

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202400552

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 5 maart 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 26 april 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 6 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 7 juni 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 3 juli 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024023170) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 9 juli 2024 aan partijen gezonden.
- 1.4. Op 8 augustus 2024 heeft verzoeker een brief aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 12 augustus 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 augustus 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. Op 9 september 2024 heeft verzoeker aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 10 september 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Bij brief van 17 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd. Een afschrift van deze brief is op 18 september 2024 aan verzoeker gezonden.
- 1.7. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 18 september 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 3 juli 2024 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie vragen gesteld. Bij brief van 19 november 2024 heeft het Zorginstituut een nader voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 november 2024 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij brief van 10 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Op 11 december 2024 heeft verzoeker een reactie aan de commissie gestuurd. Kopieën hiervan zijn op 16 december 2024 aan de respectieve wederpartij gezonden. Diezelfde dag heeft verzoeker een e-mailbericht aan de commissie gestuurd.

- 1.8. Op 16 december 2024 heeft de commissie kopieën van de nagekomen stukken aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het nader voorlopig advies van 19 november 2024 aanpassing behoeft. Op 17 december 2024 is een kopie van het e-mailbericht van verzoeker van 16 december 2024 aan de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut gezonden. Bij brief van 16 januari 2025 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 17 januari 2025 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Van de ziektekostenverzekeraar heeft de commissie geen reactie ontvangen. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 7 februari 2025 gereageerd. Een afschrift hiervan is ter kennisname op 10 februari 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZdirect Basisverzekering (NaturaDirect) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering CZdirect Aanvullend 5 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Op 24 juni 2023 heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor zittend ziekenvervoer.
- 2.3. Bij brief van 13 juli 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker om aanvullende informatie gevraagd. Op 10 augustus 2023 heeft verzoeker de aanvullende informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 11 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij geen akkoordverklaring krijgt voor het zittend ziekenvervoer.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 5 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 3 juli 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 19 november 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 16 januari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de gemaakte vervoerskosten van zijn woonadres naar Domingo House te Berghalen v.v. te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker bij klachtenformulier van 5 maart 2024 toegelicht dat hij in het jaar 2023 is behandeld bij Domingo House. In dit kader heeft hij vervoerskosten gemaakt. Volgens verzoeker dienen deze kosten te worden vergoed op basis van de hardheidsclausule. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor het zittend ziekenvervoer ten onrechte afgewezen, met als reden dat de behandeling bij Domingo House niet wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. Verzoeker heeft gesteld dat de behandeling bij Domingo House aan alle voorwaarden voldoet om voor vergoeding in aanmerking te komen. Zorgverzekeraars laten de zorg echter niet onder het verzekerde pakket vallen, omdat Domingo House werkt met

therapiedieren. Dit laatste heeft volgens de zorgaanbieder toegevoegde waarde. Domingo House rekent voor de behandeling het marktconforme tarief. De ziektekostenverzekeraar kan of wil geen afspraken maken met Domingo House over verzekerde zorg, waardoor de gemaakte vervoerskosten nu voor rekening van verzoeker blijven.

- 3.3. In zijn brief van 8 augustus 2024 heeft verzoeker aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft onderzocht wat de behandeling bij Domingo House exact inhield. Dit is door de ziektekostenverzekeraar niet opgevraagd, omdat bij de aanvraag is aangegeven dat het niet verzekerde zorg betreft. Echter, het aanvraagformulier is op deze wijze ingevuld omdat de ziektekostenverzekeraar naar het oordeel van verzoeker en Domingo House ten onrechte de kosten van de behandeling niet vergoedt. De ziektekostenverzekeraar wijst de aanvraag af, omdat de behandeling geen verzekerde zorg zou zijn. Aangezien de ziektekostenverzekeraar geen idee heeft wat de behandeling bij Domingo House inhoudt, kan hij ook niet beoordelen of de behandeling voldoet aan de geldende standaarden.
- Verder heeft verzoeker aangevoerd dat Animal Assisted Therapy (hierna: AAT) niet de hoofdbehandelmethode van de behandeling bij Domingo House is. AAT wordt ingezet om de evidence based practices die worden gebruikt te verrijken. In het geval van verzoeker is AAT toegepast met behulp van een therapiehond. Naar therapie gaan is spannend, met name voor iemand die bekend is met PTSS. Dit geldt temeer voor verzoeker, aangezien hij bekend was met bijkomende problematiek, namelijk paniekaanvallen en pleinvrees. De aanwezigheid van een therapiehond geeft een veiligere basis om op locatie te komen en verlaagt de spanning bij de directe aankomst. Dit is vele malen effectiever dan een therapeut zelfstandig kan doen. Het zorgt er ook voor dat evidence based interventies, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT), exposure, gespreksvaardigheden en psycho-educatie effectiever bij verzoeker binnenkomen, aangezien zijn spanningsniveau wordt verlaagd door de aanwezigheid van de therapiehond. Daarnaast biedt de therapiehond steun bij het verwerken van de gevolgen van de behandeling. De therapiehond draagt aldus bij aan de effectiviteit van een normaal behandeltraject voor PTSS, zowel vóór, tijdens, als na de interventies. Dit behandeltraject is ontwikkeld om mensen met PTSS die zijn vastgelopen in de reguliere GGZ te helpen. Indien Domingo House stopt met de inzet van dieren voldoet de behandeling wel aan de stand van de wetenschap en praktijk. De behandeling is dan vergelijkbaar met andere therapieën die verzoeker heeft gehad en die zijn vergoed vanuit de zorgverzekering. Verzoeker benadrukt dat het gaat om extra middelen ter verrijking van een therapie die is gebaseerd op evidence based methoden, met adequaat opgeleide therapeuten die onder supervisie staan van een regiebehandelaar.
- Voorts heeft verzoeker aangevoerd dat de behandeling bij Domingo House inmiddels door andere zorgverzekeraars wordt vergoed. Ook heeft hij gewezen op een aantal studies die de effectiviteit van de behandeling bij Domingo House met inzet van therapiedieren ondersteunen.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat hij kosten heeft gemaakt omdat hij met de trein naar Domingo House is gereisd. Deze kosten moeten worden vergoed op grond van de hardheidsclausule, omdat aan de hiervoor geldende eisen is voldaan.
- Bij de aanvraag is genoteerd dat de behandeling niet wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. Op het moment van invullen was dit inderdaad het geval. De huidige situatie is echter anders. Vrij recent heeft de ziektekostenverzekeraar namelijk een behandeling bij Domingo House vergoed. Als een behandeling wordt vergoed vanuit de zorgverzekering lijkt vergoeding van de in verband hiermee gemaakte reiskosten op zijn plaats. Ook andere zorgverzekeraars hebben de behandeling bij Domingo House vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- Verder heeft verzoeker gesteld dat uit de artikelen die hij heeft overgelegd blijkt dat het gaat om een effectieve behandelmethodiek dan wel een behandelmethodiek met potentie. De therapie met dieren is een verrijking van de bestaande methodieken. Het Zorginstituut zal hier verder onderzoek naar moeten doen. De behandeling die verzoeker heeft gehad bij Domingo House is verder hetzelfde als de andere behandelingen die hij elders heeft gehad.
- 3.5. Bij e-mailbericht van 9 september 2024 heeft verzoeker herhaald dat de vervoerskosten niet zijn vergoed, omdat aanvankelijk onduidelijkheid bestond over de vraag of de behandeling bij Domingo House een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Gelet op het feit dat de

kosten van deze behandeling recent door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed, dienen thans ook de vervoerskosten te worden vergoed.

