

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM DSW
Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam

Zaak : EU/EER, Spanje, geestelijke gezondheidszorg, aanpassingsstoornis

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021, art. 20 Vo. nr.
883/2004

Zaaknummer : 202101068

Zittingsdatum : 20 april 2022

1. Partijen

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

tegen

OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 29 november 2021 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan. Op 10 december 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 4 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 7 maart 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 5 april 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022009726) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 8 april 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 april 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld na te gaan waarom een factuur van een Nederlands ziekenhuis met betrekking tot laboratoriumonderzoek niet is vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 26 april 2022 een nadere reactie gegeven. Verzoekster is in de gelegenheid gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoekster is bij e-mailbericht van 29 april 2022 op de reactie van de ziektekostenverzekeraar ingegaan. Een kopie van dit e-mailbericht is op 3 mei 2022 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 3 mei 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 5 april 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 6 mei 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Standaard (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende

ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor geestelijke gezondheidszorg, en blijft daarom verder onbesproken.

- 3.2. Verzoeker heeft zich in verband met psychische problematiek gewend tot een zorgaanbieder in Alicante, Spanje. Het deel van de kosten dat ziet op behandelingen geestelijke gezondheidszorg, conform de factuur van de zorgaanbieder van 12 mei 2021, totaal € 19.497,88, heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 3.3. Bij brief van 12 februari 2021 heeft de huisarts ten aanzien van verzoeker verklaard: "Hierbij verwijs ik bovengenoemde cliënt voor intensieve dagbehandeling in verband met dsm stoornis 5: aanpassingsstoornis ongespecificeerde stemmingsstoornis naar de SGGZ (...)"
- 3.4. Bij e-mailbericht van 2 maart 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van de behandeling in Alicante niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 30 april 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 5 april 2022 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie het volgende verklaard:

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

In het dossier zijn aanwezig een verwijsbrief van de huisarts naar Marnes GGZ en het behandelplan van Marnes. Een apart intakeverslag voor psychiatrische diagnostiek van Marnes en een beschrijving van de context van het systeem als onderdeel van de psychiatrische diagnostiek ontbreekt in het dossier.

Uit het dossier blijkt dat de diagnose[s] die door de huisarts en Marnes zijn gesteld verschillen van elkaar. Uit het behandelplan komt onvoldoende naar voren dat verzoeker PTSS of symptomen daarvan heeft. De depressieve stoornis komt in het behandelplan wel voldoende naar voren.

Er is niet onderbouwd of er alternatieven waren om te voorkomen dat de zorg voor partner en kinderen op verzoeker terecht kwam. De beschreven depressieve klachten op zich zijn geen reden voor klinische opname. De behandeling door Marnes waarbij cliënten verplicht worden op Marnes Resort te verblijven lijkt op een klinisch verblijf. Nu een apart intakeverslag voor psychiatrische diagnostiek ontbreekt, is het niet mogelijk te beoordelen of cliënt de meest passende behandeling heeft ontvangen.

Ook is het onduidelijk wat Marnes met lichaamsgerichte therapie bedoelt. Op basis van de beschrijving lijkt het te gaan om lichaamsgerichte mentalisatie bevorderende therapie (L-MBT), zoals die is opgenomen in de zorgstandaard Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK, 2018). Deze therapie is vooral geschikt voor patiënten met ernstige SOLK in combinatie met persoonlijkheidsproblematiek. Er is bij verzoeker geen aparte diagnose somatische symptoomstoornis gesteld. In het behandelplan wordt wel beschreven dat verzoeker last heeft van extreme vermoeidheid.

Verder kunnen de dagbestedingsactiviteiten van Marnes worden aangemerkt als activiteiten gericht op psycho-educatie, emotieregulatie, het aanreiken van leefstijlaspecten die positief bijdragen aan de behandeling zoals bewegen, ontspannen, voeding en dagritme. Dergelijke activiteiten kunnen wel degelijk onderdeel uitmaken van een intensieve dagbehandeling in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (S-GGZ) en zijn overeenkomstig de geldende richtlijnen.

