



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en OWM CZ groep U.A. te Tilburg
Zaak : EU/EER, Portugal, geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg (GGZ), stand wetenschap en praktijk, indicatie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, art. 20 Verordening (EG) nr. 883/2004
Zaaknummer : 202100016
Zittingsdatum : 18 augustus 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (Prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) CZ Zorgverzekeringen N.V. Tilburg, en
2) OWM CZ Groep U.A. te Tilburg,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 24 maart 2021 heeft verzoeker per brief 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. Op 7 april 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 juni 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 4 juni 2021 aan verzoeker gezonden.

2.3. Op 8 juli 2021 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021021813) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 9 juli 2021 aan partijen gestuurd.

2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 augustus 2021 gehoord.

2.5. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht een aanvullende reactie te geven. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar op 22 september 2021 per brief gedaan. Een afschrift van deze brief is op 23 september 2021 aan verzoeker gezonden.

2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Op 7 oktober 2021 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitieve advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is op 8 oktober 2021 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft op 21 oktober 2021 per brief gereageerd. Een afschrift hiervan is op 27 oktober 2021 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, die noch op de brief van het Zorginstituut van 7 oktober 2021 noch op die van verzoeker van 21 oktober 2021 heeft gereageerd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Tandarts Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Op 9 juli 2020 is ten behoeve van verzoeker een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een GGZ behandeling met opname in een kliniek in Portugal.

3.3. De behandelend psychiater heeft in de voornoemde aanvraag over verzoeker verklaard:

"(...) Medicatie bij toelating:

Kompensan - 1 tablet indien nodig tegen brandend maagzuur

Quetiapine - 12,5 mg voor het slapen gaan

DSM 5

304.20 Stoornis in het gebruik van cocaïne: matig, ernstig

301.81 Narcistische persoonlijkheidsstoornis

303.90 Stoornis in het gebruik van alcohol: matig

Zwaarte zorgvraag en motivatie / indicatie behandeling

Gezien de ernst van de afhankelijkheid, traumatische gebeurtenissen en de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis, wordt voor klinische behandeling gekozen. Eerdere (ambulante behandelingen) hebben niet geleid tot volledige abstinentie. Patiënt dempt stemmingsklachten, evenals spanningsklachten die hij ervaart met cocaïne- en alcoholgebruik en beschikt nog niet over adequate copingmechanismen om dit te veranderen. Daarom is het belangrijk dat hij goed wordt begeleid. Door een klinische behandeling zal hij beter in staat zijn om zich dieper te concentreren in zijn zelf-ontdekkingsproces en constructieve strategieën te leren om om te gaan met zijn verslaving. Daarnaast biedt een klinische behandeling de structuur en regelmaat, die patiënt de afgelopen jaren heeft verloren. Tot slot is het belangrijk dat diagnostiek wordt uitgevoerd om de mogelijke comorbide problemen vast te stellen zodat een passend nazorgtraject voor patiënt kan worden vastgesteld en het risico op terugval kan worden verminderd.

Behandeldoelen

Het primaire behandeldoel heeft betrekking op het huidige verslavingsprobleem. Aan het einde van de klinische behandeling is het doel volledige abstinentie van alle middelen, inzicht in afhankelijkheidsproblemen en een terugvalpreventieplan. Patiënt leert om persoonlijke triggers te herkennen die kunnen leiden tot een terugval en om er adequaat mee om te gaan. Idealiter is hij beter in staat om te gaan met negatieve gedachten, (onverwerkte) gevoelens en diepgaande gebeurtenissen vanuit het verleden. Er zal ook gewerkt worden aan het vormgeven van zijn toekomst, waarin het leren van een gezonde levensstijl centraal staat. Er zal aandacht worden besteed aan dag-nacht ritme, structuur, planning en balans tussen inspanning en ontspanning. Tijdens het behandelprogramma wil de patiënt een dieper bewustzijn over zijn gedachten en emoties ontwikkelen en leren deze te accepteren, uitdrukken en ermee om te gaan. Bovendien wil patiënt werken aan zijn sociale en communicatieve vaardigheden om een meer nadrukkelijke houding ten opzichte van anderen te ontwikkelen. Dit zal hem helpen bij het herstellen en onderhouden van gezondere en betrouwbare relaties met zijn sociale netwerk. Als derde behandeldoel wil patiënt werken aan zijn zelfbeeld. Dit zal hem helpen om zichzelf en zijn verleden te accepteren, om dankbaar te zijn voor het huidige moment en om beter om te gaan met gevoelens van angst en obsessieve gedachten.