- 3.6. In zijn e-mailbericht van 11 december 2024 heeft verzoeker benadrukt dat bij de behandeling gebruik wordt gemaakt van evidence based methodieken, zoals exposure, ACT en CGT. In sommige gevallen worden hier ook honden bij gebruikt. Er wordt gewerkt met een op maat gemaakt traject. Het behandelplan focust op de verbinding tussen hoofd en lichaam, autonomie, zelfregie en het systeem waarin de cliënt zich bevindt, in de breedste zin van het woord. Er worden lichaamsgerichte en ervaringsgerichte interventies toegepast om te voorkomen dat de afsplitsing blijft bestaan tussen weten, integreren van inzichten, en doen. In sommige gevallen wordt geoefend met vaardigheden vanuit de CGT en ACT met honden, omdat honden van nature goed passen in de processen van zelfregulatie en sociale verbinding, en reageren op wat er zich aandient en het oefenen van vaardigheden die nodig zijn in het intermenselijke verkeer. In het geval van verzoeker heeft de behandeling een positief resultaat gehad. De zorgaanbieder is inmiddels gestopt met het gebruik van paarden bij de behandeling. Er kan van worden uitgegaan dat paarden bij de behandeling van verzoeker op dezelfde manier werden ingezet als honden. Verzoeker heeft hierbij opgemerkt dat honden en paarden in het overgrote deel van zijn behandeling niet zijn ingezet. De hond was enkel aanwezig om verzoeker op zijn gemak te stellen. Het was geen directe ondersteuning van de interventie. De ziektekostenverzekeraar heeft verder volgens verzoeker ten onrechte gesteld dat veel kleine declaraties zijn ingediend. Zo is door hem een declaratie ingediend voor 22 van de 37 sessies, voor een bedrag van meer dan € 17.000,--.
- 3.7. In zijn e-mailbericht van 16 december 2024 heeft verzoeker aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte stelt dat het Zorginstituut in zijn advies aan de commissie beaamt dat de behandeling is verweven met AAT en daarom niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Uit het advies blijkt namelijk dat het Zorginstituut niet kan beoordelen of de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, omdat niet duidelijk is welk deel van de behandeling AAT betreft. Verzoeker heeft in dit verband toegelicht hoe een behandeling verliep. Als verzoeker aankwam bij de zorgaanbieder, voelde hij veel spanning. De aanwezigheid van een hond bracht hem tot rust. Vervolgens vond een standaard, normale, evidence based behandeling plaats die voor vergoeding in aanmerking komt vanuit de zorgverzekering. Na de behandeling bleef de hond bij verzoeker. Hierdoor kon hij sneller tot rust komen, beter omgaan met emoties, en voelde hij meer vertrouwen bij de behandelaren. Door de aanwezigheid van de hond is de behandeling effectiever geweest. Bij de behandeling van verzoeker vormde de hond slechts een ondersteunende factor. Dit is anders bij AAT. Daar is de hond de basis van de behandeling. Verder heeft verzoeker opgemerkt dat het feit dat in zijn geval twee behandelaren werden ingezet niet relevant is in het kader van de aanspraak op vergoeding van de reiskosten. Onafhankelijk van het aantal behandelaren, dient verzoeker immers op de locatie van de zorgaanbieder aan te komen. Het is vreemd dat het feit dat een extra behandelaar bij de sessie aanwezig is, ertoe zou moeten leiden dat de sessie in het geheel niet wordt vergoed.
- 3.8. In zijn e-mailbericht van 7 februari 2025 heeft verzoeker gesteld dat tijdens de behandeling bij Domingo House ruimschoots therapieën werden toegepast die evidence based zijn en worden vergoed. Deze therapieën werden aangevuld met dierenondersteuning, die echter niet bestond uit therapeutische inzet van een dier. Het beperkte zich tot alleen het aanwezig zijn. Dit is door het Zorginstituut en Domingo House bevestigd. Domingo House heeft gemerkt dat de behandeling van een specifieke doelgroep, namelijk uitbehandelde vaak complexe/chronische PTSS-patiënten, effectief is als AAT in combinatie met evidence based therapieën wordt toegepast. Dit was ook bij verzoeker het geval. Verzoeker heeft hierbij opgemerkt dat de sessies bij Domingo House langer duurden dan normale sessies, zoals hij die eerder heeft gehad. Volgens verzoeker is het de vraag of het aandeel van de vergoede evidence based therapieën als onderdeel van de behandeling voldoende is om de behandeling en de daarmee verband houdende reiskosten te vergoeden. Op basis van de ZN-circulaire therapieën kan worden

geconcludeerd dat in iedere sessie vergoede (A, B, en C) therapieën zijn toegepast, waarbij dieren zijn gebruikt ter ondersteuning van de effectiviteit van deze behandelmethodieken.

Ten aanzien van de reiskosten geldt dat niet extra is gereisd vanwege de aanvulling met dieren. Verzoeker heeft gereisd voor een complete 'standaard' GGZ-behandeling zoals hij al vaker heeft doorlopen.

Verder heeft verzoeker verklaard dat andere zorgverzekeraars de kosten van de behandeling bij Domingo House hebben vergoed en dat er ook zorgverzekeraars zijn die met Domingo House een contract hebben gesloten. De ziektekostenverzekeraar vormt hierop een uitzondering.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de gemaakte vervoerskosten niet worden vergoed. In zijn brief van 5 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat verzoeker een aanvraag heeft ingediend voor vergoeding van vervoerskosten in het kader van een GGZ behandeling. Het betreft hierbij de behandeling van PTSS volgens het Domingo House behandelprogramma.

