Wat u vergoed krijgt

Kleinere operaties en onderzoeken vinden meestal plaats op de polikliniek van een ziekenhuis of in dagbehandeling. U kunt dan dezelfde dag weer naar huis.

Moet u voor uitgebreid onderzoek of behandeling door de medisch specialist<sup>1</sup> of de kaakchirurg<sup>2</sup> in het ziekenhuis overnachten? Dan noemen we dat een ziekenhuisopname.

De **basisverzekering** vergoedt de ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort:

- verpleging en verzorging
- paramedische zorg<sup>3</sup>
- geneesmiddelen
- hulpmiddelen en verbandmiddelen

De **aanvullende verzekeringen** Superfit en Zorgplan hebben een vergoeding om uw verblijf comfortabeler te maken, bijvoorbeeld met een eenpersoonskamer. Die staat bij ziekenhuisopname: extra luxe en comfort.

### Hier kunt u terecht

- ziekenhuis
- zelfstandig behandelcentrum (ZBC<sup>4</sup>)
- instelling die gespecialiseerd is in een bepaalde behandeling, zoals een longkliniek of een epilepsiecentrum

### Andere vergoedingen

Er zijn nog andere soorten zorg waarvoor u kunt worden opgenomen. Daarom staan deze apart vermeld:

- gespecialiseerde ggz
- eerstelijns verblijf
- medisch-specialistische revalidatie
- geriatrische revalidatie
- zintuiglijk gehandicaptenzorg

<sup>1</sup> Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-lever-darmarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

<sup>2</sup> Een kaakchirurg vindt u in het BIG-register als tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie

<sup>3</sup> Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek

<sup>4</sup> Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

## Wat u zelf betaalt

### Het eigen risico

Voor ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort, geldt het eigen risico.

### Geen eigen bijdrage

Voor ziekenhuisopname en de zorg die daarbij hoort, betaalt u geen eigen bijdrage.

## Dit moet u zelf doen

### U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde ('verpleeghuisarts'). Voor een verwijzing naar de oogarts mag dit ook een orthoptist of optometrist<sup>1</sup> zijn. Voor zwangerschap en bevalling mag ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg<sup>2</sup> is geen verwijzing nodig.

### Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Als u wordt opgenomen voor behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg<sup>3</sup> staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming<sup>4</sup> hebben gegeven.

## Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

### Wij vergoeden opname alleen bij verzekerde zorg

De basisverzekering vergoedt de opname in verband met de medisch-specialistische behandeling of kaakchirurgie alleen als de basisverzekering de behandeling zelf ook vergoedt.

### Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen zien wij de opname ook als doorlopend. Is de onderbreking voor vakantie- of weekendverlof? Dan tellen de verlofdagen mee voor het volmaken van de 3 jaar.

### Let op bij opname in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. En er gelden aparte vergoedingen voor spoedeisende en voor niet-spoedeisende (voorzien) zorg in het buitenland. Gaat u naar het buitenland voor een ziekenhuisopname? Neemt u vooraf contact op met ons Service Center. Dan voorkomt u vervelende (financiële) verrassingen achteraf. Bij Superfit en Wereldfit moet u vooraf contact opnemen met onze ZorgConsulent.

<sup>1</sup> Deze moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici met een aanvullende aantekening voor oogheelkundig onderzoek binnen de anderhalvelijns zorg

<sup>2</sup> Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

<sup>3</sup> Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

<sup>4</sup> Meer informatie leest u op: [www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen](http://www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen)

---

# 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 verslaptte 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 gehemeltespelten, 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 verslapt 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 agenese 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.

---

# 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 2.14

1. Het vervoer omvat tevens ziekenvervoer per auto, anders dan per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon of instelling als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdelen a, b of d, of een woning als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdeel e, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:
  - a. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan;
  - b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie moet ondergaan;
  - c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
  - d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;
  - e. de verzekerde jonger is dan achttien jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap is aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van vierentwintig uur per dag van zorg in de nabijheid;
  - f. de verzekerde is aangewezen op geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c;
  - g. de verzekerde is aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking.
2. Indien het vervoer, bedoeld in het eerste lid, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag per kilometer.
3. In afwijking van het eerste lid, onderdelen a tot en met e, omvat vervoer ook vervoer in andere gevallen, indien de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.
4. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
5. Het vervoer, bedoeld in het eerste lid, onderdelen a en b, en het derde lid, omvat mede het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
6. Indien een verzekerde is aangewezen op vervoer als bedoeld in het eerste of derde lid, en dit vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is, kan de zorgverzekeraar op verzoek van de verzekerde een bij ministeriële regeling te bepalen vergoeding voor kosten van logeren verstrekken die gedeeltelijk in de plaats komt van een vergoeding voor kosten van vervoer.