Zoals ook blijkt uit de site van Marnes kan worden geconstateerd dat Marnes standaard een behandeling van 32 dagen aanbiedt voor verschillende indicaties. Een standaard 32 dagen durend behandelprogramma is ongebruikelijk en niet in overeenstemming met het uitgangspunt 'gepast gebruik' zoals verwoord in de Zorgstandaard Depressieve Stoornissen. Volgens deze zorgstandaard dient tijdens de behandeling het beloop van de klachten te worden gevolgd en wordt regelmatig de ernst gemeten, zodat er tijdig kan worden overgegaan naar een intensiever dan wel minder intensieve behandeling. Op deze wijze worden zowel overbehandeling al onder behandeling voorkomen.

Ook de intensiteit van de dagbehandeling die bij Marnes wordt geboden is ongebruikelijk. Deeltijdbehandelingen in de S-GGZ kunnen variëren in intensiteit, maar zijn meestal 1 tot maximaal 4 dagen per week voor 4-8 uur per dag. De duur van een deeltijdbehandeling is in de praktijk zeer variabel en hangt ook af van de indicatie, maar aanbieders gaan bij een deeltijdbehandeling voor depressie vaak uit van een programma van 16 weken, dat afhankelijk van de uitkomst kan worden verlengd. Het behandelprogramma van Marnes beslaat 7 dagen in de week, waarvan 6 dagen voor minimaal 8 uur per dag en één dag van 3 uur. Voor een deeltijdbehandeling is een dergelijk intensief behandelprogramma niet gebruikelijk.

Conclusie

Verzoeker is niet redelijkerwijs aangewezen op de door Marnes geboden zorg en kan geen aanspraak maken op vergoeding hiervan. In het dossier is onvoldoende onderbouwd dat verzoeker op een intensieve deeltijdbehandeling is aangewezen.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van het behandeltraject in kliniek Marnes GGZ in Spanje ten laste van de basisverzekering. (...)"

4. Het geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is:

- (i) aan hem alsnog een vergoeding te verlenen voor de behandeling in Alicante, en;
- (ii) het entreegeld van € 37,- aan hem te vergoeden.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over geestelijke gezondheidszorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder is het van belang zijnde artikel uit Vo. nr. 883/2004 opgenomen. Tot slot zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden aangehaald. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij is behandeld door BIG geregistreerde psychologen. De instelling waar hij heeft verbleven voldoet aan alle eisen en heeft een WTZi-toelating. Het gaat om een zelfstandige zorgaanbieder die specialistische geestelijke gezondheidszorg (SGGZ) aanbiedt. Voor deze zorg is iedere Nederlander verzekerd vanuit de verplichte basisverzekering.

In de groep patiënten waarmee verzoeker samen is behandeld, hebben alle anderen de kosten vergoed gekregen vanuit de basisverzekering. Verzoeker begrijpt daarom niet waarom hij geen vergoeding ontvangt. Hij heeft voor deze instelling gekozen omdat voor hem in Nederland geen andere hulp beschikbaar was, en zijn situatie ernstig achteruit ging. De situatie was bijzonder, aangezien ook de partner van verzoeker (psychisch) ziek was. Mede door corona waren er geen andere instellingen die op korte termijn hulp konden bieden. Samen met de huisarts is in Nederland tevergeefs gezocht naar een geschikte zorgaanbieder. Uiteindelijk heeft de huisarts een verwijsbrief gegeven voor de instelling in Alicante. Verzoeker zag dit nog als zijn enige hoop, omdat de situatie thuis niet langer houdbaar was.