4.2. Uit artikel B.18.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering blijkt dat zittend ziekenvervoer kan worden vergoed. Een verzekerde is alleen verzekerd voor vervoer van en naar de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg wanneer een verzekerde daar zorg ontvangt die wordt vergoed vanuit de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg (Wlz) zoals omschreven in artikel 3.1.1. Wlz. Een verzekerde is niet verzekerd voor vervoer van en naar een plaats van zorg die wordt vergoed vanuit een aanvullende verzekering of naar een dagbesteding en/of dagbehandeling in een Wlz-instelling.

Zittend ziekenvervoer kan worden vergoed ten laste van de zorgverzekering als dit nodig is omdat een verzekerde (a) nierdialyse moet ondergaan, (b) oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan, (c) zich buitenshuis uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen, (d) een zodanig beperkt gezichtsvermogen heeft dat de verzekerde zichzelf met of zonder hulpmiddel niet zelfstandig kan verplaatsen, (e) jonger is dan 18 jaar en is aangewezen op zorg vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap. Het betreft hier de "intensieve kindzorg", (f) is aangewezen op geriatrische revalidatie volgens artikel B.4.6.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering, of (g) is aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend. Deze dagbehandeling is onderdeel van een zorgprogramma volgens artikel B.28 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

De aanspraak omvat ook het vervoer van een begeleider en, in uitzonderlijke gevallen, van twee begeleiders. Deze begeleiding moet noodzakelijk zijn of de verzekerde die wordt begeleid moet jonger zijn dan 16 jaar. Onder begeleiding worden ook hulp- of blindengeleidehonden verstaan. Verder kan vervoer worden vergoed als een verzekerde voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening voor langere tijd vervoer nodig heeft en het erg onredelijk zou zijn als betrokkene het vervoer niet vergoed zou krijgen. Dit wordt ook wel de hardheidsclausule genoemd. De zorgverzekeraars hanteren een methodiek aan de hand waarvan kan worden berekend of een verzekerde recht heeft op vervoer volgens de hardheidsclausule. De hardheidsclausule geldt in ieder geval als de uitkomst van de volgende berekening minimaal 250 is: 'Aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 x aantal km's enkele reis x 0,25.12'. De uitkomst van 250 is gelijk aan 1.000 kilometer enkele reis gedurende een periode van 12 maanden.

Ook andere bijzondere situaties kunnen ervoor zorgen dat de hardheidsclausule toepassing moet vinden. Er moet dan wel sprake zijn van zeer belastende omstandigheden.

4.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar voldoet verzoeker niet aan de geldende voorwaarden. Het zittend ziekenvervoer komt namelijk alleen voor vergoeding in aanmerking als op de plaats van bestemming verzekerde zorg wordt geleverd en tevens wordt voldaan aan de overige voorwaarden. De behandelaar van verzoeker heeft verklaard dat de geleverde zorg niet wordt vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet. De ziektekostenverzekeraar gaat ervan uit dat deze informatie juist en volledig is, temeer daar de behandelaar geen afwijkende verklaring heeft gegeven. Aangezien niet wordt voldaan aan de voorwaarde dat op de plaats van bestemming

verzekerde zorg wordt geleverd, heeft de ziektekostenverzekeraar niet beoordeeld of verzoeker redelijkerwijs op zittend ziekenvervoer is aangewezen.

- 4.4. Bij brief van 6 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de zorg die door Domingo House wordt aangeboden geen verzekerde gezondheidszorg is. De zorg voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zoals bedoeld in artikel A.3.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering. In de onderliggende regelgeving is bepaald dat zorgverzekeraars moeten onderzoeken of de te leveren zorg hieraan voldoet. Een belangrijk onderdeel van de zorg die Domingo House levert, AAT, is door dieren ondersteunde therapie. Dit is voorsnog geen verzekerde gezondheidszorg, omdat voldoende wetenschappelijke evidence naar het effect hiervan nog ontbreekt. In 2015 heeft het Zorginstituut opgemerkt dat therapie met dieren/paarden geen verzekerde zorg is. Dit blijkt uit het Rapport Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ. Sindsdien zijn er geen nieuwe rapporten van het Zorginstituut over dit onderwerp verschenen en daarom blijft het rapport uit 2015 relevant. De ziektekostenverzekeraar heeft zelf ook geen nieuwe wetenschappelijke publicaties van voldoende niveau kunnen vinden die nadien zijn verschenen. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar belangrijke beroepsrichtlijnen geraadpleegd. In de GGZ richtlijnen is AAT niet opgenomen. Ook is AAT niet opgenomen in de recente ZN-circulaire Therapieën GGZ van 6 mei 2024. De ziektekostenverzekeraar heeft benadrukt dat het feit dat hij de betreffende zorg voorsnog niet mag vergoeden ten laste van de zorgverzekering, niet betekent dat een verzekerde hiervan geen baat kan hebben. Dit laatste levert echter geen vergoedingsgrond op.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het basispakket wordt bepaald door de overheid. Voor vergoeding zijn voorwaarden opgesteld. Voor vergoeding van vervoerskosten geldt in ieder geval dat het moet gaan om vervoer naar een bestemming waar een behandeling wordt uitgevoerd die onder de Zorgverzekeringswet valt. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag beoordeeld en is tot de conclusie gekomen dat geen sprake is van een verzekerde prestatie, omdat het behandelplan als geheel niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit blijkt ook uit het advies dat het Zorginstituut aan de commissie heeft uitgebracht. Mogelijk wordt de zorg in de toekomst opgenomen in het pakket, maar daar kan niet op worden vooruitgelopen. Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar recent een behandeling bij Domingo House vergoed. In deze stelling herkent de ziektekostenverzekeraar zich niet. De meest recente reactie van de verantwoordelijk medisch adviseur is van 12 augustus 2024 en daarbij is geen melding van een beleidswijziging gemaakt. Mogelijk is aan een andere verzekerde vergoeding verleend, terwijl dat niet de bedoeling was. De door verzoeker overgelegde informatie is voorgelegd aan de medisch adviseur. Volgens de medisch adviseur blijkt uit de aangevoerde onderzoeken/publicaties niet dat de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Om te voldoen aan die strenge norm, is bewijs van een bepaald niveau nodig. Dat bewijs is er op dit moment niet. Het feit dat verzoeker een positieve ervaring heeft gehad, is onvoldoende om te kunnen spreken van zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 4.6. Bij brief van 17 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar erkend dat hij - abusievelijk - een bedrag van totaal € 9.988,16 heeft vergoed. Deze behandeling bij Domingo House is inhoudelijk niet akkoord gegeven door de afdeling Medische Beoordelingen en/of de Medische adviesgroep van de ziektekostenverzekeraar, maar omdat Domingo House de zorg in vele kleine declaraties opsplijste en niet als totaalbehandeling declareerde, betrof de declaratie op papier geen GGZ-behandeling die vooraf hoefde te worden aangevraagd. De desbetreffende declaratie is dus niet inhoudelijk beoordeeld. Het was echter nooit de bedoeling deze zorg te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij zijn standpunt handhaaft dat de behandeling bij Domingo House geen verzekerde zorg betreft, omdat de zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut. Dat verzoeker baat heeft gehad bij de behandeling, kan door de ziektekostenverzekeraar niet worden meegewogen bij de beoordeling. Dat kosten van de behandeling per abuis zijn vergoed, maakt

de uitkomst van die beoordeling niet anders. Dit geldt ook voor de mogelijkheid dat andere zorgverzekeraars de zorg hebben vergoed. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de zorg en ritten van verzoeker op het moment van declareren al een jaar daarvoor waren afgerond. De betalingen zijn dus niet gedragsbepalend geweest ten aanzien van zijn behandeling en het vervoer daar naartoe.

