

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

Zaaknummer: 202302949

Partijen

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

en

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

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in Antwerpen, België, bij Affect2U uitgevoerde klinische behandeling, te weten een bedrag van € 14.150,-, geheel dan wel gedeeltelijk te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Daarnaast heeft verzoeker de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is te vergoeden de kosten voor de behandeling van zijn klacht ten bedrage van € 37,-. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de kosten van de uitgevoerde klinische behandeling bij Affect2U niet worden vergoed, omdat verzoeker geen voorafgaande toestemming heeft gevraagd.
- 1.2. De commissie overweegt dat verzoeker naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, is gegaan om daar een klinische GGZ-behandeling vanwege zijn verslavingsproblematiek te ondergaan. Hij heeft niet voorafgaand toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar en bijzondere omstandigheden die hieraan in de weg stonden zijn gesteld noch gebleken. (EG) Verordening nr. 883/2004 (hierna: Vo. nr. 883/2004) blijft daarom buiten toepassing. Met betrekking tot de zorgverzekering overweegt de commissie dat op grond van de Algemene regels en vergoedingen van de zorgverzekering voorafgaande toestemming is vereist voor de uitgevoerde behandeling, en deze ontbreekt. Indien sprake is van spoedeisende zorg geldt deze voorwaarde niet. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat het ging om spoedeisende zorg als bedoeld in de Algemene regels en vergoedingen van de zorgverzekering. Dit betekent dat vergoeding, ten laste van die verzekering, van de kosten van de behandeling in België terecht is geweigerd. De commissie wijst het verzoek daarom af. Voor toekenning van een vergoeding in verband met de gemaakte kosten voor de onderhavige procedure bestaat om deze reden geen grond.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 13 oktober 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 1 november 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 8 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 december 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 16 januari 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023051843) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 17 januari 2024 aan partijen gestuurd. Op 1 maart 2024 heeft verzoeker aan de commissie aanvullende stukken gestuurd. Kopieën hiervan zijn op 4 maart 2024 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. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 maart 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Op 27 maart 2024 heeft verzoeker een e-mailbericht aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 28 maart 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 9 april 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 16 januari 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 22 april 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Daarnaast heeft het Zorginstituut zijn voorlopig advies verduidelijkt. Een kopie van de brief is, eveneens op 22 april 2024, aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 26 april 2024 heeft verzoeker hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 3 mei 2024 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Topfit, ONVZ OntzorgPlus, ONVZ Wereldfit en ONVZ Tandmodule C (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker was bekend met verslavingsproblematiek. In verband hiermee is hij op 7 mei 2022 naar Affect2U in Antwerpen, België gegaan. Van 16 mei 2022 tot en met 24 juli 2022 heeft verzoeker hier de behandeling 'The Journey Inwards' gevolgd. Voor de behandeling bij Affect2U heeft verzoeker een bedrag van € 14.150,- betaald. Namens verzoeker is op 25 juli 2022 een aanvraag ingediend voor een klinische GGZ-behandeling in België.
- 3.3. Bij e-mailbericht van 1 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard onvoldoende gegevens te hebben om de aanvraag te beoordelen en heeft hij verzocht om aanvullende informatie. Hierop is door verzoeker aanvullende informatie aangeleverd. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om een MATE-verslag. Bij e-mailbericht van 2 augustus 2022 heeft verzoeker meegedeeld dat hij daarover niet beschikt. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar nogmaals om aanvullende informatie verzocht.

- 3.4. Bij e-mailbericht van 4 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag voor verslavingszorg in België wordt afgewezen. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 5 augustus 2022 een aanvullend stuk aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Eveneens bij e-mailbericht van 5 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd, onder handhaving van zijn beslissing.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 2 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij niet zal overgaan tot vergoeding van de behandeling bij Affect2U. Op 11 april 2023 heeft een telefoongesprek tussen partijen plaatsgevonden. Bij e-mailbericht van 17 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker bevestigd dat geen aanspraak bestaat op vergoeding. Bij brief van 18 juli 2023 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar nogmaals verzocht om heroverweging van zijn beslissing. Bij e-mailbericht van 4 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 16 januari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.7. Bij brief van 22 april 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in Antwerpen, België, bij Affect2U uitgevoerde klinische behandeling, te weten een bedrag van € 14.150,-, geheel dan wel gedeeltelijk te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Daarnaast heeft verzoeker de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is te vergoeden de kosten voor de behandeling van zijn klacht ten bedrage van € 37,-.
- 4.2. Verzoeker heeft in zijn brief van 13 oktober 2023 toegelicht dat hij in 2022 naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, is gegaan om daar een behandeling te ondergaan. Op deze situatie ziet artikel 20 Vo. nr. 883/2004. Op grond van deze bepaling 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 zorgverzekeraar. Doet de verzekerde dit niet, dan blijft de verordening in beginsel buiten beschouwing. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving de lidstaat waar de betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidsstaat van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. Verzoeker stelt zich op het standpunt dat aan deze voorwaarden is voldaan. Zo blijkt uit de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden dat de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt. Verder valt uit de verklaring van behandelend verslavingsarts van 30 augustus 2023 op te maken dat bij verzoeker sprake was van een spoedeisende situatie en dat de behandeling bij Affect2U op korte termijn het enige alternatief vormde.
- De ziektekostenverzekeraar stelt ten onrechte dat zijn voorafgaande toestemming vereist was. Uitstel van de behandeling tot de ziektekostenverzekeraar toestemming zou hebben verleend, was, gelet op de levensbedreigende situatie van verzoeker, niet mogelijk. Vanwege de lange wachtlijsten bij de GGZ in Nederland was de zorg hier te lande niet op korte termijn beschikbaar. De ziektekostenverzekeraar mocht, gelet op artikel 20 Vo. nr. 883/2004, zijn toestemming om die reden niet weigeren.
- Verzoeker verwijst naar een arrest van het gerechtshof Arnhem-Leeuwarden van 5 juli 2022 (ECLI:NL:GHARL:2022:5672) en stelt zich op het standpunt dat - net zoals in die zaak - de

ziektekostenverzekeraar niet met een verwijzing naar de voorwaarden van de zorgverzekering kan stellen dat voorafgaand aan de behandeling in België zijn toestemming vereist was. De ziektekostenverzekeraar kon toestemming immers niet onthouden. Bovendien werd hij al op 9 mei 2022 ingelicht over de geplande behandeling.