Zorgprogramma

De patiënt wordt gedurende 6 weken klinisch behandeld middels individuele sessies en groepsessies. Het systeem van de patiënt zal betrokken zijn bij de behandeling om de kans op terugval te verminderen. De patiënt zal worden behandeld door middel van de volgende therapievormen: cognitieve gedragstherapie (algemene CGT, sociale vaardigheden, zelfcontrole training, MBCT), Community Reinforcement Approach, motiverende gespreksvoering, psycho-educatie, dagbesteding, terugvalpreventie en groepen gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid van de patiënt. De patiënt zal tevens begeleid worden bij maatschappelijke aspecten zoals wonen, werken en financiën. Er wordt een nazorgprogramma aangeboden, waarin de patiënt ondersteund wordt bij de integratie van het geleerde in het dagelijks leven. (...)"

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 augustus 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag wordt afgewezen.

- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 4 december 2020 en 18 december 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Op 8 juli 2021 heeft het Zorginstituut in zijn advies aan de commissie verklaard:
"(...) Medische noodzaak voor klinische opname
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 onder meer 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 verzekerde 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 voortdoxidatie 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.

Verzoeker heeft op 26 mei 2020 telefonisch contact opgenomen met Villa Ramadas. Dit resulteerde in een mail d.d. 26 mei 2020 van Villa Ramadas met een offerte voor een zeven weken durende klinisch opname voortdoxidatie en behandeling te starten per 27 mei 2020. Voorafgaand aan het verblijf heeft er dus geen intake plaatsgevonden, waarbij gestructureerde instrumenten voor het bepalen van de intensiteit van de behandeling zijn gebruikt. De intake heeft plaatsgevonden op 1 juni 2020 toen cliënt al in de kliniek in Portugal verbleef. Het in het dossier aanwezige screeningsformulier MATE is halverwege de klinische opname op 23 juni 2020 afgenomen en schiet daarmee zijn doel voorbij, namelijk het bepalen van de behandelintensiteit. Het dossier bevat ook geen informatie waaruit blijkt dat bij de indicatiestelling voorafgaand aan de klinische behandeling gebruik is gemaakt van een meetinstrument/semigestructureerd interview om de behandelintensiteit te bepalen.

Diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit zonder voorafgaande triage (meteen screeningsinstrument zoals de MATE of EuropASI) is niet overeenkomstig de geldende richtlijnen en voldoet daarmee niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Diagnostiek en behandeling kunnen dan niet ten laste van de basisverzekering worden gebracht.

Effectiviteit Change en Grow methodiek

Nu verzoeker geen aanspraak kan maken op vergoeding van de behandeling ten laste van de basisverzekering omdat de diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit niet volgens de stand van de wetenschap en praktijk zijn uitgevoerd is het niet meer relevant om te beoordelen of de Change en Grow methodiek voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Overige opmerking therapeutisch proefverlof en ambulante vervolgbehandeling

Over proefverlof stelt de Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving (2017) het volgende:

"Gepast gebruik van zorg is een van de uitgangspunten binnen de Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving (2017). Gepast gebruik gaat over de juiste inzet van hulp bij aanvang van een behandeling maar ook over het juiste moment van op- of afschalen van een behandeltraject ('matched care'). Zo maakt therapeutisch proefverlof vanuit klinische opname een essentieel onderdeel uit van de behandeling. Het vanuit de kliniek oefenen van vaardigheden past in graduele afbouw van de intensiteit van de zorg."

De zorgstandaard gaat er eveneens vanuit dat een klinische behandeling is ingebed in een ambulante behandeltraject. 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 ambulante behandeltraject (goede voor-en nazorg) in Nederland kan een behandeling in het buitenland als effectief worden aangemerkt.

Het behandelplan van Villa Ramadas voorziet niet in therapeutisch proefverlof dat volgens de zorgstandaard essentieel is. Hoewel Villa Ramadas het heeft over een passend nazorgtraject, wordt uit de informatie onvoldoende duidelijk hoe de nazorg is geregeld. Nu het behandelplan niet voorziet in een therapeutisch proefverlof en er onduidelijkheid is over het nazorgtraject in Nederland, is de behandeling niet in overeenkomst met de geldende richtlijnen.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat bij de diagnose en het bepalen van de behandelintensiteit gebruik is gemaakt van een screeningsinstrument, zoals de MATE of de EuropASI. De behandeling in Villa Ramadas voldoet daarmee niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. (...)"