- 4.7. In zijn brief van 10 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard geen houvast te hebben om de in het geding zijnde zorg op dit moment te vergoeden. Helder is dat de algehele behandelwijze is verweven met AAT en niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit blijkt ook uit het advies dat het Zorginstituut aan de commissie heeft uitgebracht. Ten aanzien van de opmerking van het Zorginstituut dat eventuele 'afzonderlijke therapie' wel verzekerde zorg zou kunnen zijn, heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat hij op basis van de beschikbare informatie niet kan vaststellen welke zorg tijdens welke sessie wordt ingezet. Het is complex om vast te stellen welke sessies zonder AAT zijn en mogelijk tot de verzekerde zorg zouden kunnen behoren. Uit de schriftelijke verklaring van verzoeker van 8 augustus 2024 blijkt dat bij elke traumasessie een therapiehond wordt ingezet. Ook de sessies met hulphonden kunnen worden aangemerkt als dierenondersteunende therapie. Naast de sessies met de hulphond, vinden sessies met paarden plaats. Deze sessies met paarden zouden volgens verzoeker 4% van de behandeling betreffen. In de situatie van verzoeker zijn blijkbaar bij alle sessies dieren ingezet. Hierdoor kan de ziektekostenverzekeraar niet beoordelen of er mogelijk sessies zijn die wel voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarbij komt dat het aan het Zorginstituut is om nadrukkelijk aan te geven dat de sessies met een hulphond voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ten aanzien van eventuele sessies zonder dierenondersteuning heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat deze sessies mogelijk evenmin voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, omdat de behandelingen standaard worden uitgevoerd door twee behandelaren. Wellicht is in dat geval ook geen sprake van doelmatige zorg.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 3 juli 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

De vraag die beantwoord moet worden is of de zorg die verzoeker ontvangt, valt onder de Zvw.

Behandelprogramma

Volgens informatie van Hulphond Nederland heeft Hulphond Nederland in 2018 een specifieke behandeling voor volwassenen met psychotrauma ontwikkeld, waarbij zowel getrainde honden als getrainde paarden worden ingezet. Deze dierenondersteunde therapieactiviteiten zijn per 2021 ondergebracht bij het Domingo House.

Zoals volgt uit het voorliggende dossier heeft de behandelend psycholoog in antwoord op de vragen van verweerder met betrekking tot de behandeling het volgende aangegeven:

"Het Domingo House behandelprogramma is een totaalprogramma en geschikt voor de behandeling van ernstige en complexe PTSS. De verschillende onderdelen, onder andere exposure, CGT (cognitieve gedragstherapie), ACT (acceptance and commitment therapy), PMT (psychomotore therapie), AAT (animal-assisted therapy) en psycho-educatie, vormen een geïntegreerd behandelpakket om de PTSS-klachten te verminderen. Alle onderdelen van de behandeling zijn essentieel voor het resultaat, de behandelonderdelen versterken elkaar.

Daarnaast is de vraag 'Wordt de behandeling vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet?' door de behandelaar met 'nee' aangekruist.

Verder is in het dossier geen behandelplan aanwezig en is uit de voorliggende informatie uit het dossier niet duidelijk of naast de psycholoog ook een BIG-geregistreerd GZ-psycholoog en/of psychiater bij het behandelprogramma is betrokken.

Onderdelen van het behandelprogramma zouden onder de Zvw kunnen vallen. 'Animal Assisted Therapie' is echter niet als aangewezen behandeling opgenomen in de Zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen en is ook niet genoemd in de recente circulaire 'Therapieën in de ggz' van ZN (Kenniscentrum ggz).

Er kan geconcludeerd worden dat het behandelprogramma als geheel (het totaalprogramma), zoals de zorgverleners zelf ook aangeven, niet valt onder de Zvw. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak kan maken op vergoeding van ziekenvervoer ten laste van de basisverzekering.

Conclusie

Op grond van de informatie uit het dossier kan er geconcludeerd worden dat het behandelprogramma dat verzoeker bij Domingo House volgt, niet valt onder de Zvw. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van ziekenvervoer op grond van artikel 2.14 van het Bzv.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van de gemaakte vervoerskosten ten laste van de basisverzekering."

- 5.2. In het nader voorlopig advies van 19 november 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Bij het verzoek om een definitief advies is er de vraag van de SKGZ om in te gaan op de stelling van verweerder dat de behandeling bij het behandelcentrum niet voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Ook verzoekt de SKGZ in te gaan op de aanvullende informatie van verzoeker en de verwijzingen naar verschillende publicaties die hij in dit verband doet.

Aanvullende informatie van verzoeker

In de e-mail van 8 augustus 2024 geeft verzoeker aan dat het voornaamste probleem is dat verweerder niet heeft gekeken wat de behandeling exact inhield. Verzoeker citeert verweerder, die had aangegeven niet over informatie omtrent de specifieke zorg te beschikken en geen aanvraag of een nota ter beoordeling had ontvangen. Verweerder had ook aangegeven dat het niet zinvol leek dit op te vragen omdat het, voor zover verweerder kon inschatten, niet om verzekerde zorg ging. Het behandelcentrum had zelf op het aanvraagformulier verklaard dat de zorg niet uit de zorgverzekering wordt vergoed. Verzoeker geeft aan dat dit niet klopt en dat het behandelcentrum dit op het formulier had ingevuld omdat verweerder de zorg niet vergoedt.

Over de behandeling geeft verzoeker aan dat Animal Assisted Therapy (AAT) een onderdeel is van de therapie, maar dit niet de hoofdbehandelmethode is. Verzoeker geeft aan dat AAT wordt gebruikt om de evidence based practices die gebruikt worden, zoals CGT, exposure en psycho-educatie, te verrijken. In zijn behandeltraject is AAT voornamelijk toegepast met behulp van een therapiehond. Het aanwezig zijn van deze hond zorgt onder meer voor verlaging van het spanningsniveau, wat maakt dat de wel vergoede interventies effectiever landen, aldus verzoeker.