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.30

1. Het bedrag, bedoeld in artikel 2.14, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, bedraagt € 0,32 per kilometer.
2. De vergoeding, bedoeld in artikel 2.14, zesde lid, van het Besluit zorgverzekering, bedraagt ten hoogste € 76,50 per nacht.



**BIJLAGE 1: Diagnose behandeling combinaties (dbc's)**

<b>Deelprestaties behandeling</b>		<b>Standaard (maximum)tarief</b>
<b>Bijzondere productgroepen</b>		
<b>Diagnostiek</b>		
007	Diagnostiek - vanaf 0 tot en met 99 minuten	€ 217,36
008	Diagnostiek - vanaf 100 tot en met 199 minuten	€ 405,57
009	Diagnostiek - vanaf 200 tot en met 399 minuten	€ 719,21
162	Diagnostiek - vanaf 400 tot en met 799 minuten	€ 1.271,15
266	Diagnostiek - vanaf 800 tot en met 1.199minuten	€ 2.163,09
267	Diagnostiek - vanaf 1.200 tot en met 1.799 minuten	€ 3.242,21
268	Diagnostiek - vanaf 1.800 minuten	€ 5.144,86
<b>Crisis</b>		
317	Crisis-dbc buiten budget - vanaf 0 tot en met 99 minuten	€ 164,11
318	Crisis-dbc buiten budget - vanaf 100 tot en met 199 minuten	€ 347,30
319	Crisis-dbc buiten budget - vanaf 200 tot en met 399 minuten	€ 647,95
320	Crisis-dbc buiten budget - vanaf 400 tot en met 799 minuten	€ 1.247,01
321	Crisis-dbc buiten budget - vanaf 800 tot en met 1.199 minuten	€ 2.103,90
322	Crisis-dbc buiten budget - vanaf 1.200 tot en met 1.799 minuten	€ 3.085,54
323	Crisis-dbc buiten budget - vanaf 1.800 minuten	€ 5.579,75
<b>Productgroepen behandeling kort</b>		
215	Behandeling kort - vanaf 0 tot en met 99 minuten	€ 197,11
216	Behandeling kort - vanaf 100 tot en met 199 minuten	€ 401,39
217	Behandeling kort - vanaf 200 tot en met 399 minuten	€ 735,80
264	Behandeling kort - vanaf 400 minuten	€ 1.320,19
<b>Productgroepen langdurende of intensieve behandeling</b>		
<b>Aandachtstekort- en gedragsstoornissen</b>		
027	Aandachtstekort - en gedrag - vanaf 250 tot en met 799 minuten	€ 1.522,33
169	Aandachtstekort - en gedrag - vanaf 800 tot en met 1.799 minuten	€ 2.838,50
030	Aandachtstekort - en gedrag - vanaf 1.800 tot en met 2.999 minuten	€ 5.029,22
031	Aandachtstekort - en gedrag - vanaf 3.000 tot en met 5.999 minuten	€ 8.297,56

<b>Productgroepen langdurende of intensieve behandeling</b>			<b>Standaard (maximum)tarief</b>
131	Aandachtstekort - en gedrag - vanaf 6.000 tot en met 11.999 minuten		€ 16.799,01
170	Aandachtstekort - en gedrag - vanaf 12.000 tot en met 17.999 minuten		€ 29.646,69
221	Aandachtstekort - en gedrag - vanaf 18.000 tot en met 23.999 minuten		€ 42.505,01
222	Aandachtstekort - en gedrag - vanaf 24.000 minuten		€ 67.153,50
<b>Pervasieve stoornissen</b>			
033	Pervasief - vanaf 250 tot en met 799 minuten		€ 1.458,54
172	Pervasief - vanaf 800 tot en met 1.799 minuten		€ 2.835,94
223	Pervasief - vanaf 1.800 tot en met 2.999 minuten		€ 5.087,57
038	Pervasief - vanaf 3.000 tot en met 5.999 minuten		€ 9.009,35
133	Pervasief - vanaf 6.000 tot en met 11.999 minuten		€ 18.918,15
173	Pervasief - vanaf 12.000 tot en met 17.999 minuten		€ 31.481,20
224	Pervasief - vanaf 18.000 tot en met 23.999 minuten		€ 42.082,97
225	Pervasief - vanaf 24.000 minuten		€ 55.681,16
<b>Overige stoornissen in de kindertijd</b>			
040	Overige kindertijd - vanaf 250 tot en met 799 minuten		€ 1.430,45
041	Overige kindertijd - vanaf 800 tot en met 1.799 minuten		€ 2.943,76
042	Overige kindertijd - vanaf 1.800 tot en met 2.999 minuten		€ 4.814,54
135	Overige kindertijd - vanaf 3.000 tot en met 5.999 minuten		€ 8.808,30
175	Overige kindertijd - vanaf 6.000 tot en met 11.999 minuten		€ 17.617,39
226	Overige kindertijd - vanaf 12.000 tot en met 17.999 minuten		€ 30.534,25
227	Overige kindertijd - vanaf 18.000 minuten		€ 48.145,37