- 3.7. Op 7 oktober 2021 heeft het Zorginstituut per brief verklaard:
"(...) Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien.

Uit de stukken blijkt niet dat er sprake was van een acute noodsituatie die klinische opname per direct noodzakelijk maakte. Als sprake is van een noodzaak voor acute psychiatrie ter afwending van een crisissituatie zijn er in Nederland altijd voldoende mogelijkheden voor opname. Uit de stukken blijkt niet dat een eventuele machtigingsaanvraag door Solutions, niet kon worden afgewacht.

U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen. (...)"

4. Geschil
- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de GGZ-behandeling in Portugal moet vergoeden.
- 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 A.22 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op geneeskundige zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Tevens zijn hierin de relevante bepalingen uit de Verordening (EG) nr. 883/2004 vermeld. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Europese Verordening 883/2004

- 6.2. Verzoeker is naar een andere EU/EER-lidstaat, namelijk Portugal, gegaan om daar een behandeling te ondergaan. In die situatie is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 Vo. nr. 883/2004. Op grond van dit artikel heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) de zorg niet tijdig in Nederland beschikbaar is. Daarnaast geldt de eis dat een verzekerde voorafgaand aan de behandeling toestemming moet vragen aan de ziektekostenverzekeraar. Doet de verzekerde dit niet dan blijft de verordening in beginsel buiten beschouwing. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05).
- 6.3. Verzoeker heeft op 1 juni 2020 een intakegesprek gehad bij VillaRamadas in Portugal en is hierop volgend een behandeling gestart. Ten behoeve van verzoeker is pas op 9 juli 2020 een aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Dit betekent dat geen voorafgaande toestemming is gevraagd. Volgens verzoeker kon dit laatste redelijkerwijs niet van hem worden verwacht, omdat sprake was van een crisissituatie en omdat dit niet kon gelet op de COVID-19 pandemie. De commissie overweegt dat door verzoeker het bestaan van een crisissituatie, door hem beschreven als een situatie waarin het medisch noodzakelijk was dat hij direct zou worden opgenomen, niet aannemelijk is gemaakt. Voorts heeft verzoeker niet onderbouwd waarom de COVID-19 pandemie het voor hem onmogelijk maakte voorafgaand aan de behandeling een aanvraag in te dienen. Daarbij neemt de commissie in overweging dat verzoeker voorafgaand aan de opname in Portugal blijkbaar wel in staat is gebleken verschillende zorgaanbieders te bezoeken, dan wel telefonisch of per e-mail met hen in contact te treden. Niet is gebleken dat sprake was van bijzondere omstandigheden, waardoor hij niet in staat was de verkregen informatie met de ziektekostenverzekeraar te delen en een aanvraag in te dienen. Voorts overweegt de commissie dat uit de gedragingen van verzoeker evenmin blijkt dat sprake was van een zodanige situatie dat directe klinische opname noodzakelijk was en om die reden redelijkerwijs niet kon worden gewacht op de beoordeling van een eventuele aanvraag. Dit laatste wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 7 oktober 2021, waarbij hij tevens opmerkt dat als sprake is van een noodzaak voor acute psychiatrie ter afwending van een crisissituatie er in Nederland altijd voldoende mogelijkheden zijn voor opname. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de Verordening buiten toepassing blijft en dat het recht op vergoeding van de onderhavige behandeling uitsluitend dient te worden beoordeeld op grond van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

Zorgverzekering

- 6.4. De zorgverzekering biedt dekking voor Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), voor zover deze zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en verzoeker hierop redelijkerwijs is aangewezen. Verder is in artikel B.19 van de voorwaarden van de zorgverzekering opgenomen dat een voorafgaande verwijzing en onderbouwing nodig is waar het gaat om een gespecialiseerd GGZ-traject met opname. Tevens is vermeld dat voorafgaand aan een dergelijke behandeling toestemming moet worden gevraagd en verkregen van de ziektekostenverzekeraar als deze zorg wordt betrokken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