De bijdrage van AAT interventies aan de behandeling is volgens verzoeker hooguit 4% aan directe AAT interventies. Hij benadrukt dat de bij de therapie gebruikte therapiehond en drie sessies waarbij voor een klein deel een paard werd ingezet, extra 'middelen' zijn ter verrijking van een therapie die gebaseerd is op evidence based methoden - de door het behandelcentrum toegepaste therapieën, exposure, CGT en PMT staan in de ZN-circulaire - met adequaat opgeleide

therapeuten die onder supervisie staan van een regiebehandelaar, aldus verzoeker. Verzoeker geeft aan dat de tarieven die het behandelcentrum hanteert conform markt-tarief zijn.

Daarnaast verwijst verzoeker naar de abstracts van twee wetenschappelijke artikelen die de gevonden effectiviteit die het behandelcentrum vindt in het verrijken van de therapie met therapiedieren ondersteunen (Amerine 2016 en Hediger 2021).

Verzoeker concludeert dat zijn standpunt is dat de behandeling verrijkt is door de inzet van therapiedieren. De bewezen effectieve en door de basisverzekering vergoede behandelmethodieken zijn versterkt door de inzet van therapiedieren, wat een significant aandeel heeft gehad in het sterkere effect van deze behandeling vergeleken met soortgelijke behandeling zonder therapiedieren, aldus verzoeker.

Vervolgens geeft verzoeker in zijn e-mail van 9 september 2024, na de hoorzitting, aan dat zijn traject bij het behandelcentrum is vergoed door verweerder. Gezien deze vergoeding kan volgens verzoeker gesteld worden dat er sprake is van verzekerde zorg en dat de in dat verband gemaakte reiskosten ook vergoed dienen te worden.

Aanvullende reactie van verweerder na de hoorzitting

In de brief van 17 september 2024 geeft verweerder, als aanvullende reactie na de hoorzitting, aan dat verzoeker van de behandeling recent GGZ-nota's heeft ingestuurd en dat verweerder deze deels heeft vergoed als niet-gecontracteerde zorg conform de naturapolis van verzoeker.

Verweerder geeft in zijn brief aan dat inhoudelijk geen akkoord was gegeven voor vergoeding van de behandeling. Omdat het behandelcentrum de zorg in vele kleine declaraties opsplijste en niet als totaalbehandeling declareerde, betrof dit op papier geen GGZ-behandeling die vooraf moet worden aangevraagd, aldus verweerder. Verweerder blijft bij het standpunt dat de behandeling bij het behandelcentrum momenteel (nog) niet voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Dat bij controle achteraf blijkt dat er GGZ-nota's aan verzoeker en andere verzekerden per abuis zijn vergoed, maakt dit niet anders, aldus verweerder.

Overwegingen van het Zorginstituut

Beoordeling aangeleverde literatuur

Het Zorginstituut wil het volgende opmerken met betrekking tot de door verzoeker genoemde wetenschappelijke artikelen.

Amerine JL, Hubbard GB. Using Animal-assisted Therapy to Enrich Psychotherapy. *Adv Mind Body Med.* 2016 Summer;30(3):11-1

Het artikel van Amerine (2016) is een niet-systematische review waarin de auteurs concluderen: "The amount of data that supports the benefits of AAT for the treatment of those with mental illnesses is growing, but evidence-based research that supports its use is lacking. Further research is needed."

Hediger K, Wagner J, et al. Effectiveness of animal-assisted interventions for children and adults with post-traumatic stress disorder symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol.* 2021 Mar 23;12(1):1879713 Het artikel van Hediger (2021) is een systematische review en meta-analyse. De auteurs concluderen weliswaar: "The results indicate that AAI are efficacious in reducing PTSD symptomatology and depression", maar zij geven tevens aan:

"Future studies with robust study designs and large samples are needed for valid conclusions."

Uit beide studies is op te maken dat er weliswaar aanwijzingen zijn voor een voordeel van inzet van AAT, maar dat goed opgezette studies van voldoende grootte ontbreken, en noodzakelijk zijn om valide conclusies te kunnen trekken.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat inzet van AAT op dit moment niet voldoet aan het in de Zvw gestelde criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

Integrale behandeling versus 'losse' behandelingen

Het voorlopige advies van het Zorginstituut is gebaseerd op de informatie van de behandelend psycholoog, die aangaf dat het behandelprogramma van het behandelcentrum een totaalprogramma is, waarbij de verschillende onderdelen inclusief AAT een geïntegreerd behandelpakket vormen om de PTSS-klachten te verminderen.

In de voorliggende gegevens was geen behandelplan aanwezig en ook was uit de voorliggende informatie uit het oorspronkelijke dossier niet duidelijk of naast de psycholoog ook een BIG-geregistreerd GZ-psycholoog en/of psychiater bij het behandelprogramma is betrokken. Ook de nieuw aangedragen informatie biedt hierover vanuit de behandelaar(s) geen duidelijkheid.

Hoewel de behandelend psycholoog in eerste instantie aangaf dat de geboden behandeling een totaalprogramma betreft, staat de regelgeving niet in de weg dat het behandelcentrum ook afzonderlijke behandelingen kan declareren die voor vergoeding in aanmerking kunnen komen.

Het behandelprogramma bevat onderdelen die onder de Zvw (kunnen) vallen.

Het gaat hier dan om exposure (in vivo bij PTSS) en CGT (cognitieve gedragstherapie). Dat deze onderdelen deel uitmaken van het behandelprogramma was ook aangegeven door het behandelcentrum in antwoord op vragen van verweerder, zoals blijkt uit het oorspronkelijke dossier. Deze informatie is echter globaal opgesteld; meer specifieke informatie (zoals bijvoorbeeld een behandelplan/-programma) ontbreekt in het voorliggende dossier. Hierdoor is voor het Zorginstituut niet te beoordelen welke zorg precies verzoeker op welke dagen heeft ontvangen c.q. of de zorg, op iedere dag dat verzoeker in het behandelcentrum aanwezig was, al dan niet verzekerde zorg betrof.

Door het ontbreken van meer specifieke informatie over de concreet geleverde zorg kan het Zorginstituut op basis van het dossier niet vaststellen dat ingeval van verzoeker sprake is van Zvw-zorg. Er kan derhalve ook niet worden beoordeeld of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van het ziekenvervoer op grond van artikel 2.14 van het Bzv.

Conclusie

De inzet van AAT voldoet op dit moment niet aan het in de Zvw gestelde criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Een afzonderlijke therapie als onderdeel van het geïntegreerde behandelpakket kan wel voor vergoeding in aanmerking komen vanuit de basisverzekering, mits de afzonderlijke behandeling valt onder de Zvw.