- 4.3. Verzoeker heeft verder toegelicht dat uit het rapport "Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs" van 16 oktober 2014 bij het bepalen van de behandelintensiteit bij verslavingszorg onder meer een screeningsinstrument zoals de MATE moet worden afgenomen. Diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit zonder voorafgaande triage met een screeningsinstrument is niet overeenkomstig de geldende richtlijnen en voldoet daarmee niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Omdat een screeningsdocument ontbreekt, voldoet de klinische behandeling bij Affect2U volgens de ziektekostenverzekeraar niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit is echter onjuist. Voorafgaand aan de behandeling is de MATE afgenomen. Verzoeker is op 7 mei 2022 door zijn huisarts met spoed doorverwezen naar Affect2U. Op 8 mei 2022 heeft de behandelend klinisch psycholoog een MATE-verslag opgesteld. Naar aanleiding hiervan heeft Affect2U een programma voorgesteld. Dit programma is vervolgens door verzoeker succesvol afgerond.
- 4.4. Verzoeker heeft verder opgemerkt dat hij in 2019 ook is behandeld bij Affect2U. De kosten van deze behandeling zijn destijds door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop toegelicht dat hij het gevoel had dat hij niet van zijn verslaving kon afkomen. Zijn huisarts was op de hoogte van zijn situatie. Een klinische behandeling bij Affect2U was nog de enige optie. Op zaterdag 7 mei 2022 is hij naar Affect2U gebracht. Op diezelfde dag is een intakegesprek met hem gevoerd. De volgende dag, op 8 mei 2022, heeft de triage plaatsgevonden door middel van een één-op-één gesprek. Op maandag 9 mei 2022 is de behandeling gestart. In het weekend wordt namelijk niet behandeld. Affect2U biedt twee programma's aan. Eén van die programma's heeft verzoeker in het verleden afgerond. Dit programma heeft hij gedurende de eerste week gevolgd. Daarna is hem geadviseerd het andere programma te volgen. Met het tweede programma - 'The Journey Inwards' - is hij op maandag 16 mei 2022 gestart. In Nederland is het niet mogelijk om zo snel te worden opgenomen. Er is vaak een wachttijd van zes tot acht weken voor een intake. Vervolgens is er een wachtlijst voor de daadwerkelijke behandeling. Bij Affect2U kon verzoeker 's middags nog terecht en heeft diezelfde dag een intake plaatsgevonden.
- Verzoeker beschikte over een verwijzing. Kort na het contact met Affect2U is contact opgenomen met de huisarts. Door de huisarts is op 9 mei 2022 een verwijsbrief afgegeven. De huisarts had deze al klaarliggen, maar gaf te kennen dat opname alleen zin zou hebben als verzoeker dat zelf zou willen. De verwijsbrief kon pas na het weekend worden opgehaald.
- Ten aanzien van de voorafgaande toestemming geldt dat de ziektekostenverzekeraar deze, in verband met de medische noodzaak, op grond van artikel 20 (EG) Vo. nr. 883/2004 niet mocht weigeren. Uit de brief van 30 maart 2023 van de verslavingsarts van Affect2U blijkt dat destijds sprake was van spoed. Er bestond een noodzaak tot directe behandeling, het gebruik van verzoeker kon worden gezien als een gevaarscriterium, en in Nederland kon op korte termijn geen klinische of ambulante behandeling worden geboden.
- Op 9 mei 2022 is namens verzoeker contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Hierbij is melding gemaakt van de opname en om toestemming gevraagd. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar een algemene instructie gegeven en uitgelegd dat de zorgaanbieder de aanvraag meestal regelt voor een verzekerde. Door deze informatie is het vertrouwen gewekt dat de behandeling zou worden vergoed. Hierbij was van belang dat de ziektekostenverzekeraar eerder behandeltraject bij Affect2U heeft vergoed.
- Weliswaar is door de moeder van verzoeker in een e-mailbericht verklaard dat geen MATE-verslag is afgegeven, maar dit kan verzoeker niet worden tegengeworpen. Zij wist niet wat een MATE-verslag was. Een willekeurige derde zou dit ook niet weten. Achteraf bleek wel een MATE-verslag beschikbaar. Namens verzoeker is contact opgenomen met Affect2U, en Affect2U heeft telefonisch verklaard dat Affect2U en verzoeker ervan uitgaan dat het MATE-verslag op 8 mei 2022 is opgesteld. Hiermee voldoet de aangevraagde zorg aan de stand van de wetenschap

en praktijk. De behandelaar die het MATE-verslag heeft opgesteld, is niet meer werkzaam bij Affect2U en kan hierover geen duidelijkheid geven. Het is ook niet logisch dat geen MATE-verslag zou zijn opgesteld.

Verzoeker verwijst naar de brief van 30 maart 2023 van de behandelend arts. In deze brief wordt verklaard dat klinische behandeling is geïndiceerd vanwege de ernst van de problematiek. Een arts schrijft dit niet voor zonder MATE-verslag. Op 17 oktober 2022 is onder andere het MATE-verslag gestuurd met de juiste datum. Het MATE-verslag dateert van 8 mei 2022 en dit leidt tot de conclusie dat dekking moet worden verleend.

Tot slot heeft verzoeker zich op het standpunt gesteld dat de bepaling over het toestemmingsvereiste bij opname in het buitenland in de Algemene regels en vergoedingen van de zorgverzekering als onredelijk bezwarend kan worden aangemerkt, omdat deze bepaling in strijd is met artikel 20 Vo. (EG) nr. 883/2004.

- 4.6. Bij e-mailbericht van 27 maart 2024 heeft verzoeker e-mailcorrespondentie met een oud-medewerker van Affect2U overgelegd waarin onder meer wordt opgemerkt: *"Zoals reeds aangegeven in mijn eerste mail kan ik deze gegevens niet nakijken en daardoor dus ook niet opnieuw bevestigen. U hebt reeds alle informatie verschaft gekregen via Affect2u dus daarin kan ik u verder niet ondersteunen gezien ik hier niet meer werk"*.
- 4.7. Bij e-mailbericht van 26 april 2024 heeft verzoeker een verklaring van zijn huisarts van 4 april 2024 overgelegd waarin wordt opgemerkt: *"Op 9.5.2022 heb ik bovengenoemde patiënt verwezen naar Affect2U (...), zoals u bekend is, ivm behandeling cocaïne, alcohol en gokverslaving. Het was urgent dat hij op dat moment aldaar heen ging ivm de ernstige verslavingsproblematiek en omdat hij op dat moment zeer gemotiveerd was dit te doen"*.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 2 februari 2023 aangevoerd dat de kosten van de GGZ-behandeling bij Affect2u niet worden vergoed, omdat door verzoeker geen voorafgaande toestemming is gevraagd. In de situatie van verzoeker was geen sprake van spoedeisende zorg. Dit wordt in de aanvraag en de toelichting van verzoeker ook niet aannemelijk gemaakt. In de GGZ is spoedeisende zorg voorbehouden aan de crisisdienst. Hiervan was echter geen sprake. Uit het dossier blijkt dat verzoeker op 7 mei 2022 zelf contact heeft opgenomen met Affect2U, waar hij nog diezelfde dag terecht kon. Er bleek toen niet direct behandeling noodzakelijk te zijn. Op dat moment heeft namelijk slechts een intake plaatsgevonden. Het vervolg van de behandeling, in een klinische setting, is daarom te bestempelen als 'planbare' zorg. Hiervoor geldt een toestemmingsvereiste.
- In de Algemene regels en vergoedingen van de zorgverzekering staat vermeld in welke situaties er voorafgaand aan de behandeling toestemming moet worden gevraagd, namelijk (i) als er voor dezelfde zorg in Nederland toestemming nodig is, dan geldt dat ook voor zorg in het buitenland, (ii) voor een opname of dagopname, en (iii) als de zorg in Nederland niet (tijdig) beschikbaar is. In de situatie van verzoeker is sprake geweest van een klinische opname in het buitenland. Daarnaast dient niet-gecontracteerde klinische GGZ ook in Nederland vooraf te worden aangevraagd. Dit betekent dat verzoeker vooraf toestemming had moeten vragen en dit is niet gebeurd.
- Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de verwijzing door de huisarts pas werd afgegeven nadat de intake bij Affect2U had plaatsgevonden, te weten op 9 mei 2022. Ook de MATE lijkt niet voorafgaand aan de opname te zijn afgenomen.
- 5.2. In zijn brief van 4 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij in 2019 een behandeling bij Affect2U heeft vergoed. Op de nota's van dat behandeltraject werden geen verblijfskosten in rekening gebracht. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft de nota's derhalve beoordeeld als een ambulante traject. Voor ambulante GGZ in het buitenland gold in 2019 geen toestemmingsvereiste. De kosten van het behandeltraject zijn daarom conform de Algemene regels en vergoedingen van de zorgverzekering vergoed.