- 6.5. Zoals hiervoor reeds is overwogen is aan laatstgenoemde eis niet voldaan, hetgeen op zichzelf al een geponde reden vormt voor de ziektekostenverzekeraar om de aanvraag af te wijzen.
- 6.6. Zou evenwel aan de eis van een voorafgaande aanvraag en toestemming worden voorbijgegaan, dan nog leidt dit niet tot toewijzing van het verzoek. Uit het advies van het Zorginstituut van 8 juli 2021 blijkt namelijk dat diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit zonder voorafgaande triage (met een screeningsinstrument zoals de MATE of EuropASI) niet overeenkomstig de geldende richtlijnen is en daarmee niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat in het geval van verzoeker niet volgens de toepasselijke richtlijnen is gehandeld, omdat het screeningsinstrument pas is ingezet toen de behandeling reeds was aangevangen, zodat de zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verder blijkt uit het advies dat op grond van de geldende richtlijnen therapeutisch proefverlof een essentieel onderdeel vormt van de behandeling. Volgens het Zorginstituut voorziet het behandelplan van Villa Ramadas niet in therapeutisch proefverlof. Hoewel Villa Ramadas het heeft over een passend nazorgtraject, wordt uit de informatie onvoldoende duidelijk hoe de nazorg is geregeld. Nu het behandelplan niet voorziet in een therapeutisch proefverlof en er onduidelijkheid is over het nazorgtraject in Nederland, is ook de behandeling niet in overeenstemming met de geldende richtlijnen. De commissie ziet geen aanleiding om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt de conclusie uit dit advies over.
- 6.7. Gelet op het voorgaande kan de vraag of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op gespecialiseerde GGZ met opname onbeantwoord blijven. Dit zal namelijk niet tot een ander oordeel leiden, nu reeds is vast komen te staan dat verzoeker voorafgaand aan de behandeling geen toestemming aan de ziektekostenverzekeraar heeft gevraagd of verkregen en voorts vaststaat dat de indicatie niet overeenkomstig de toepasselijke richtlijnen is gesteld, waardoor de hierop gebaseerde behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 6.8. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd, met name dat de ziektekostenverzekeraar telkens een andere afwijsggrond heeft gebruikt, kan niet leiden tot een ander oordeel. Weliswaar heeft de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk het standpunt ingenomen dat onvoldoende was onderbouwd dat sprake was van een (acute) crisissituatie en dat de noodzaak voor klinische opname ter discussie stond, maar heeft hij in de onderhavige procedure per brief op 3 juni 2021 toegelicht dat er feitelijk drie gronden waren om de aanvraag af te wijzen. Te weten dat verzoeker ten onrechte geen voorafgaande toestemming heeft gevraagd en verkregen voor de behandeling, de behandeling zoals geboden door Villa Ramadas niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dat geen sprake was van een (acute) crisissituatie die directe opname noodzakelijk maakte. Het stond de ziektekostenverzekeraar in deze situatie vrij zijn standpunt nader toe te lichten en dit aan te vullen. Daarbij heeft verzoeker voldoende tijd en gelegenheid gehad zich hiertegen te verweren, zodat hij hiervan geen (procedureel) nadeel heeft ondervonden.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor GGZ, zodat het verzoek niet op grond van deze verzekering kan worden toegewezen.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 november 2021,

H.A.J. Kroon

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>)

wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route. Wij vergoeden op basis van hele kilometers en maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

Voorbeeld:

5 (aantal maanden behandeling) \times 2 (aantal behandelingen per week) \times $52/12$ \times 26 (afstand in kilometers) \times $0,25$ (wegingsfactor) = $281,67$. Deze uitkomst is hoger dan 250 en geeft u recht op een vergoeding van het zittend ziekenvervoer.

Komen er wijzigingen in deze situatie, dan moet u ons dat zo snel mogelijk doorgeven.

Logeerkosten

U hebt recht op een vergoeding van logeerkosten:

- als u op basis van uw medische indicatie of de hardheidsclausule in aanmerking komt voor zittend ziekenvervoer uit dit artikel; en
- als dit zittend ziekenvervoer op ten minste drie achtereenvolgende dagen nodig is; en
- als u een aanvraag hebt ingediend voor vergoeding van logeerkosten in plaats van (een vergoeding voor) zittend ziekenvervoer en u daarvoor van ons een akkoordverklaring hebt ontvangen.

Zorgverlener

Als het zittend ziekenvervoer per taxi plaatsvindt, moet de taxivervoerder erkend zijn (Taxi Keurmerk / TX-keurmerk) en de juiste vergunning hebben.