Delen van de behandeling van verzoeker kunnen onder de Zvw vallen, dit betreft exposure (in vivo bij PTSS) en CGT (cognitieve gedragstherapie). Door het ontbreken van meer specifieke informatie over de concreet geleverde zorg is op basis van het dossier geen uitspraak te doen over de vraag of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van het ziekenvervoer.

Advies

Het Zorginstituut kan op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet beoordelen of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van ziekenvervoer ten laste van de basisverzekering."

- 5.3. In het definitief advies van 16 januari 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Na het definitief advies van 19 november 2024 heeft Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) het verzoek ontvangen om nogmaals een advies uit te brengen in dit geschil op basis van de nagekomen stukken.

In het definitief advies van 19 november 2024 gaf het Zorginstituut aan dat een afzonderlijke therapie als onderdeel van het geïntegreerde behandelpakket wel voor vergoeding in aanmerking kan komen vanuit de basisverzekering, mits de afzonderlijke behandeling valt onder de Zvw, zoals dit het geval is bij exposure (in vivo bij PTSS) en CGT (cognitieve gedragstherapie).

Uit de nagekomen informatie is op te maken dat bij verzoeker deze therapieën zijn toegepast. Ook is uit de informatie van verzoeker op te maken dat hierbij niet echt sprake was van dierondersteunde therapie in de zin van therapeutische inzet van een dier, maar dat de aanwezigheid van een dier zich beperkte tot alleen aanwezig zijn.

Door het ontbreken van concrete informatie over het aandeel (aantal en duur van deze sessies) van exposure in vivo en CGT in het behandelprogramma is echter geen uitspraak te doen over de vraag in hoeverre verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van kosten van het ziekenvervoer. U kunt het definitief advies van 19 november 2024 derhalve als definitief beschouwen."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over zittend ziekenvervoer en specialistische GGZ en die uit het Wetboek van Burgerlijke rechtsvordering (Rv) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Niet in geschil is dat zittend ziekenvervoer een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Dit blijkt uit artikel B.18.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Deze bepaling is gebaseerd op de artikelen 2.13 en 2.14 Bzv. Wat partijen verdeeld houdt, is het antwoord op de vraag of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de door hem gemaakte kosten van zittend ziekenvervoer in het kader van de behandeling bij Domingo House ten laste van de zorgverzekering.
- 7.3. In artikel 2.14, eerste lid, Bzv is bepaald dat aanspraak bestaat op zittend ziekenvervoer per auto, anders dan per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon of instelling als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdelen a, b of d, of een woning als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdeel e, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer. De onderdelen b, d en e zijn niet op de situatie van verzoeker van toepassing. Artikel 2.13, eerste lid, onderdeel a, Bzv - waarnaar artikel 2.14, eerste lid Bzv verwijst - ziet op het vervoer (in die bepaling: per ambulancevoertuig) van de verzekerde naar een persoon bij wie of instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen. Omdat die laatste voorwaarde onverkort geldt bij vervoer per taxi, eigen auto of openbaar middel van vervoer, zal moeten worden beoordeeld of de kosten van de zorg die verzoeker van Domingo House heeft ontvangen, geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen.
- 7.4. Volgens verzoeker voldoet de behandeling bij Domingo House aan alle voorwaarden om voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking te komen en gaat het om een behandeling die uitsluitend is verrijkt met de inzet van therapiedieren. De kosten van de

behandeling worden evenwel niet vergoed, omdat de ziektekostenverzekeraar geen afspraken kan of wil maken met de zorgaanbieder, aldus verzoeker. In de loop van de procedure heeft verzoeker hieraan toegevoegd dat bij de behandeling normale evidence based therapie werd toegepast, waarbij de therapiehond alleen aanwezig was ter ondersteuning. In ca. 4% van de tijd werden bij de behandeling paarden ingezet.

De ziektekostenverzekeraar heeft verwezen naar een verklaring van Domingo House, waarin wordt gesteld dat de behandeling daar niet onder de Zvw valt. AAT betreft zijns inziens geen verzekerde zorg omdat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie overweegt met betrekking hiertoe als volgt.

- 7.5. Volgens het Zorginstituut, in zijn advies aan de commissie van 3 juli 2024, kan op grond van de informatie uit het dossier worden geconcludeerd dat het behandelprogramma van verzoeker bij Domingo House als totaalprogramma niet valt onder de dekking van de zorgverzekering. In het nader voorlopig advies van 19 november 2024 heeft het Zorginstituut verklaard dat de inzet van AAT op dit moment niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verder heeft het Zorginstituut in dit advies toegelicht dat de regelgeving er niet aan in de weg staat dat het behandelcentrum ook afzonderlijke behandelingen kan declareren die voor vergoeding in aanmerking kunnen komen. Delen van de behandeling van verzoeker kunnen onder de dekking van de zorgverzekering vallen, dit betreft exposure in vivo en CGT. Volgens het Zorginstituut is de beschikbare informatie in het dossier over het behandelprogramma globaal opgesteld; meer informatie ontbreekt in het voorliggende dossier. Hierdoor kan het Zorginstituut niet beoordelen welke zorg verzoeker op welke dagen heeft ontvangen c.q. of de zorg, op iedere dag dat verzoeker in het behandelcentrum aanwezig was, al dan niet verzekerde zorg betrof. Bij definitief advies van 16 januari 2025 heeft het Zorginstituut toegelicht dat, door het ontbreken van concrete informatie over het aandeel (aantal en duur van deze sessies) van exposure in vivo en CGT in het behandelprogramma geen uitspraak is te doen over de vraag in hoeverre verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van het ziekenvervoer.
- 7.6. De commissie overweegt dat op grond van artikel 150 Rv geldt dat de partij die zich beroept op de rechtsgevolgen van de door haar gestelde feiten hiervan in beginsel de bewijslast draagt. Dit betekent dat het aan verzoeker is om aan te tonen dat de behandeling bij Domingo House, eventueel deels en in dat geval in welke mate, behoort tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. Hierin is hij naar het oordeel van de commissie niet geslaagd. Uitgangspunt is dat Domingo House een totaalprogramma voor de behandeling van PTSS aanbiedt, waarvan AAT onderdeel is, zoals blijkt uit de in eerste instantie door verzoeker overgelegde informatie. Een individueel, op verzoeker toegespitst behandelplan ontbreekt. Dit sluit echter niet uit dat aan hem feitelijk zorg is geleverd die onder de dekking van de zorgverzekering valt, zoals wordt bevestigd door het Zorginstituut. Uit de declaraties valt dit niet op te maken. Daarbij heeft verzoeker met name ten aanzien van de inzet van een therapiehond ook wisselende verklaringen afgelegd, waarbij hij in eerste instantie de toegevoegde waarde in het kader van de behandeling heeft benadrukt, waaraan hij in tweede instantie evenwel weer heeft afgedaan, door te stellen dat de hond hierbij alleen aanwezig was. Onder deze omstandigheden lag het op zijn weg inzichtelijk te maken op welke dagen hij welke zorg heeft genoten en of deze zorg ook verzekerde zorg betrof. Dit heeft hij echter niet overtuigend gedaan, zodat de commissie, met het Zorginstituut, concludeert dat van een behandeling die (gedeeltelijk) ten laste komt van de zorgverzekering geen sprake is. Hieruit volgt dat tevens geen aanspraak kan worden gemaakt op het met de behandeling samenhangend zittend ziekenvervoer ten laste van diezelfde verzekering. De verwijzing, door verzoeker, naar de hardheidsclausule in de voorwaarden van de zorgverzekering in combinatie met artikel 2.14, derde lid, Bzv, leidt niet tot een andere conclusie. Aan de toepassing van deze clausule gaat immers vooraf dat sprake moet zijn van vervoer naar een persoon of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen, en dat is hier niet het geval. De ziektekostenverzekeraar heeft gemotiveerd toegelicht dat de zorgaanbieder de zorg in kleine declaraties opsplijste, en niet als totaalbehandeling declareerde, waardoor het op papier geen GGZ-behandeling betrof die vooraf moet worden aangevraagd. Er is niet inhoudelijk naar gekeken en het was nooit de bedoeling dit te vergoeden, aldus de ziektekostenverzekeraar. Naar