- 5.3. In zijn brief van 8 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat voor vergoeding van klinische verslavingszorg in ieder geval moet zijn voldaan aan de wettelijke kaders en de Algemene regels en vergoedingen van de zorgverzekering. Er moet onder andere (i) vooraf een verwijzing zijn afgegeven, (ii) een indicatiestelling hebben plaatsgevonden voorafgaande aan de opname, waaruit de medische noodzaak voor een klinische opname blijkt, en (iii) toestemming worden gevraagd en afgewacht. In de situatie van verzoeker is niet aan deze voorwaarden voldaan. Op basis van de aangeleverde informatie is geen medische spoed of andere medische reden gebleken om hiervan af te wijken.
- De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat verzoeker op 9 mei 2022 via de chat contact met hem heeft opgenomen. In dit chatgesprek heeft de ziektekostenverzekeraar duidelijk aangegeven dat toestemming vragen noodzakelijk is voor de aanspraak op verslavingszorg. Er is op die dag geen aanvraag ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft voor het eerst op 25 juli 2022 een aanvraag ter zake ontvangen. Pas na ontvangst van aanvullende informatie werd duidelijk dat de opname al had plaatsgevonden en dat er geen toestemming was gevraagd. Artikel 20 Vo. nr. 883/2004 gaat over planbare - niet spoedeisende - zorg en is in dit geval niet van toepassing. Er is namelijk niet aangetoond dat verzoeker niet binnen een medisch verantwoorde termijn bij een Nederlandse zorgaanbieder voor de benodigde zorg terecht kon. Het is ook niet duidelijk of verzoeker met een andere zorgaanbieder contact heeft opgenomen. In Nederland bestaat voor ernstige spoedgevallen een crisisdienst waar men 24/7 terecht kan. Daarnaast is op basis van de aangeleverde informatie geen medische spoed of andere medisch inhoudelijke reden gebleken. Daarbij komt dat ook op grond van artikel 20 Vo. nr. 883/2004 toestemming moet worden gevraagd aan de zorgverzekeraar.
- Verzoeker stelt zich op het standpunt dat hij op 7 mei 2022 met spoed naar Affect2U is doorverwezen door zijn huisarts. De ziektekostenverzekeraar heeft echter een verwijzing ontvangen van 9 mei 2022 die geen journaalregels of vermelding van spoed bevat. Deze verwijzing ondersteunt de stelling van verzoeker dat sprake was van een spoedopname dus niet. Daarnaast valt het op dat de betreffende huisartsenpraktijk in de weekenden is gesloten en de spoeddiensten overdraagt aan de huisartsenpost in Nijmegen.
- Bij e-mailbericht van 2 augustus 2022 is verklaard dat er geen MATE-verslag is. Dit blijkt ook uit het verslag van de behandelaar. In dit verslag is opgenomen dat er geen diagnostiek of indicatiestelling is gedaan. De ziektekostenverzekeraar kan dus niet meer beoordelen of er een indicatie was voor een klinische behandeling. Op 17 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar een e-mailbericht ontvangen waarin staat "MATE met *JUISTE datum*". Dit is met de hand ingevuld. De ziektekostenverzekeraar kan niet nagaan of dit verslag daadwerkelijk op 8 mei 2022 is opgesteld. Los van de vraag of het MATE-verslag is geantedateerd, had eerst een intake met afname van de MATE moeten plaatsvinden alvorens verzoeker werd opgenomen op 7 mei 2022. Dit is sowieso pas op de tweede opnamedag gedaan.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat artikel 20 van de verordening ziet op de situatie dat aan hem wordt gevraagd of iemand die in Nederland woont naar het buitenland mag reizen om zorg te ontvangen volgens de regels van dat land. Dit wordt de 'verdragsroute' genoemd. In onderhavig geval gaat het echter om de 'polisroute'. Het is de vraag of op grond van de Algemene regels en vergoedingen van de zorgverzekering in dit geval recht bestaat op zorg in het buitenland. Als aanspraak bestaat op zorg ten laste van de zorgverzekering, dan staat het een verzekerde in beginsel vrij om die zorg in het buitenland af te nemen. Dit volgt uit de Patiëntenrichtlijn. Op basis van de zorgverzekering kunnen daarbij echter voorwaarden gelden, zoals het toestemmingsvereiste.
- Bij de beoordeling van de aanvraag heeft de ziektekostenverzekeraar de geldende wet- en regelgeving gevolgd. Ter onderbouwing van zijn afwijzing verwijst de ziektekostenverzekeraar naar het advies dat het Zorginstituut heeft uitgebracht. Het MATE-verslag is een triage-instrument en dat dient voorafgaand aan de opname te worden afgenomen. Het wordt gebruikt bij de behandeling.
- Indien een verzekerde eerst wordt opgenomen, is het MATE-verslag niet als triage-instrument gebruikt. Zelfs als het MATE-verslag op 8 mei 2022 is opgesteld - wat niet is komen vast te staan - dan is het niet als triage-instrument gebruikt. Daarnaast moet het MATE-verslag worden gebruikt bij de indicatiestelling en het opstellen van het behandelplan.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat in sommige gevallen een toestemmingsvereiste geldt. Dit vereiste is opgenomen in de Patiëntenrichtlijn en wordt benoemd in de Algemene regels en vergoedingen van de zorgverzekering. Voordat een verzekerde naar het buitenland gaat om te worden opgenomen, is voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar vereist. In de situatie van verzoeker gaat de ziektekostenverzekeraar ervan uit dat sprake was van voorziene zorg en niet van spoedzorg.

Op 9 mei 2022 is aan de moeder van verzoeker uitgelegd dat toestemming moest worden gevraagd en op welke wijze dat kon worden gedaan. Daarop is toen geen opvolging gekomen. Dit kwam pas veel later, namelijk op 25 juli 2022. De zorg had toen al plaatsgevonden. Er is dus zorg afgenomen waarvoor een toestemmingsvereiste geldt, zonder dat toestemming was verkregen. Volgens verzoeker mocht de toestemming niet worden geweigerd, omdat het zorg uit het basispakket betreft. Hierbij is eerder door hem verwezen naar een arrest van het gerechtshof Arnhem-Leeuwarden. In die situatie was de aanvraag afgewezen, omdat de aangevraagd zorg niet voldeed aan de stand van de wetenschap en praktijk. Achteraf bleek dit wel het geval. Het hof heeft geoordeeld dat als de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en dus deel uitmaakt van het Nederlandse basispakket, de zorgverzekeraar de zorg niet mag afwijzen op de grond dat het niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit speelt hier niet en daarom is voornoemd arrest ook niet van toepassing in deze. De ziektekostenverzekeraar heeft niet beoordeeld of de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De aanvraag is afgewezen, omdat niet aan andere geldende voorwaarden is voldaan. In de eerste plaats omdat voorafgaande toestemming ontbreekt en in de tweede plaats omdat ook twijfel bestaat of sprake is van een voorafgaande verwijzing. De verwijzing dateert immers van 9 mei 2022, terwijl verzoeker al op 7 mei 2022 is opgenomen. Verder heeft verzoeker zich ten onrechte op het standpunt gesteld dat het toestemmingsvereiste als onredelijk bezwarend kan worden aangemerkt. Het toestemmingsvereiste is een kernbeding en kan daarnaast niet als onredelijk bezwarend worden aangemerkt.