- 6.3. In Nederland is verzoeker kort behandeld door een instelling, na lang op de wachtlijst te hebben gestaan. Dit heeft hem niet geholpen. Integendeel, hij is daardoor verslaafd geraakt aan lorazepam, waardoor hij nog meer weggleed. Bij de instelling in Alicante is verzoeker geholpen met een persoonlijk plan, dat was afgestemd op zijn klachten en gericht was op zijn herstel. Hij heeft met een psychiater ter plaatse gesproken. Deze heeft hem geen medicatie verstrekt, omdat het doel juist was daarvan af te komen. Verzoeker was niet altijd in staat met de groep mee te doen, en had dan één op één sessies met zijn psycholoog. Dit gold ook voor het maken van een ochtendwandeling of tijdens het eten. Ook dan kon verzoeker in een kleiner groepje of alleen deelnemen. De kosten voor de reis, het verblijf en het eten heeft verzoeker zelf bekostigd en hij heeft hiervan ook geen vergoeding gevraagd. Hij vordert van de ziektekostenverzekeraar uitsluitend een vergoeding voor de verleende psychologische hulp.
- 6.4. Bij e-mailbericht van 29 april 2022 heeft verzoeker verklaard zich te kunnen vinden in de uitleg van de ziektekostenverzekeraar waarom de factuur van het Nederlandse ziekenhuis dat het laboratoriumonderzoek heeft uitgevoerd, niet is vergoed. Het gaat hem om vergoeding van de factuur van de behandeling in Alicante.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat SGGZ in beginsel zonder verblijf plaatsvindt. Daarnaast is de behandeling van een aanpassingsstoornis uitgesloten van vergoeding. Verzoeker is door de huisarts verwezen in verband met een aanpassingsstoornis. Verder is op de website van de instelling te lezen dat cliënten die het dagbehandelingsprogramma volgen, moeten verblijven op het resort. Ook de maaltijden zijn bij de behandeling inbegrepen. Het programma bestaat voor iedere patiënt, ongeacht de stoornis, uit 32 dagen, waarbij iemand zeven dagen per week van 8 uur in de ochtend tot half negen 's avonds wordt behandeld. Hierin zijn ook dagbestedingsactiviteiten opgenomen. Deze zijn standaard in het programma opgenomen en zijn daarmee niet onderbouwd als activiteiten met een geneeskundig doel, die een onlosmakelijk deel van de psychiatrische behandeling uitmaken. Dit programma is zodanig gestandaardiseerd dat het niet meer doelmatig en passend is binnen de Zvw.
- 6.6. Op 4 augustus 2021 heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar contact gehad met de psychotherapeut en regiebehandelaar bij de instelling in Alicante. Deze gaf aan dat zijn inzet bij de instelling tijdelijk is. Hij is bij elke groep alleen gedurende de eerste week aanwezig, zodat de minimale inzet van de regiebehandelaar is gedekt. De psychiater is slechts op afroep zijdelings betrokken bij de behandeling. De therapeut deelde verder mee dat alleen een algemeen programma wordt gepresenteerd, dat niet is uitgewerkt op basis van de behoefte van de individuele patiënt. In de praktijk wordt iedere dag gekeken welke onderdelen van het programma die dag door de patiënt worden gevolgd, dit in verband met onder andere de belastbaarheid. Verder heeft contact plaatsgevonden met de partner van verzoeker en met een behandelaar bij de GGZ-instelling waar hij in Nederland terecht kon. Hieruit kwam naar voren dat verzoeker de instelling in Nederland niet vond aansluiten bij zijn verwachtingen, en dat hij zelf heeft gekozen voor een verblijf in Alicante. Uit de factuur blijkt dat er geen psychiater bij de behandeling betrokken is geweest. De behandeling is grotendeels uitgevoerd door een basisarts en een basispsycholoog. Er wordt

daarom niet voldaan aan artikel 38, derde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering, waarin is bepaald dat een psychiater en/of klinisch psycholoog heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is en dat de psychiater en/of klinisch psycholoog aantoonbaar direct betrokken is bij zowel diagnostiek als de behandeling. Er is sprake van een behandeling met minimale betrokkenheid van de regiebehandelaar en zonder betrokkenheid van een specialist. Er is voorts geen aangetoonde medische noodzaak voor verblijf, er wordt een standaardprogramma aangeboden en er is sprake van opvulling met dagbesteding. De behandeling komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking.

- 6.7. Bij brief van 26 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de factuur van het Nederlandse ziekenhuis met betrekking tot laboratoriumonderzoek niet is vergoed. De reden is dat het onderzoek is aangevraagd door de kliniek in Alicante. Deze kliniek heeft de factuur vervolgens aan verzoeker gestuurd. Gelet op de DBC-regels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn de kosten van eerstelijnsdiagnostiek met ingang van 1 januari meegenomen in de kostprijzen van behandelaren in de GGZ. Dit betekent dat de laboratoriumonderzoeken deel uitmaken van de behandeling in Alicante, en niet los kunnen worden vergoed.