Behandelvoorstel

Een huisarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist of verpleegkundig specialist heeft vastgesteld dat het zittend ziekenvervoer medisch noodzakelijk is.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig. Dit geldt ook wanneer:

- u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of
- u reist met een ander vervoermiddel dan auto, in de laagste klasse van het openbaar vervoer of taxi (zoals een boot).

Omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn, beoordelen wij of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.19. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Het gehele artikel B.19. beschrijft de geestelijke gezondheidszorg. Het Reglement GGZ is onderdeel van dit artikel. In het reglement wordt de geestelijke gezondheidszorg verder toegelicht en benoemen wij nadere voorwaarden waaraan voldaan moet worden per zorgonderdeel.

Het Reglement GGZ kunt u vinden op onze website of telefonisch bij ons opvragen.

B.19.1. GGZ basis

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat generalistische basis GGZ (gbGGZ) voor verzekerden vanaf 18 jaar.

Onder gbGGZ verstaan wij:

- diagnostiek (het vaststellen van een vermoedelijke aandoening) met de bedoeling om over te gaan tot
- behandeling van een lichte tot matige, niet-complexe psychische aandoening of stabiele chronische problematiek. Eén behandeltraject gbGGZ zou dan voldoende moeten zijn om u de zorg te geven die u nodig hebt. Meer informatie hierover vindt u in het Reglement GGZ, artikel 2.2.

Als onderdeel van deze zorg kan ook evidence based (wetenschappelijk onderzoek heeft de effectiviteit aangetoond) e-health zorg (blended care) worden ingezet. Hieronder verstaan wij een compleet behandeltraject dat onder verantwoordelijkheid van een zorgverlener is gestart en is afgerond. U volgt daarbij een behandeling via een online behandelmodule waarmee de behandeling niet alleen face-to-face plaatsvindt, maar ook mogelijk wordt gemaakt via digitaal contact.

Let op!

- Uw zorgverlener mag in principe maximaal 1 behandeltraject per diagnose(groep) bij ons in rekening brengen. In specifieke situaties kan een 2^e behandeltraject gbGGZ in 1 kalenderjaar worden gedeclareerd. U moet dan wel minstens 2 maanden behandelvrij en klachtenvrij zijn na het 1^e behandeltraject. U hebt dan ook een nieuwe verwijzing nodig en er moet sprake zijn van een 2e hulpvraag op basis van (het vermoeden van) een andere diagnose(hoofdgroep). Zie ook artikel 2.2. in het Reglement GGZ.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

- De zorg is vrijgesteld van het verplicht eigen risico als:
 - u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten (dat kunt u op uw polisblad zien); en
 - het gaat om zorg in de vorm van e-health (blended care); en
 - u voor deze vorm van behandeling naar een voor gbGGZ gecontracteerde zorgverlener gaat.
- In alle andere situaties valt de zorg wel onder het eigen risico.
- Van de gbGGZ zijn de belangrijkste uitsluitingen genoemd in het Reglement GGZ.

Voorwaarden

Algemeen

- Meer en nadere informatie over de voorwaarden dan hieronder vermeld, kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 2. Generalistische basis GGZ (gbGGZ).
- De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend zorgverlener of in een generalistische basis GGZ-instelling zonder dat sprake is van een opname.

Zorgverlener

- Elke zorgverlener heeft een door Zorginstituut Nederland (ZN) gepubliceerd Kwaliteitsstatuut GGZ opgesteld dat minimaal gelijk is aan het Model Kwaliteitsstatuut GGZ en handelt daarnaar. Voor psychologen in loondienst dient de instelling voor dit kwaliteitsstatuut te zorgen.
- De regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de zorg.
- Bij vrijgevestigde zorgverleners is de regiebehandelaar een klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut of GZ-psycholoog.
- Binnen een instelling is de regiebehandelaar een klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts (KNMG), klinisch geriater of verpleegkundig specialist GGZ.
- Voor verzekerden die de behandeling zijn gestart onder de Jeugdwet, en waarvan de behandeling doorloopt bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd, kan ook een kinder- en jeugdpsycholoog of een orthopedagoog generalist de regiebehandelaar zijn. Deze uitzondering is alleen van toepassing op de eerste prestatie in de gbGGZ die aansluitend wordt geopend na het bereiken van de 18-jarige leeftijd.

Verwijzing

U bent vóór aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, een bedrijfsarts, een medisch specialist, regiebehandelaar gespecialiseerd

de GGZ of straatdokter (arts voor dak- en thuislozen).