Weliswaar is in het verleden een behandeling bij Affect2U vergoed, maar dit gegeven kan niet leiden tot vergoeding van de thans aan de orde zijnde - aangevraagde - behandeling. Destijds is een ambulante behandeltraject vergoed en hiervoor gold toen geen toestemmingsvereiste.

Met betrekking tot de voorafgaande verwijzing heeft de commissie in eerdere zaken benoemd dat deze nodig is. Een degelijke verwijzing ontbreekt. Op basis van de informatie in het dossier kan niet worden gesproken van spoed. Verzoeker verwijst in dit kader naar een verklaring van de verslavingsarts van 30 maart 2023. Echter, als sprake was van spoed, dan is het bijzonder dat van maart tot en met mei wordt gewacht met een opname. De opname lijkt vooral geïndiceerd door verzoeker en niet door de zorgaanbieder. Zowel op basis van het tijdsverloop als de wijze van opname is sprake van planbare zorg. Daarnaast is de brief van 30 maart 2023 onvoldoende om tot een indicatie voor een klinische behandeling te komen.

De ziektekostenverzekeraar heeft nog toegelicht dat als zorg in Nederland niet-tijdig beschikbaar is, hierover contact met hem moet worden opgenomen. Hij kan dan helpen om een zorgaanbieder in Nederland te vinden, en als die er niet is, een zorgaanbieder in het buitenland.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 16 januari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

De vraag of het programma dat verzoeker heeft gevolgd, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk wordt niet door verweerder ter discussie gesteld. Verder behoort het niet tot de adviestaak van het Zorginstituut om te beoordelen of voldaan wordt aan het toestemmingsvereiste, zoals opgenomen in de polisvoorwaarden van verweerder, of te beoordelen of sprake is van spoedeisende zorg. Verweerder heeft echter ook aangegeven dat de MATE niet voorafgaand aan de opname is afgenomen. Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op.

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

Over het gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten voor diagnostiek stelt de Zorgstandaard Alcohol 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 Zorgstandaard Drugs (niet-opioiden) beveelt het gebruik van gestructureerde instrumenten aan bij het in kaart brengen van de kenmerken, problematiek en hulpbehoefte van de patiënt. Daarnaast wordt in deze richtlijn gesteld dat een klinische opname voor detoxificatie of vervolgbehandeling, wanneer noodzakelijk, zo kort mogelijk dient te zijn. De patiënt dient zoveel mogelijk in zijn eigen leefomgeving behandeld te worden, om te kunnen leren omgaan met zucht en andere risicosituaties.

Behandeling voldoet niet aan stand van de wetenschap en praktijk

Uit de e-mailgeschiedenis en de aanvraag tot terugbetaling van Affect2U lijkt te kunnen worden opgemaakt dat het screeningsformulier MATE pas in een later stadium, na afronding van de behandeling, is ingevuld. Als dat inderdaad het geval is, dan schiet het zijn doel voorbij, namelijk het bepalen van de behandelintensiteit. Diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit zonder voorafgaande triage (met een screeningsinstrument zoals de MATE of EuropASI) is niet overeenkomstig de geldende richtlijnen en voldoet daarmee niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Diagnostiek en behandeling kunnen dan niet ten laste van de basisverzekering worden gebracht.

Conclusie

De zorg in geschil voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk indien voorafgaand aan de klinische opname geen triage heeft plaatsgevonden met een screeningsinstrument als de MATE. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan het Zorginstituut niet beoordelen of de MATE voorafgaand aan de opname van verzoeker is afgenomen. Het is verder niet aan het Zorginstituut om te beoordelen of is voldaan aan de toepasselijke polisvoorwaarden.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: *Klinische verslavingszorg bij Affect2U in België zonder voorafgaande triage maakt geen onderdeel uit van het basispakket.*

- 6.2. In het definitief advies van 22 april 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen.

Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 80 van de Algemene regels en vergoedingen van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over specialistische GGZ, de 'stand van de wetenschap en praktijk', het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op', en het toestemmingsvereiste zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Tevens is hierin het relevante artikel uit (EG) Verordening nr. 883/2004 (Vo. nr. 883/2004) vermeld. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat gegaan, namelijk België, om daar een klinische GGZ-behandeling te ondergaan. Er is sprake van planbare zorg, aangezien verzoeker op dat moment niet in België verbleef. Hierop ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Op grond van deze bepaling 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 zorgverzekeraar. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan blijft de verordening in beginsel buiten beschouwing, zoals volgt uit jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05). Dit is slechts anders in geval van bijzondere omstandigheden, zoals bedoeld in het arrest Elchinov van het Europese Hof van Justitie (zaak C-173/09, ECLI:EU:C:2010:581).
- 8.3. Verzoeker heeft ter zitting toegelicht dat sprake is geweest van een behandeling in twee delen. Ten aanzien van het eerste deel staat vast dat hiervoor geen voorafgaande toestemming aan de ziektekostenverzekeraar is gevraagd. Hetgeen verzoeker hierover heeft aangevoerd kan niet overtuigen. Uit de stukken en de chronologie blijkt dat verzoeker zelf de keuze heeft gemaakt voor de behandeling bij Affect2U. De verwijzing door de huisarts dateert van na de start van het eerste deel van de behandeling. Bovendien blijkt hieruit niet van de gestelde spoed. Over het tweede deel van de behandeling - 'The Journey Inwards' - die is gestart op 16 mei 2022 zou de ziektekostenverzekeraar wel vooraf, namelijk op 9 mei 2022, zijn ingelicht. De ziektekostenverzekeraar heeft bevestigd dat op die datum een chatgesprek heeft plaatsgevonden. Hierbij is aan verzoeker meegedeeld dat toestemming moest worden gevraagd. Vervolgens is geen aanvraag ingediend tot 25 juli 2022. De commissie overweegt dat, indien daartoe voorafgaand aan het chatgesprek geen gelegenheid bestond, in ieder geval tussen het chatgesprek op 9 mei 2022 en de start van de behandeling op 16 mei 2022 de mogelijkheid bestond om een aanvraag in te dienen. Dit is echter niet gebeurd. De aanvraag volgde pas na afronding van dit (tweede) deel van de klinische behandeling. Bijzondere omstandigheden, zoals bedoeld in het arrest Elchinov, die aan het tijdig indienen van een tijdige aanvraag in de weg stonden, zijn gesteld noch gebleken. Dit leidt ertoe dat Vo. nr. 883/2004 voor beide delen van de behandeling verder buiten beschouwing blijft en dat de commissie hierna zal beoordelen of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de uitgevoerde behandeling op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering.

Stand van de wetenschap en praktijk

- 8.4. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld, en ter zitting herhaald, dat door hem niet ter discussie wordt gesteld dat het door verzoeker bij Affect2U gevolgde programma - naar de commissie aanneemt betreft dit beide delen van de behandeling - voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie zal hierover dan ook geen inhoudelijk oordeel geven.