Overwegingen commissie

- 6.8. Op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval Spanje - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. De vraag die ten eerste moet worden beantwoord, is of de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt.
- 6.9. De aanspraak op SGGZ is geregeld in artikel 38 van de voorwaarden van de zorgverzekering. In het tweede lid van dit artikel is bepaald dat het moet gaan om zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden. Bij SGGZ zonder verblijf is de zorg gericht op de diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische stoornissen, dan wel op het herstel of het voorkomen van verergering hiervan. Bij SGGZ met verblijf, moet de opname, noodzakelijk zijn in het kader van de diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische stoornissen, dan wel op het herstel of het voorkomen van verergering hiervan. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat de behandeling van verzoeker niet aan de voorwaarden voldoet, en heeft vergoeding hiervan om die reden afgewezen.
- 6.10. Het Zorginstituut heeft de situatie beoordeeld, en komt op basis van de stukken in het dossier tot het advies het verzoek af te wijzen. Het Zorginstituut overweegt dat bij verzoeker door de huisarts en in het behandelplan van Marnes uiteenlopende diagnoses worden genoemd. Dat verzoeker PTSS of symptomen daarvan heeft komt onvoldoende naar voren uit het behandelplan. Wel blijkt hieruit van een depressieve stoornis, maar de beschreven depressieve klachten zijn volgens het Zorginstituut op zich geen reden voor klinische opname, waarop het verplichte verblijf van verzoeker lijkt. Bij gebreke van een apart intakeverslag voor psychiatrische diagnostiek valt niet te beoordelen of verzoeker de meest passende behandeling heeft ondergaan. Met betrekking tot de ondergane lichaamsgerichte therapie overweegt het Zorginstituut dat in het behandelplan wel wordt beschreven dat verzoeker last heeft van extreme vermoeidheid, maar dat er bij hem geen aparte diagnose somatische symptoomstoornis is gesteld. Verder is de door Marnes geboden behandeling ongebruikelijk, omdat deze uitgaat van een standaard 32 dagen durend behandelprogramma. Dit is niet in overeenstemming met het uitgangspunt 'gepast gebruik', zoals verwoord in de Zorgstandaard Depressieve Stoornissen. Ook wordt door het Zorginstituut een kanttekening geplaatst bij de intensiteit van de dagbehandeling. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat verzoeker niet redelijkerwijs is aangewezen op de geboden zorg. In het dossier is onvoldoende onderbouwd dat verzoeker op een intensieve deeltijdbehandeling is aangewezen. De commissie ziet in wat door verzoeker is aangevoerd - onder andere met betrekking tot zijn zoektocht naar een passende behandeling in Nederland en zijn thuissituatie - geen aanleiding van

het advies van het Zorginstituut af te wijken. De commissie maakt de conclusie hiervan daarom tot de hare. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de door hem in Alicante ondergane behandeling, ten laste van de zorgverzekering.

6.11. Aangezien de zorg niet ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed, vindt artikel 20 van Vo. 883/2004 geen toepassing.

6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 mei 2022,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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>)

ARTIKEL 38 GESPECIALISEERDE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (S-GGZ)

LID 1 ALGEMEEN

De gespecialiseerde GGZ (S-GGZ) en Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ) vormen samen de curatieve geestelijke gezondheidszorg.

LID 2 TE VERGOEDEN ZORGCOSTEN S-GGZ

S-GGZ zonder verblijf

S-GGZ zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, zonder dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) plaatsvindt. De zorg is gericht op de diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische stoornissen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, of op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

S-GGZ met verblijf

S-GGZ zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, in combinatie met opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). De opname is noodzakelijk in het kader van de diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische stoornissen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, dan wel op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Wij vergoeden S-GGZ en de verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

Wij vergoeden voor maximaal 1.095 dagen (drie jaar):

- a. de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf;
- b. de verpleging, verzorging en paramedische zorg die bij de behandeling horen tijdens het verblijf.

Na deze 1.095 dagen kunt u op grond van de Wlz nog recht hebben op deze zorg.

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

- a. wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 1.095 dagen. Wel wordt na de onderbreking verder geteld;
- b. wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en heeft u na die onderbreking dus weer recht op vergoeding van de zorg voor 1.095 dagen;
- c. wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

De volgende vormen van opname tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a. niet-psychiatrische ziekenhuisopname;
- b. verblijf in een revalidatiecentrum met revalidatie als doel.

LID 3 VOORWAARDEN S-GGZ*Verwijzing*

U moet een verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of regiebehandelaar in de GGZ. Dit geldt niet voor crisiszorg. Wel is per direct een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt nadat de acute situatie voorbij is.