<b>Productgroepen langdurende of intensieve behandeling</b>		<b>Standaard (maximum)tarief</b>
<b>Delirium, dementie, amnestische en overige cognitieve stoornissen</b>		
228	Delirium dementie en overig - vanaf 250 tot en met 799 minuten	€ 1.467,08
229	Delirium dementie en overig - vanaf 800 tot en met 1.799 minuten	€ 2.709,52
048	Delirium dementie en overig - vanaf 1.800 tot en met 2.999 minuten	€ 4.977,44
049	Delirium dementie en overig - vanaf 3.000 tot en met 5.999 minuten	€ 9.388,64
137	Delirium dementie en overig - vanaf 6.000 tot en met 11.999 minuten	€ 19.308,77
177	Delirium dementie en overig - vanaf 12.000 tot en met 17.999 minuten	€ 33.157,72
178	Delirium dementie en overig - vanaf 18.000 minuten	€ 49.736,58
<b>Aan alcohol gebonden stoornissen</b>		
051	Alcohol - vanaf 250 tot en met 799 minuten	€ 1.427,58
052	Alcohol - vanaf 800 tot en met 1.799 minuten	€ 2.848,20
053	Alcohol - vanaf 1.800 tot en met 2.999 minuten	€ 5.187,16
054	Alcohol - vanaf 3.000 tot en met 5.999 minuten	€ 9.243,30
139	Alcohol - vanaf 6.000 tot en met 11.999 minuten	€ 18.075,70
179	Alcohol - vanaf 12.000 tot en met 17.999 minuten	€ 31.729,37
180	Alcohol - vanaf 18.000 minuten	€ 54.227,11
<b>Aan overige middelen gebonden stoornissen</b>		
056	Overige aan een middel - vanaf 250 tot en met 799 minuten	€ 1.486,81
181	Overige aan een middel - vanaf 800 tot en met 1.799 minuten	€ 2.872,40
059	Overige aan een middel - vanaf 1.800 tot en met 2.999 minuten	€ 5.306,58
060	Overige aan een middel - vanaf 3.000 tot en met 5.999 minuten	€ 9.091,08
141	Overige aan een middel - vanaf 6.000 tot en met 11.999 minuten	€ 17.628,33
182	Overige aan een middel - vanaf 12.000 tot en met 17.999 minuten	€ 31.637,65
183	Overige aan een middel - vanaf 18.000 minuten	€ 47.456,48

Productgroepen langdurende of intensieve behandeling		Standaard (maximum)tarief
<b>Schizofrenie en andere psychotische stoornissen</b>		
230	Schizofrenie - vanaf 250 tot en met 799 minuten	€ 1.477,13
184	Schizofrenie - vanaf 800 tot en met 1.799 minuten	€ 2.881,76
066	Schizofrenie - vanaf 1.800 tot en met 2.999 minuten	€ 5.275,95
067	Schizofrenie - vanaf 3.000 tot en met 5.999 minuten	€ 9.819,30
068	Schizofrenie - vanaf 6.000 tot en met 11.999 minuten	€ 19.618,69
143	Schizofrenie - vanaf 12.000 tot en met 17.999 minuten	€ 35.331,87
144	Schizofrenie - vanaf 18.000 tot en met 23.999 minuten	€ 46.628,70
185	Schizofrenie - vanaf 24.000 tot en met 29.999 minuten	€ 60.624,96
186	Schizofrenie - vanaf 30.000 minuten	€ 76.583,58
<b>Depressieve Stoornissen</b>		
231	Depressie - vanaf 250 tot en met 799 minuten	€ 1.436,41
232	Depressie - vanaf 800 tot en met 1.799 minuten	€ 2.835,54
233	Depressie - vanaf 1.799 tot en met 2.999 minuten	€ 5.153,09
234	Depressie - vanaf 3.000 tot en met 5.999 minuten	€ 9.279,01
235	Depressie - vanaf 6.000 tot en met 11.999 minuten	€ 19.497,88
146	Depressie - vanaf 12.000 tot en met 17.999 minuten	€ 34.141,51
187	Depressie - vanaf 18.000 tot en met 23.999 minuten	€ 47.278,04
188	Depressie - vanaf 24.000 minuten	€ 62.924,78