het oordeel van de commissie kan verzoeker aan deze vergoeding geen rechten ontleen wat betreft de vergoeding van de kosten van ziekenvervoer.

Ook hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd, onder andere met betrekking tot het bereikte resultaat, de vergoeding door andere zorgverzekeraars, en het ontbreken van afspraken tussen Domingo House en de ziektekostenverzekeraar, leidt niet tot een andere uitkomst.

Slotsom

7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 februari 2025,

J.J.M. Linders

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 beperkte in de wet aangegeven gronden. 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 2.13

1. Vervoer omvat ziekenvervoer per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:
 - a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
 - b. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg zal gaan verblijven;
 - c. naar een persoon bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan achttien jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
 - d. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
 - 1°. een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - 2°. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg wordt verstrekt;
 - e. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d.
2. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Artikel 2.14

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

B.17.5.
Vervallen.

B.18. Vervoer

B.18.1. Ambulance

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, 1e lid, van de Wet ambulancevoorzieningen, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring heeft voor reizen over een grotere afstand of sprake is van spoedeisend ambulancevervoer.
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als vervoer per ambulance niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring heeft gehad.
- de gebruikskosten die direct aan de inzet van een Automatische Externe Defibrillator (AED) zijn verbonden en die aan de ambulancedienst in rekening zijn gebracht. Dit zijn de elektrodenpads.

De Wet ambulancevoorzieningen verstaat onder ambulance "een voor het vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter".

Voorbeeld 1:

Bij een ongeval op zee binnen- of buiten de territoriale wateren van Nederland valt ook helikoptervervoer onder uw zorgverzekering, als u van de plaats van het ongeval vervoerd wordt naar het dichtstbijzijnde land (binnen- of buitenland). Het maakt niet uit of u beroepsduiker, sportduiker, medewerker van een booreiland of (beroeps)visser bent.

Voorbeeld 2:

U bent in het buitenland en wordt daar ziek. Voor het bereiken van het dichtstbijzijnde ziekenhuis is gezien uw medische situatie, vervoer per vliegtuig het meest aangewezen. De kosten van uw vliegticket vallen ook onder uw zorgverzekering. Bent u hersteld en vliegt u terug naar de plaats in het buitenland waar u vandaan kwam, dan vallen de kosten van dat vliegticket niet onder de zorgverzekering. U bent tenslotte niet meer ziek.

Neemt u bij spoed in alle gevallen altijd contact op met de Helpline/Hulpdienst.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg valt niet onder de dekking als deze bestemd kan worden uit de Wlz of Wmo.

Voorwaarden

Algemeen

- Onder ziekenvervoer verstaan wij:
 - Ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland:
Het vervoer van een verzekerde per ambulance tussen:
 - de plaats van het (tijdelijke of gebruikelijke) woonadres of de plaats van ongeval of plotselinge ziekte; en
 - de dichtstbijzijnde plaats van behandeling, verpleging en/of zorg. Of, indien daar geen passende zorg mogelijk is, naar een verder gelegen plaats.
 - de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg; en
 - het woonadres of een andere woning, indien in de eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging mogelijk is.
 - Ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland.
- Op de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg krijgt u zorg die valt onder de zorgverzekering, de jeugdwet in geval van geestelijke gezondheidszorg of de Wlz zoals omschreven in artikel 3.1.1. Wlz.
- Het ziekenvervoer per ambulance is medisch noodzakelijk, omdat een andere manier van ziekenvervoer (per auto, openbaar vervoer of taxi) om medische redenen niet verantwoord is.

Zorgverlener

De ambulancedienst heeft een erkende vergunning.

Behandelaarsvoorstel

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist heeft vastgesteld dat ziekenvervoer per ambulance medisch noodzakelijk is. Dit geldt niet als er sprake is van spoedeisend ambulancevervoer.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als:

- u verder reist dan 200 kilometer enkele reis; of
- u van een ander vervoermiddel gebruik wil maken omdat ziekenvervoer per ambulance niet mogelijk is.

Als u twijfelt over de verzekering raden wij u aan vooraf zorgadvies bij ons te vragen.

Tarieven

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

B.18.2. Vervoer (ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi) of logeerkosten

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- het ziekenvervoer:
 - per auto,
 - in de laagste klasse van het openbaar vervoer of
 - taxiover een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring heeft voor reizen over een grotere afstand;
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als ziekenvervoer door middel van de auto, openbaar vervoer (in de laagste klasse) of een taxi niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring heeft gehad;
- het vervoer van een begeleider en, in uitzonderlijke gevallen, van 2 begeleiders. Deze begeleiding moet dan noodzakelijk zijn of de verzekerde die wordt begeleid, moet jonger zijn dan 16 jaar. Onder begeleiding verstaan wij ook hulp- of blindengeleidehonden;

Voor het ziekenvervoer per eigen auto of huurauto geldt een vergoeding van € 0,37 per kilometer.