Voorwaarden voor de verwijzing:

- a. de verwijzing is gedateerd;
- b. de verwijzing is voorafgaand aan de behandeling afgegeven;
- c. de verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verwijzend arts;
- d. de verwijzing bevat de (elektronische) handtekening van de verwijzend arts;
- e. de verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verzekerde;
- f. uit de verwijzing blijkt dat er sprake is van een vermoeden op een DSM IV stoornis;
- g. de verwijzing is een gerichte verwijzing naar S-GGZ;
- h. de verwijzing is niet langer dan één jaar voor de start van de behandeling gedateerd.

Betrokkenheid specialist

Een psychiater en/of klinisch psycholoog heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is en is aantoonbaar direct betrokken bij zowel de diagnostiek als de behandeling.

Zorgaanbieder S-GGZ zonder verblijf

De zorg wordt verleend door een GGZ-instelling of een vrijgevestigde psychiater, klinisch (neuro-)psycholoog of psychotherapeut.

Binnen een GGZ-instelling is de regiebehandelaar psychiater, klinisch (neuro-)psycholoog, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts, GZ-psycholoog, klinisch geriater of verpleegkundig specialist ggz of psychotherapeut.

Het specialistische karakter van de behandeling is geborgd door rechtstreekse betrokkenheid van een psychiater of klinisch psycholoog op belangrijke momenten in het diagnostiek- en behandelproces. Deze rechtstreekse betrokkenheid moet blijken uit het medisch dossier.

De GGZ-Instelling beschikt over een kwaliteitsstatuut dat voldoet aan de voorwaarden die de beroeps-groep daaraan heeft gesteld en werkt aantoonbaar conform dit kwaliteitsstatuut.

Zorgaanbieder S-GGZ met verblijf

De zorg wordt verleend door een GGZ-instelling. Binnen een GGZ-instelling is de regiebehandelaar psychiater, klinisch (neuro-)psycholoog, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts, GZ-psycholoog, klinisch geriater of verpleegkundig specialist ggz of psychotherapeut. Er moet sprake zijn van aantoonbare directe betrokkenheid door de regiebehandelaar. Begeleidende disciplines zijn ondersteunend aan de behandeling.

De GGZ-Instelling beschikt over een kwaliteitsstatuut dat voldoet aan de voorwaarden die de beroeps-groep daaraan heeft gesteld en werkt aantoonbaar conform dit kwaliteitsstatuut.

Machtigingsvereiste bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders

Indien u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat voor verblijf, moet u daar vooraf van ons een machtiging voor hebben ontvangen. Voor zorg te leveren door ons gecontracteerde zorgaanbieders geldt geen machtigingsvereiste. Zie voor meer informatie over machtigingen, artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden en lid 5 van dit artikel.

Om deze machtiging aan te vragen, moet de zorgaanbieder het volgende aan ons toesturen:

- a. uw NAW-gegevens;
- b. de reden van aanmelding;
- c. een verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist;
- d. de voorlopige diagnose volgens de vigerende DSM-classificatie;
- e. de klinische opname indicatie, conform de door de beroepsgroep vastgestelde richtlijnen;
- f. het voorgestelde behandelplan, inclusief het te verwachten aantal behandelminuten en uit te voeren activiteiten en verrichtingen;
- g. het toe te passen zorgprogramma en zorgpad;
- h. de kwalificaties van de zorgaanbieders, inclusief regiebehandelaar (onder vermelding van BIG-registratienummer), die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg;
- i. de onderbouwing van de te declareren deelprestatie inclusief inzet VOV-personeel in relatie tot de stoornis;
- j. de te verwachten DBC-declaratiecode en de prestatiecode;
- k. een kostenbegroting voor behandeling en verblijf;
- l. de eigen bijdrage die u (optioneel) zelf moet betalen.

LID 4 UITSLUITINGEN S-GGZ

Het volgende komt niet voor vergoeding in aanmerking:

- a. de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- b. hulp bij werk- en relatieproblematiek;
- c. hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- d. psychosociale hulp;
- e. psychiatrische behandeling bij verzekerden met een Wlz-indicatie met een psychische grondslag en er geen sprake is van een klinische opname;
- f. psychiatrische behandeling bij verzekerden met een Wlz-indicatie zonder een psychische grondslag en de behandeling deel uitmaakt van de Wlz-zorg en er geen sprake is van een klinische opname.

LID 5 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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