Redelijkerwijs aangewezen op

- 8.5. Door het Zorginstituut is in het advies aan de commissie toegelicht wat het belang is van een screeningsinstrument als de MATE in het kader van het hiervoor besproken criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Het screeningsinstrument speelt daarnaast een rol bij de beantwoording van de vraag of betrokkene 'redelijkerwijs is aangewezen op' de zorg. Zoals de ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht, is de MATE niet alleen een triage instrument, maar speelt het aan de hand daarvan opgestelde verslag ook een rol bij de indicatiestelling en het opstellen van het behandelplan.
- Partijen zijn erover verdeeld wanneer bij verzoeker de MATE is afgenomen. In het dossier bevinden zich tegenstrijdige verklaringen hieromtrent. Het staat echter vast dat ten tijde van het eerste deel van de klinische behandeling, dat startte op 7 mei 2022, geen MATE-verslag beschikbaar was. Daarom concludeert de commissie dat op dat moment niet kon worden vastgesteld dat verzoeker op de zorg redelijkerwijs was aangewezen. Hij heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan ten laste van de zorgverzekering.
- De commissie oordeelt vervolgens dat verzoeker aannemelijk heeft gemaakt dat de MATE werd afgenomen op 8 mei 2022, zodat hetgeen hierin is opgenomen wel een rol kan spelen bij het tweede deel van de behandeling dat aanving op 16 mei 2022 ('The Journey Inwards'). Hoewel vraagtekens zijn te plaatsen bij de gang van zaken - verzoeker was immers al opgenomen - moet de commissie concluderen dat de ziektekostenverzekeraar de inhoud van het MATE-verslag zelf niet heeft bekritiseerd. Daarom wordt aangenomen dat verzoeker, waar het gaat om het tweede deel van de behandeling, hierop redelijkerwijs was aangewezen.

Toestemmingsvereiste

- 8.6. Volgens de ziektekostenverzekeraar maakt het voorgaande nog niet dat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van het tweede deel van de behandeling ('The Journey Inwards'), omdat in de Algemene regels en vergoedingen van de zorgverzekering een toestemmingsvereiste is opgenomen.
- De commissie overweegt dienaangaande dat, op grond van hetgeen is beschreven op de pagina's 229 tot en met 237 van de Algemene regels en vergoedingen van de zorgverzekering, recht bestaat op zorg in het buitenland. In de Algemene regels en vergoedingen van de zorgverzekering wordt onderscheid gemaakt tussen spoedeisende zorg in het buitenland (pagina's 229 tot en met 231) en niet-spoedeisende (voorzien) zorg in het buitenland (pagina's 232 tot en met 235). Voor spoedeisende zorg in het buitenland is geen voorafgaande toestemming nodig, voor niet-spoedeisende zorg in het buitenland is voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar vereist als sprake is van een opname.
- 8.7. Verzoeker heeft gesteld dat in zijn situatie sprake was van spoedeisende zorg zoals bedoeld in de Algemene voorwaarden en vergoedingen van de zorgverzekering, waardoor het ontbreken van voorafgaande toestemming hem niet kan worden tegengeworpen.
- 8.8. De commissie overweegt dat uit hetgeen is beschreven op pagina 229 van de Algemene regels en vergoedingen van de zorgverzekering blijkt spoedeisende zorg te zijn: zorg die een verzekerde onverwachts nodig heeft, meteen moet krijgen en niet kan wachten tot de verzekerde weer terug is in eigen land. Naar het oordeel van de commissie is hiervan in de situatie van verzoeker geen sprake.

De commissie begrijpt dat bij verzoeker destijds een ernstige verslavingsproblematiek speelde en dat de huisarts een urgentie voelde toen verzoeker ineens gemotiveerd bleek om voor de behandeling hiervan naar Affect2U te gaan, maar dit maakt de zorg naar zijn aard nog niet spoedeisend. Hetzelfde geldt voor de verwijzing door verzoeker naar de bestaande wachttijden in Nederland. Hij heeft hiervan geen bewijs geleverd. Bovendien is gesteld noch gebleken dat hij bij de ziektekostenverzekeraar om zorgbemiddeling heeft verzocht. Ook werd hij door de huisarts pas verwezen nadat het eerste deel van de klinische behandeling was gestart. Dat de huisarts de verwijsbrief al gereed had liggen is door verzoeker op geen enkele wijze onderbouwd. De beslissing met de behandeling bij Affect2U te starten lag dan ook uitsluitend bij verzoeker. De nadien door de behandelend arts afgegeven verklaring maakt het voorgaande niet anders. De commissie gaat daarom ervan uit dat sprake was van niet-spoedeisende zorg, zoals bedoeld op de pagina's 232 tot en met 235 van de Algemene regels en vergoedingen van de zorgverzekering.

- 8.9. Voor het tweede deel van de behandeling ('The Journey Inwards') bij Affect2U is verzoeker meerdere nachten opgenomen geweest. Dit betekent dat hij op grond van hetgeen beschreven op de pagina's 232 tot en met 235 van de Algemene regels en vergoedingen voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig had. De commissie overweegt dat dit toestemmingsvereiste niet louter een formele voorwaarde is waaraan, eventueel achteraf, kan worden voldaan. Een zorgverzekeraar mag in de voorwaarden van de zorgverzekering bepalen dat zijn voorafgaande toestemming nodig is. Dit blijkt uit artikel 14 Zvw. In de Memorie van toelichting is hierover te lezen: "(...) *Het is aan de zorgverzekeraar om in zijn modelovereenkomsten op te nemen (en derhalve ook in de zorgverzekering overeen te komen en vervolgens in de zorgpolis op te nemen) voor welke vormen van zorg (en voor welke van de andere op grond van de artikelen 11 te verzekeren diensten) hij een vorm van toetsing wenst. Zo kan hij voor bepaalde medisch-specialistische zorg een verwijzing van een andere zorgaanbieder eisen, of kan hij regelen dat de verzekerde voor bepaalde vormen van zorg zijn voorafgaande toestemming nodig heeft (het verzoek tot toestemming dient dan te worden gezien door een bij de verzekeraar werkende verzekeringsarts) (...)*".
- 8.10. Het staat vast dat verzoeker geen voorafgaande toestemming heeft gevraagd van de ziektekostenverzekeraar. Dit betekent dat niet is voldaan aan hetgeen beschreven op de pagina's 232 tot en met 235 van de Algemene regels en vergoedingen van de zorgverzekering. De stelling van verzoeker dat het toestemmingsvereiste in de Algemene regels en vergoedingen van de zorgverzekering onredelijk bezwarend is treft geen doel, nu in de specifieke wetgeving (hier: de Zvw) de mogelijkheid is opgenomen van een toestemmingsvereiste en deze specifieke wetgeving derogeert aan (en dus prevaleert boven) de algemene regeling van het BW. Dat een eerdere behandeling bij Affect2U door de ziektekostenverzekeraar is vergoed, speelt in dit verband geen rol, nu door de ziektekostenverzekeraar is gesteld - en door verzoeker niet, althans onvoldoende is bestreden - dat het daarbij ging om een behandeling zonder opname, waarvoor op dat moment niet het vereiste van voorafgaande toestemming gold. De verwijzing naar het arrest van het gerechtshof Arnhem-Leeuwarden heeft op dit onderwerp geen betrekking en wordt daarom gepasseerd. Van gewekt vertrouwen is geen sprake. Uit hetgeen verzoeker hierover heeft verklaard, valt niet op te maken dat hem meer is verteld dan dat de zorgaanbieder gewoonlijk de aanvraag indient. Hieruit kan geen eenduidige toezegging tot het geven van toestemming of het vergoeden van kosten door de ziektekostenverzekeraar worden opgemaakt. De commissie concludeert dat ziektekostenverzekeraar de aanvraag terecht heeft afgewezen, omdat ten aanzien van het eerste deel van de behandeling niet is gebleken dat verzoeker hierop redelijkerwijs was aangewezen, terwijl voor het tweede deel de voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar niet - tijdig - werd gevraagd en verkregen. Gelet op het voorgaande ziet de commissie tevens geen reden te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten voor de behandeling van de klacht ten bedrage van € 37,- te vergoeden.