De nadere voorwaarden en uitzonderingen met betrekking tot de verwijzing kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 2.2.

Behandelvoorstel

Zie Reglement GGZ, artikel 2.2.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.19.2. GGZ gespecialiseerd zonder opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat gespecialiseerde GGZ (gGGZ) voor verzekerden vanaf 18 jaar.

Onder deze gGGZ verstaan wij;

- diagnostiek (het vaststellen van de aandoening) gevolgd door
- gespecialiseerde behandeling van (zeer) complexe (ingewikkelde) psychische aandoeningen.

Als onderdeel van deze zorg kan ook evidence based (wetenschappelijk onderzoek heeft de effectiviteit aangetoond) e-health zorg (blended care) worden ingezet. Hieronder verstaan wij een compleet behandeltraject dat onder verantwoordelijkheid van een zorgverlener is gestart en is afgerond. U volgt daarbij een behandeling via een online behandelmodule waarmee de behandeling niet alleen face-to-face plaatsvindt, maar ook mogelijk wordt gemaakt via digitaal contact.

De tijdsduur van de behandeling inclusief langdurige opname in de gGGZ is omschreven in het Reglement GGZ.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg is vrijgesteld van het verplicht eigen risico als:
 - u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten (dat kunt u op uw polisblad zien); en
 - het gaat om zorg in de vorm van e-health (blended care); en
 - u voor deze vorm van behandeling naar een voor gGGZ gecontracteerde zorgverlener gaat.

Op uw polisblad kunt u zien of u een Zorgver-

zekering Natura Select hebt afgesloten.

- In alle andere situaties wordt de zorg wel verzekerd met het eigen risico.
- Van de gGGZ zijn de belangrijkste uitgesloten vormen van zorg genoemd in het Reglement GGZ.

Voorwaarden

Algemeen

- Meer informatie over de voorwaarden dan hieronder vermeld, kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 3. Gespecialiseerde GGZ (gGGZ) algemeen.
- De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend vrijgevestigde zorgverlener of in een in Nederland toegelaten instelling conform de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) zijnde een instelling voor gespecialiseerde GGZ.

Zorgverlener

- Elke zorgverlener heeft een door Zorginstituut Nederland (ZN) gepubliceerd Kwaliteitsstatuut GGZ opgesteld dat minimaal gelijk is aan het Model Kwaliteitsstatuut GGZ en handelt daarvoor. Voor psychologen in loondienst dient de instelling voor dit kwaliteitsstatuut te zorgen.
- De regiebehandelaar verleent de zorg.
- Binnen een instelling is de regiebehandelaar een psychiater of een klinisch psycholoog. Bij specifieke zorgvragen en als het passend is bij de aandoening kan de regiebehandelaar ook een verslavingsarts (KNMG), specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater, psychotherapeut, klinisch neuropsycholoog, verpleegkundig specialist GGZ of GZ-psycholoog zijn.
- Bij vrijgevestigde zorgverleners is de regiebehandelaar een klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut of psychiater.
- Voor verzekerden die de behandeling zijn gestart onder de Jeugdwet, en waarvan de behandeling doorloopt bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd, kan ook een kinder- en jeugdpsycholoog of een orthopedagoog generalist de regiebehandelaar zijn. Deze uitzondering is alleen van toepassing op de eerste prestatie in de gGGZ die aansluitend wordt geopend na het bereiken van de 18-jarige leeftijd.

Verwijzing

U bent vóór aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, regiebehandelaar generalistische basis GGZ (gbGGZ) of straatdokter (arts voor dak- en thuislozen). De nadere voorwaarden en uitzonderingen met betrekking tot de verwijzing kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 3.2.

Behandelvoorstel

Zie Reglement GGZ, artikel 3.2.

Akkoordverklaring

- De voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener beoordeelt namens ons of uw aandoening valt onder de zorg waarvoor u verzekerd bent. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.
- Als de zorg plaatsvindt in de vorm van verslavingszorg in combinatie met opname, en de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig (zie artikel A.18.).
- Als het gaat om andere zorg dan verslavingszorg in combinatie met opname, dan is een akkoordverklaring niet nodig. Ook niet wanneer de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.19.3. GGZ gespecialiseerd met opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor medisch noodzakelijke opname in verband met gespecialiseerde GGZ gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 (3 x 365) dagen. Extra voorwaarden over opname en vergoeding daarvan kunt u vinden in het Reglement GGZ.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verzekerd met het eigen risico.