<b>Productgroepen langdurende of intensieve behandeling</b>		<b>Standaard (maximum)tarief</b>
<b>Bipolaire en overige stemmingsstoornissen</b>		
189	Bipolair en overig - vanaf 250 tot en met 799 minuten	€ 1.568,88
236	Bipolair en overig - vanaf 800 tot en met 1.799 minuten	€ 3.062,36
190	Bipolair en overig - vanaf 1.800 tot en met 2.999 minuten	€ 5.564,32
087	Bipolair en overig - vanaf 3.000 tot en met 5.999 minuten	€ 10.175,11
148	Bipolair en overig - vanaf 6.000 tot en met 11.999 minuten	€ 20.746,65
191	Bipolair en overig - vanaf 12.000 tot en met 17.999 minuten	€ 34.491,12
192	Bipolair en overig - vanaf 18.000 minuten	€ 55.078,20
<b>Angststoornissen</b>		
237	Angst - vanaf 250 tot en met 799 minuten	€ 1.410,82
238	Angst - vanaf 800 tot en met 1.799 minuten	€ 2.782,25
239	Angst - vanaf 1.800 tot en met 2.999 minuten	€ 5.052,38
193	Angst - vanaf 3.000 tot en met 5.999 minuten	€ 8.934,69
194	Angst - vanaf 6.000 tot en met 11.999 minuten	€ 18.246,13
150	Angst - vanaf 12.000 tot en met 17.999 minuten	€ 32.975,48
195	Angst - vanaf 18.000 tot en met 23.999 minuten	€ 43.508,83
196	Angst - vanaf 24.000 minuten	€ 58.011,78
<b>Restgroep diagnoses</b>		
242	Restgroep diagnoses - vanaf 250 tot en met 799 minuten	€ 1.430,74
203	Restgroep diagnoses - vanaf 800 tot en met 1.799 minuten	€ 2.798,22
118	Restgroep diagnoses - vanaf 1.800 tot en met 2.999 minuten	€ 5.185,79
119	Restgroep diagnoses - vanaf 3.000 tot en met 5.999 minuten	€ 9.072,73
156	Restgroep diagnoses - vanaf 6.000 tot en met 11.999 minuten	€ 17.549,40
204	Restgroep diagnoses - vanaf 12.000 tot en met 17.999 minuten	€ 30.078,41
205	Restgroep diagnoses - vanaf 18.000 minuten	€ 51.369,52

Productgroepen langdurende of intensieve behandeling		Standaard (maximum)tarief
<b>Persoonlijkheidsstoornissen</b>		
121	Persoonlijkheid - vanaf 250 tot en met 799 minuten	€ 1.440,65
206	Persoonlijkheid - vanaf 800 tot en met 1.799 minuten	€ 2.922,69
243	Persoonlijkheid - vanaf 1.800 tot en met 2.999 minuten	€ 5.341,01
207	Persoonlijkheid - vanaf 3.000 tot en met 5.999 minuten	€ 9.464,37
208	Persoonlijkheid - vanaf 6.000 tot en met 11.999 minuten	€ 19.500,84
158	Persoonlijkheid - vanaf 12.000 tot en met 17.999 minuten	€ 33.362,64
209	Persoonlijkheid - vanaf 18.000 tot en met 23.999 minuten	€ 45.156,22
244	Persoonlijkheid - vanaf 24.000 tot en met 29.999 minuten	€ 58.485,34
245	Persoonlijkheid - vanaf 30.000 minuten	€ 75.260,36
<b>Somatoforme stoornissen</b>		
246	Somatoforme - vanaf 250 tot en met 799 minuten	€ 1.347,68
247	Somatoforme - vanaf 800 tot en met 1.799 minuten	€ 2.598,61
248	Somatoforme - vanaf 1.800 tot en met 2.999 minuten	€ 4.977,06
249	Somatoforme - vanaf 3.000 tot en met 5.999 minuten	€ 9.042,17
250	Somatoforme - vanaf 6.000 tot en met 11.999 minuten	€ 17.942,60
251	Somatoforme - vanaf 12.000 minuten	€ 36.418,97
<b>Eetstoornissen</b>		
252	Eetstoornis - vanaf 250 tot en met 799 minuten	€ 1.393,31
253	Eetstoornis - vanaf 800 tot en met 1.799 minuten	€ 2.869,43
254	Eetstoornis - vanaf 1.800 tot en met 2.999 minuten	€ 5.307,13
255	Eetstoornis - vanaf 3.000 tot en met 5.999 minuten	€ 8.991,71
256	Eetstoornis - vanaf 6.000 tot en met 11.999 minuten	€ 15.820,52
257	Eetstoornis - vanaf 12.000 tot en met 17.999 minuten	€ 28.319,06
258	Eetstoornis - vanaf 18.000 minuten	€ 47.461,55