Slotsom

8.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 juni 2024,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrie revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

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 agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige 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.

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. (...)*”

● Gespecialiseerde ggz

Als u ernstige psychische problemen heeft.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg Anders beperkte vergoeding Bij (vermoeden van) psychische stoornis
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Bij ernstige psychische problemen krijgt u een verwijzing voor gespecialiseerde ggz. De behandeling bestaat vaak uit gesprekken met bijvoorbeeld een psychiater of psychotherapeut. Soms krijgt u geneesmiddelen. Als dat nodig is, wordt u opgenomen in een ggz-instelling of op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

U krijgt altijd een regiebehandelaar. Die is voor u (en uw naasten) het eerste aanspreekpunt. En kan ook andere behandelaars inzetten. Uw regiebehandelaar zorgt dan voor een goede samenwerking en heeft een coördinerende rol. Wie voor de behandeling regiebehandelaar mogen zijn, staat hieronder bij 'Hier kunt u terecht'.

De basisverzekering vergoedt gespecialiseerde ggz vanaf 18 jaar.

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. Dan vergoeden wij de zorg volledig. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan vergoeden wij tot een maximaal bedrag. Hoe hoog de vergoeding is, hangt af van wat voor zorg u krijgt. En van uw diagnose. De maximale vergoedingen staan in een [overzicht](#). Alles hierboven betaalt u zelf.

Is opname nodig voor een goed resultaat van de behandeling? Dan vergoedt de basisverzekering die ook. Met daarbij, als dat nodig is: verpleging en verzorging, paramedische zorg¹, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Krijgt u tijdens de opname ook dagbesteding? Dan vergoeden wij ook die dagbesteding en het vervoer daar naartoe.

Hier kunt u terecht

- zelfstandige zorgverlener met nummer 1, 2, 3 of 4 hieronder
 - ggz-instelling of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Daar mag uw regiebehandelaar elk van de 8 zorgverleners hieronder zijn. Bij een behandeling met opname is uw regiebehandelaar in principe nummer 1 of 4. Zij mogen toestemming geven dat u de regiebehandelaar van voor uw opname houdt
1. klinisch psycholoog
 2. psychotherapeut
 3. klinisch neuropsycholoog
 4. psychiater
 5. gz-psycholoog²
 6. verpleegkundig specialist ggz
 7. bij dementie: specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater
 8. bij verslaving of gokproblematiek: verslavingsarts

Overgangsregeling 18-jarigen

Ggz tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet. Die kent andere regiebehandelaars dan de basisverzekering. Als het nodig is dat een behandeling ook na uw 18e verjaardag nog doorloopt bij de 'oude' regiebehandelaar dan vergoeden wij dat, voor maximaal 12 maanden. Langer mag niet van de overheid. In die tijd kan de behandeling afgerond worden, of overgedragen aan een basisverzekering-regiebehandelaar.

Dit wordt niet vergoed

- behandeling van eenvoudige psychische stoornissen die in de Generalistische basis-ggz of met Psychische zorg bij de huisarts kunnen worden behandeld
- behandeling van werkproblemen³, relatieproblemen en aanpassingsstoornissen⁴
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het overzicht therapieën ggz
- als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen contract hebben, krijgt u een maximale vergoeding. Rekent uw zorgverlener een hoger bedrag, dan betaalt u het verschil zelf

• Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor gespecialiseerde ggz geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Meestal bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg

Hoe dat werkt, staat hierboven onder 'Wat u vergoed krijgt'.

• Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de zorgverlener gaat, moet u een gerichte verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts, een medisch specialist of SEH-arts⁵. Dit betekent dat de huisarts of medisch specialist vindt dat de gespecialiseerde ggz de meest geschikte behandelvorm is. Bij acute zorg⁶ is geen verwijzing nodig.

Als u onder behandeling bent in de Generalistische basis-ggz, dan kan uw regiebehandelaar u ook doorverwijzen naar de gespecialiseerde ggz. U hoeft dan niet eerst langs de huisarts.

Controleer of uw zorgverlener een contract met ons heeft

Als uw zorgverlener geen contract met ons heeft, krijgt u een lagere vergoeding. In onze Zorgzoeker kunt u nakijken of uw zorgverlener een contract met ons heeft. Zoekt u een zorgverlener? Dan vindt u met de Zorgzoeker ook eenvoudig een zorgverlener in de buurt. U kunt ook contact opnemen met ons Service Center. Wij helpen u graag.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

U moet vooraf toestemming van ons hebben als uw zorgverlener geen contract met ons heeft en:

- u meer dan 35 consulten nodig heeft, of
- u korter dan 1 jaar wordt opgenomen, of
- u Esketamine neusspray (Spravato) krijgt voorgeschreven

Voor verlenging van een opname na 1 jaar moet u ons altijd vooraf toestemming vragen

Blijft u langer dan een jaar opgenomen? Dan moet u daarvoor uiterlijk in de 10e maand van uw opname toestemming aan ons vragen. Meestal regelt uw zorgverlener dat voor u.

● 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.

Een psychische stoornis volgens de DSM

De basisverzekering vergoedt ggz, maar alleen als u een psychische stoornis heeft, of als uw zorgverlener dat vermoedt. Alle psychische stoornissen staan in de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', DSM. Dit is een internationale standaard voor de indeling van psychische stoornissen. DSM-5 is de nu gebruikte versie.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de gespecialiseerde ggz die psychiaters en klinisch psychologen normaal gesproken verlenen en waarvan de effectiviteit is bewezen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Soms krijgt u uw geneesmiddelen van uw ggz-instelling

Krijgt u bij uw behandeling geneesmiddelen? Dan vallen die meestal onder de vergoeding Geneesmiddelen basisverzekering. Behalve als de ggz-instelling het geneesmiddel levert. Dan valt het geneesmiddel onder deze vergoeding.

Uw zorgverlener moet een goedgekeurd kwaliteitsstatuut hebben en zich houden aan veldafspraken

In het kwaliteitsstatuut ggz staat aan welke kwaliteitseisen de zorgverlener voldoet, en hoe de zorg er is geregeld. U vindt het kwaliteitsstatuut op de website van de zorgverlener. In de veldafspraken⁷ staan afspraken over verantwoording, controles en gepast gebruik. Heeft uw zorgverlener geen goedgekeurd kwaliteitsstatuut of houdt die zich niet aan de veldafspraken? Dan kan dit gevolgen hebben voor uw vergoeding.

Let op bij zorg in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. Daardoor krijgt u misschien niet alles vergoed. En voor een opname in het buitenland moet u altijd vooraf toestemming van ons hebben.

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.

Wachlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

U kunt onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. De ZorgConsulent is er ook voor andere vormen van zorgbemiddeling. Of voor hulp bij het kiezen van een zorgverlener.