Voorwaarden

Zie artikel B.19.2. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- Meer en nadere informatie over de voorwaarden dan hieronder vermeld, kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 3. Gespecialiseerde GGZ (gGGZ) algemeen en artikel 4. gGGZ met opname.
- De zorg vindt plaats in een in Nederland toegelaten instelling conform de WTZi zijnde:
 - een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis voor zorg onder de Zorgverzekeringswet;
 - een instelling voor gespecialiseerde GGZ voor zorg onder de Zorgverzekeringswet en/of de Wet langdurige zorg (Wlz).

Zorgverlener

- De psychiater of klinisch psycholoog is eindverantwoordelijk voor de zorg.
- De regiebehandelaar is in beginsel een psychiater of klinisch psycholoog. Daarnaast mag de zorg ook worden geleverd door de volgende regiebehandelaren: de verslavingsarts (KNMG), specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater, psychotherapeut, klinisch neuropsycholoog, verpleegkundig specialist GGZ en de GZ-psycholoog, volgens de voorwaarden van het Kwaliteitsstatuut GGZ.

Akkoordverklaring

- De voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener beoordeelt namens ons of uw aandoening valt onder de zorg waarvoor u verzekerd bent. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.
- Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig (zie artikel A.18.).

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.20. Vervallen

B.21. Preventie

B.21.1. Vervallen

B.21.2. Stoppen-met-roken

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor 1x per kalenderjaar Stoppen-met-roken (SMR)-begeleiding. Medicijnen of nicotinevervangende middelen (farmacotherapie) worden alleen vergoed in combinatie met gedragsmatige ondersteuning in de vorm van individuele (persoonlijke, telefonische, internet-) of groepsbegeleiding met een stopcoach, volgens een geaccrediteerd SMR programma. De medicijnen of nicotinevervangende middelen worden vanuit dit artikel vergoed. Behalve als de middelen voorkomen in het GeneesmiddelenVergoedingsstelsel (GVS) want dan komt de vergoeding vanuit artikel B.15.1.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

- U bent alleen verzekerd voor medicijnen of nicotinevervangende middelen als zij onderdeel zijn van de SMR-begeleiding.
- Het SMR programma wordt niet verrekend met het verplicht eigen risico als de zorg wordt geleverd door een gecontracteerde zorgverlener SMR.
- De medicijnen of nicotinevervangende middelen worden niet verrekend met het verplicht eigen risico als:
 - deze zijn voorgeschreven door een gecontracteerde zorgverlener SMR; en
 - onderdeel zijn van het SMR programma.
- In alle andere situaties worden de zorg en medicijnen/middelen wel verrekend met het eigen risico.

Voorwaarden

Algemeen

Het SMR-begeleidingstraject bestaat uit op gedragsverandering gerichte interventies, indien nodig met ondersteuning van effectief bewezen farmacotherapie (medicijnen of nicotinevervangende middelen). De farmacotherapie kan nooit zonder gedragsmatige ondersteuning worden ingezet.

De daadwerkelijke zorg en begeleiding binnen het SMR-traject wordt op u persoonlijk afgestemd en, indien nodig, geleidelijk in het zorgproces aangepast door de zorgverlener.

Zorgverlener

- De gedragsveranderende ondersteunende zorg wordt verleend door een huisarts, een medisch specialist, een gezondheidszorgpsycholoog of een SMR-coach.
- De huisarts, medisch specialist en SMR-coach moet ingeschreven zijn in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken en is opgeleid om mensen intensief te begeleiden bij het stoppen met roken.
- Als naast de gedragsmatige begeleiding ook medicijnen of nicotinevervangende middelen noodzakelijk zijn, dienen deze te worden geleverd door een door ons gecontracteerde leverancier voor SMR of een apotheek.

Let op!

- Waarschijnlijk is uw eigen apotheek niet gecontracteerd voor de SMR-medicijnen of nicotinevervangende middelen. Op onze website kunt u vinden met welke leveranciers wij wel een contract hebben afgesloten. Zoek dan specifiek op "Stoppen met roken";
- Een gezondheidszorgpsycholoog mag de zorg wel verlenen maar is mogelijk niet gecontracteerd voor SMR. Op onze website kunt u vinden welke andere zorgverleners wij wel voor

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 zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

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

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

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

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)*”