Deelprestaties verblijf ggz (24 uren verblijf)	Totaal standaard (maximum)tarief
Deelprestatie verblijf A (Lichte verzorgingsgraad)	€ 132,07
Deelprestatie verblijf B (Beperkte verzorgingsgraad)	€ 191,18
Deelprestatie verblijf C (Matige verzorgingsgraad)	€ 260,47
Deelprestatie verblijf D (Gemiddelde verzorgingsgraad)	€ 324,24
Deelprestatie verblijf E (Intensieve verzorgingsgraad)	€ 392,01
Deelprestatie verblijf F (Extra intensieve verzorgingsgraad)	€ 486,13
Deelprestatie verblijf G (Zeerintensieve verzorgingsgraad)	€ 607,76
Deelprestatie verblijf H (HIC)	€ 571,63
Deelprestatie VMR (Verblijf met rechtvaardigingsgrond)	€ 341,98

Deelprestatie verblijf A2 (Lichte verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 2)	€ 140,89
Deelprestatie verblijf A3 (Lichte verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 3)	€ 156,64
Deelprestatie verblijf A4 (Lichte verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 4)	€ 170,44
Deelprestatie verblijf B2 (Beperkte verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 2)	€ 200,92
Deelprestatie verblijf B3 (Beperkte verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 3)	€ 216,66
Deelprestatie verblijf B4 (Beperkte verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 4)	€ 230,46
Deelprestatie verblijf C2 (Matige verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 2)	€ 270,10
Deelprestatie verblijf C3 (Matige verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 3)	€ 285,84
Deelprestatie verblijf C4 (Matige verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 4)	€ 299,65
Deelprestatie verblijf D2 (Gemiddelde verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 2)	€ 334,12
Deelprestatie verblijf D3 (Gemiddelde verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 3)	€ 349,86
Deelprestatie verblijf D4 (Gemiddelde verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 4)	€ 363,67
Deelprestatie verblijf E2 (Intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 2)	€ 399,72
Deelprestatie verblijf E3 (Intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 3)	€ 415,46
Deelprestatie verblijf E4 (Intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 4)	€ 429,26
Deelprestatie verblijf F2 (Extra intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 2)	€ 494,71

Deelprestaties verblijf ggz (24 uren verblijf)	Totaal standaard (maximum)tarief
Deelprestatie verblijf F3 (Extra intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 3)	€ 510,46
Deelprestatie verblijf F4 (Extra intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 4)	€ 524,26
Deelprestatie verblijf G2 (Zeer intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 2)	€ 610,93
Deelprestatie verblijf G3 (Zeer intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 3)	€ 626,68
Deelprestatie verblijf G4 (Zeer intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 4)	€ 640,48

Deelprestaties verblijf ggz (24 uren verblijf)	PMU toeslag
Deelprestatie verblijf A (Lichte verzorgingsgraad)	€ 7,68
Deelprestatie verblijf B (Beperkte verzorgingsgraad)	€ 8,58
Deelprestatie verblijf C (Matige verzorgingsgraad)	€ 8,48
Deelprestatie verblijf D (Gemiddelde verzorgingsgraad)	€ 8,73
Deelprestatie verblijf E (Intensieve verzorgingsgraad)	€ 6,55
Deelprestatie verblijf F (Extra intensieve verzorgingsgraad)	€ 7,43
Deelprestatie verblijf G (Zeerintensieve verzorgingsgraad)	€ 2,02
Deelprestatie verblijf H (hic)	-€ 3,77
Deelprestatie VMR (Verblijf met rechtvaardigingsgrond)	€ 7,07

Overige deelprestaties	tarief	eenheid
Elektroconvulsie therapie (ect)	€ 387,20	per behandeling
Verblijf zonder overnachting (vzo)	€ 105,67	per dag
Ambulante Methadonverstrekking (amv)	€ 22,60	per maand
Toeslag tolk gebarentaal / communicatiespecialist	€ 740,82	per dbc
Toeslag oorlogsgelateerd psychotrauma	€ 47,28	per dag
Vorbereiding zorgmachtiging	€ 340,23	per beoordeling