Uitleg

1. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
2. Gz-psycholoog: Ook: gezondheidszorgpsycholoog
3. Werkproblemen: Bijvoorbeeld burn-out en overspannenheid
4. Aanpassingsstoornissen: Daarvan is sprake als iemand moeite heeft om zich op emotioneel gebied aan te passen aan een veranderde situatie, bijvoorbeeld na een overlijden of echtscheiding
5. SEH-arts: Spoedeisende hulp arts
6. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
7. Veldafspraken: Dit zijn afspraken die landelijk gemaakt zijn tussen zorgverleners in de ggz, zorgverzekeraars en toezichthouders over hoe zij samen de ggz inrichten, declareren en controleren

● Buitenland: spoedeisende zorg

Als u onverwachts zorg nodig heeft in het buitenland.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% volgens Nederlands tarief Zorg die onder basisverzekering valt, tot bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Startfit	Startfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Benefit	Benefit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Optifit	Optifit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Topfit	Topfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief
Superfit	Aanvulling vergoeding basisverzekering + Zorg volgens vergoedingen Superfit <ul style="list-style-type: none">• Aanvulling basisverzekering als zorg duurder is dan in Nederland, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief• Zorg die onder Superfit valt, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief• Geregistreerde geneesmiddelen• Niet-geneesmiddelen, max. € 350 per kalenderjaar• Ziekenvervoer naar de zorgverlener
Tandfit A	Tandfit A vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit B	Tandfit B vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit C	Tandfit C vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit Preventief	Tandfit Preventief vergoedingen gelden ook in het buitenland
Wereldfit	Aanvulling vergoeding basisverzekering <ul style="list-style-type: none">• Aanvulling basisverzekering als zorg duurder is dan in Nederland, tot buitenlands wettelijk of marktconform tarief• Geregistreerde geneesmiddelen• Niet-geneesmiddelen, max. € 250 per kalenderjaar• Ziekenvervoer naar de zorgverlener

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u in het buitenland met spoed zorg nodig, bijvoorbeeld door een ongeval of een plotselinge ziekte? Dat is spoedeisende zorg, dus zorg die u onverwachts nodig heeft en meteen moet krijgen en die niet kan wachten tot u weer terug bent in eigen land. Zodat u uw reis of verblijf niet hoeft af te breken.

Zorg in het buitenland en reizen

Er zijn verschillende mogelijkheden voor vergoeding. We zetten het voor u op een rij.

Wat vergoedt de basisverzekering?

Staat bij de vergoedingen dat de basisverzekering de zorg vergoedt? Dan is dat ook zo als u die zorg met spoed in het buitenland krijgt. Er gelden 2 belangrijke beperkingen:

- de basisverzekering vergoedt maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Het komt regelmatig voor dat zorg in het buitenland duurder is dan zorg in Nederland. De rest moet u dan zelf betalen
- niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de voorwaarden van de basisverzekering. Voldoet de zorg niet aan deze voorwaarden? Dan krijgt u geen vergoeding

Of: vergoeding volgens de regels van het land waar u de zorg krijgt

Woont u in een EU-, EER- of verdragsland en krijgt u de spoedeisende zorg in een ander EU-, EER- of verdragsland? Dan kunt u ook kiezen voor vergoeding volgens de regels van het land waar u de zorg krijgt. Door gebruik te maken van uw Europese zorgpas (EHIC) of een Verdragsformulier 111.

Wat vergoedt de aanvullende verzekering?

Werldfit en Superfit vullen voor spoedeisende zorg in het buitenland de vergoeding van de basisverzekering aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van het land waar u de zorg krijgt. Maar alleen als de zorg voor uw vertrek naar het buitenland niet te verwachten was. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland.

Gaat het om een vergoeding uit uw aanvullende (tand)verzekering? Bijvoorbeeld de vergoeding voor fysiotherapie? Deze gelden ook als u de zorg in het buitenland krijgt. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden als in Nederland. De aanvullende verzekeringen vergoeden maximaal het wettelijke of marktconforme tarief van het land waar u de zorg krijgt.

Maar let op: de aanvullende verzekering OntzorgPlus vergoedt geen zorg of diensten in het buitenland.

Dit wordt niet vergoed

- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)

Andere vergoedingen

Voor zorg waarvan u al wist dat u die moest krijgen, en zorg die kan wachten tot u weer terug bent in eigen land, geldt de vergoeding Buitenland: niet-spoedeisende (voorzien) zorg.

● **Wat u zelf betaalt**

Het eigen risico

Valt zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan geldt het eigen risico ook als u die zorg in het buitenland krijgt. Zo werkt het eigen risico

De eigen bijdrage

Zou u in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan betaalt u die ook in het buitenland. Kiest u voor vergoeding volgens plaatselijke regels? Dan betaalt u een eigen bijdrage als de plaatselijke regels dat bepalen. Zo werkt de eigen bijdrage

● **Dit moet u zelf doen**

Neem contact op met onze alarmcentrale Zorgassistance

Heeft u in het buitenland zorg nodig? Dan moet u zo spoedig mogelijk contact opnemen met onze alarmcentrale Zorgassistance. Doet u dat niet, dan kan dat gevolgen hebben voor de vergoeding.

- **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. Dat nota's duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor nota's in een andere muntsoort dan de euro.

Wereldfit of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit

Voor Wereldfit staan hierboven alleen de belangrijkste voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Wereldfit bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

U geeft toestemming voor uitwisseling medische gegevens

U geeft toestemming aan de medisch adviseur van onze alarmcentrale Zorgassistance om, als dat nodig is, gegevens over te dragen aan onze medisch adviseur. Dit zijn bijvoorbeeld gegevens over de behandeling of repatriëring.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Het moet gaan om de zorg die normaal gesproken wordt verleend. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

● Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg

Als u voor een behandeling naar het buitenland wilt.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% volgens Nederlands tarief Zorg die onder basisverzekering valt, tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Startfit	Startfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Benefit	Benefit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Optifit	Optifit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Topfit	Topfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Superfit	Zorg volgens vergoedingen Superfit 100% ziekenhuiszorg België en Duitsland Aanvulling basisverzekering in EU-, EER- of verdragsland <ul style="list-style-type: none">• Ziekenhuiszorg in België of Duitsland 100%, in (ander) EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (inclusief vergoeding basisverzekering)• Andere zorg die onder de basisverzekering valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (inclusief vergoeding basisverzekering)• Zorg die onder Superfit valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten, daarbuiten tot 1 x dat bedrag
Tandfit A	Tandfit A vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit B	Tandfit B vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit C	Tandfit C vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit Preventief	Tandfit Preventief vergoedingen gelden ook in het buitenland
Wereldfit	100% medisch specialist in België en Duitsland Alleen voor zorg in ziekenhuis

● Wat u vergoed krijgt

Als u zorg nodig heeft, kunt u hiervoor meestal ook naar het buitenland. De vergoeding die u nu leest gaat over zorg die gepland kan worden, die dus niet meteen nodig is. Er zijn verschillende mogelijkheden voor vergoeding. We zetten het voor u op een rij.

Zorg in het buitenland en reizen

Daarbij gaan we eerst in op de vergoedingen. Bij 'Dit moet u zelf doen' hieronder staat of u een verwijzing moet hebben. En wanneer u ons eerst toestemming moet vragen.

Wat vergoedt de basisverzekering?

Staat bij de vergoedingen dat de basisverzekering de zorg vergoedt? Dan is dat ook zo als u voor die zorg naar het buitenland gaat. Er gelden 3 belangrijke beperkingen:

- de basisverzekering vergoedt maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Het komt regelmatig voor dat zorg in het buitenland duurder is dan zorg in Nederland. De rest moet u dan zelf betalen
- niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de voorwaarden van de basisverzekering. Voldoet de zorg niet aan deze voorwaarden? Dan krijgt u geen vergoeding
- voorwaarden die in Nederland gelden, gelden ook in het buitenland

De basisverzekering vergoedt de kosten van zorg in het buitenland boven het Nederlands tarief in 2 situaties. Als u zorg nodig heeft die de basisverzekering vergoedt maar:

1. u die zorg in Nederland niet kunt krijgen, of
2. u daar gezien uw medische situatie te lang op zou moeten wachten

Woont u in een EU-, EER- of verdragsland en gaat u voor zorg naar een ander EU- of EER-land of Zwitserland? Dan is in die situaties soms vergoeding mogelijk volgens de regels van het land waar u de behandeling wilt ondergaan.

Wat vergoedt de aanvullende verzekering?

Wereldfit en Superfit vullen voor Ziekenhuiszorg in België of Duitsland de vergoeding van de basisverzekering aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van dat land. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland.

Gaat u voor ziekenhuiszorg naar een ander EU-, EER- of verdragsland dan België of Duitsland? Dan vult Superfit de vergoeding van de basisverzekering aan tot maximaal 2 keer het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (de vergoedingen van de basisverzekering maakt hiervan deel uit). Die vergoeding geldt ook voor andere zorg uit de basisverzekering.

Krijgt u in het buitenland zorg die onder uw aanvullende verzekering valt? De vergoedingen van de aanvullende (tand)verzekeringen gelden daar ook. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden en vergoedingen als in Nederland. De aanvullende (tand)verzekeringen vergoeden maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Als de zorg in het buitenland duurder is, moet u de rest zelf betalen.

Maar let op: de aanvullende verzekering OntzorgPlus vergoedt geen zorg of diensten in het buitenland.

Dit wordt niet vergoed

- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)
- administratiekosten die u maakt omdat u voor de behandeling naar het buitenland gaat. Bijvoorbeeld als het ziekenhuis kosten rekent, omdat ze uw dossier uit Nederland moeten beoordelen en verwerken

Waar kan ik terecht? Wat zijn de voorwaarden?

Voor zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor zorg in Nederland. Kijk dus bij de vergoedingen als u wilt weten welke voorwaarden er gelden. En bij welke zorgverleners u terecht kunt. Of neem contact op met ons Service Center.

Zorg in het buitenland en reizen

Andere vergoedingen

Voor zorg in het buitenland die u onverwacht nodig heeft, dus die u meteen moet krijgen, geldt de vergoeding Buitenland: spoedeisende zorg.

• Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Valt de zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan geldt het eigen risico ook als u de zorg in het buitenland krijgt. Zo werkt het eigen risico

De eigen bijdrage

Zou u in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan betaalt u die ook als u de zorg in het buitenland krijgt. Kiest u voor vergoeding volgens plaatselijke regels? Dan betaalt u een eigen bijdrage als de plaatselijke regels dat bepalen. Zo werkt de eigen bijdrage

• Dit moet u zelf doen

Vaak moet u een verwijzing of voorschrift hebben

Als u voor de zorg in Nederland een verwijzing of voorschrift moet hebben, geldt dat ook in het buitenland. U moet die hebben voordat u de zorg in het buitenland krijgt.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

Voor zorg in het buitenland moet u vooraf toestemming van ons hebben in 3 situaties:

- als u voor de zorg in Nederland toestemming moet hebben, geldt dat ook in het buitenland
- voor opname of dagopname¹
- als u de zorg in Nederland niet (tijdig) kunt krijgen

Wij raden u aan om ook andere ziekenhuiszorg in het buitenland aan te vragen. Dan weet u vooraf of wij de behandeling vergoeden.

• 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. Dat nota's duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor nota's in een andere muntsoort dan de euro.

Wereldfit of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit

Voor Wereldfit staan hierboven alleen de belangrijkste voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Wereldfit bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Het moet gaan om de zorg die normaal gesproken wordt verleend. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Een second opinion kan ook

Twijfelt u over de gestelde diagnose of voorgestelde behandeling? De basisverzekering vergoedt een second opinion door een andere arts. Daarvoor kunt u ook naar het buitenland. Maar de buitenlandse arts neemt de behandeling niet over. Met het oordeel van de buitenlandse arts gaat u terug naar uw eigen specialist in Nederland. Als u aan alle voorwaarden voldoet, vergoedt de basisverzekering die second opinion tot maximaal het Nederlandse tarief.

Uitleg

1. Dagopname: U gaat op de dag van behandeling - met dagverpleging - weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis

Zorgverzekeringswet

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.
3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de afspraken, bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, van de Jeugdwet.
4. De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met de colleges van burgemeester en wethouders met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatsten.
5. Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.

● 3. Ik ben verzekerd bij ONVZ

U heeft een verzekering bij ONVZ. Dan heeft u recht op vergoeding van zorg en diensten volgens de regels van die verzekering. Hier leest u daar meer over.

Stel: u heeft bij ons een verzekering en u heeft fysiotherapie nodig. Wordt dat vergoed? En is het eigen risico van toepassing, of geldt er een eigen bijdrage?

● Ik heb zorg nodig

21. Heeft u zorg nodig? De volgende regels en de vergoedingen bepalen of wij de zorg of diensten vergoeden. Meestal gaat vergoeding vanzelf. De zorgverlener vraagt rechtstreeks vergoeding van ONVZ. En ONVZ betaalt rechtstreeks aan de zorgverlener.

U mag het recht op vergoeding van zorgkosten niet aan iemand anders overdragen zonder onze toestemming (cessie). En niet gebruiken om iemand anders zekerheid te geven dat u een rekening van die ander gaat betalen (pandrecht).

Wij betalen altijd in euro's. Bij rekeningen in een andere muntsoort rekenen wij het bedrag om naar euro's. Met de wisselkoers op de laatste werkdag van de maand vóór de maand waarin u de zorg ontving.

22. **Uw verzekering vergoedt de zorg en geeft recht op de diensten die in de vergoedingen staan. Als aan de voorwaarden is voldaan.** Dat zijn de voorwaarden in de algemene regels die u nu leest. En de voorwaarden die bij de vergoedingen op de site staan.

In deze algemene regels staat bijvoorbeeld dat wij alleen zorg vergoeden die u in redelijkheid nodig heeft. Dit geldt dan altijd. Ook al wordt dit niet steeds herhaald.

Bij de vergoeding kan staan dat u van ons vooraf toestemming moet hebben voor u voor behandeling naar de zorgverlener gaat.

23. **De verzekering vergoedt de zorg en diensten zolang u bij ons verzekerd bent.** Op de datum van behandeling of de datum van aflevering (bij bijvoorbeeld een geneesmiddel) moet u dus bij ons verzekerd zijn. Brengt uw zorgverlener de hele behandeling met 1 tarief in rekening, zoals bij een dbc? Dan moet u op de datum van het openen van de dbc bij ons verzekerd zijn.

24. **Wij vergoeden alleen de zorg:**

a. die naar inhoud en omvang effectief en veilig is

Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond dat de zorg goed werkt. En dit in de praktijk is gebleken. Als deze maatstaf er niet is, dan geldt wat het betrokken vakgebied goede zorg vindt. Dat is de zorg die de groep van zorgverleners normaal gesproken verleent.

b. en waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen

Dit is het geval als de zorg voor u doelmatig is. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn. Dit geldt ook voor diensten.

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen redelijke afstand van uw woonadres.

Wat redelijk is, hangt af van de soort zorg en hoe dringend de zorg nodig is.