De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route door invoering van postcode herkomst ("van") en postcode bestemming ("naar"). Wij vergoeden op basis van hele kilometers en maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

- vergoeding voor logeerkosten van maximaal € 82,- per nacht in plaats van (een vergoeding voor de kosten van) ziekenvervoer.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- U heeft een wettelijke eigen bijdrage van € 113,- per jaar voor ziekenvervoer.
- De wettelijke eigen bijdrage geldt niet voor vervoer tussen instellingen waar u verblijft vanuit de Zvw of Wlz en het vervoer en verblijf noodzakelijk is voor:
 - het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling onder Zvw of Wlz waarvoor in de gebruikelijke instelling van verblijf niet de mogelijkheid bestaat;

- naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling die valt onder de Zvw bij gebruikelijke instelling van verblijf de mogelijkheid niet bestaat;
- voor vervoer van en naar een instelling waarin de verzekerde vanuit de bijzondere ziektekostenverzekering voor een tandheelkundige behandeling wordt behandeld en de gebruikelijke instelling van verblijf niet de mogelijkheid bestaat;
- De wettelijke eigen bijdrage geldt ook niet voor logeerkosten, zoals in dit artikel genoemd.
- De volgende kosten worden niet vergoed:
 - ziekenvervoer van en naar de plaats van zorg die vergoed wordt uit uw aanvullende verzekering;
 - vervoer in verband met dagbehandeling of dagbesteding, terwijl u niet in een Wlz instelling verblijft;
 - Huurkosten van een huurauto vallen niet onder uw zorgverzekering.
- Vanwege de doelmatigheid is het mogelijk dat u bij vervoer per taxi met meerdere verzekerden tegelijk wordt vervoerd.
- Voor de logeerkosten geldt geen wettelijke eigen bijdrage.
- U heeft geen recht op (de vergoeding van het) ziekenvervoer als u vergoeding voor logeerkosten heeft aangevraagd en van ons daarvoor een akkoordverklaring heeft ontvangen.
- Het vervoer van en naar de plaats waar u logeert valt onder de vergoedingsregeling van ziekenvervoer. Het eventuele vervoer van uw logeeradres naar het ziekenhuis en terug naar uw logeeradres valt niet onder deze vergoedingsregeling.
- In een aanvullende verzekering kan de wettelijke eigen bijdrage van deze zorg en/of aanvullingen op deze zorg verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Algemeen

Ziekenvervoer

Onder ziekenvervoer verstaan wij vervoer in Nederland of, als u in het buitenland woont, in uw woonland:

- een heenrit van een verzekerde per auto, openbaar vervoer of taxi naar:
 - een zorgverlener of instelling waar u behandeld en/of verpleegd zult worden; en
 - vervolgens een terugrit naar uw (tijdelijke en/of gebruikelijke) woonadres of een andere woning als u op uw woonadres niet de noodzakelijke verzorging kunt krijgen;
- ziekenvervoer voor behandeling, verpleging of zorg bij een tijdelijk verblijf in het buitenland.

Op de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg krijgt u zorg die valt onder de zorgverzekering of de Wlz zoals omschreven in artikel 3.1.1. Wlz.

Het ziekenvervoer is nodig omdat:

- a. u nierdialyse moet ondergaan of wanneer er consulten, onderzoek en controles nodig zijn als onderdeel van de behandeling;
- b. u behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker moet ondergaan of wanneer er consulten, onderzoek en controles nodig zijn als onderdeel van de behandeling;
- c. u zich alleen met een rolstoel kunt verplaatsen.;
- d. uw gezichtsvermogen zo beperkt is dat u zich daardoor niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.;
- e. u jonger bent dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap bent aangewezen op verpleging en verzorging. Hierbij is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid;
- f. u bent aangewezen op geriatrische revalidatie volgens artikel B.4.6.2.
- g. u bent aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en onderdeel is van een zorgprogramma bij mensen met chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel, een verstandelijke beperking zoals bedoeld in art B.28.1.

Hardheidsclausule

In bepaalde gevallen is de zogenaamde "hardheidsclausule" van toepassing. Namelijk als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekte of aandoening.

Toelichting:

Wij bepalen aan de hand van een formule en andere informatie, of u recht heeft op ziekenvervoer volgens de "hardheidsclausule". Bij de aanvraag die u hiervoor indient, moet ook een verklaring van de behandelend arts zijn bijgevoegd. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze Zorgverzekering of de Wlz vallen.

Om vast te stellen of u recht heeft op ziekenvervoer op basis van de "hardheidsclausule" gebruiken wij de volgende formule:

aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (dit is het aantal weken op

jaarbasis) x (aantal km enkele reis) x 0,25 (dit is de wegingsfactor).

Bedraagt de uitkomst 250 of meer, dan bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer. De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route. Wij vergoeden op basis van hele kilometers en maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

Voorbeeld:

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

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

Logeerkosten

U heeft recht op een vergoeding van logeerkosten als verblijf buiten het ziekenhuis medisch noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg zoals dat medische specialisten plegen te bieden zonder verpleging, verzorging of paramedische zorg (mantelzorg niet meegerekend).

Een voorbeeld van een medische noodzaak is dat u binnen 60 minuten in een expertziekenhuis moet zijn na een behandeling van CAR-T-celtherapie. Als uw woonadres verder dan 60 minuten van een expertziekenhuis ligt, heb u recht op de vergoeding van logeerkosten zolang sprake is van deze medische noodzaak.

Daarnaast heeft u recht op vergoeding van logeerkosten:

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

Zorgverlener

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

Akkoordverklaring

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

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

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

Tarieven

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

B.19. Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

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

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

B.19.1. GGZ zonder opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor psychologische, psychotherapeutische en psychiatrische consulten. Het gaat hierbij om:

- diagnostiek (het vaststellen van een vermoedelijke aandoening) met de bedoeling om over te gaan tot
- behandeling van een psychische aandoening.

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

Let op!

- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De belangrijkste uitsluitingen staan in het Reglement GGZ.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

Voorwaarden

Algemeen

- Meer en nadere informatie over de voorwaarden dan hieronder vermeld, kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 2.2.

- De zorg kan individueel of in groepsverband worden gegeven.
- De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend zorgverlener of in een in Nederland werkzame instelling conform de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).

Zorgverlener

- Iedere zorgverlener beschikt over een goedgekeurd geldend Kwaliteitsstatuut dat is getoetst op basis van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden en Meetinstrumenten van het Zorginstituut Nederland (ZiNI). De zorgverleners zijn terug te vinden op www.zorginzicht.nl. Voor bevoegde medewerkers in loondienst, bijvoorbeeld psychologen, dient de instelling voor dit kwaliteitsstatuut te zorgen.
- De (indicerend en coördinerend) regiebehandelaar zoals deze is aangeduid en aangewezen in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, is eindverantwoordelijk voor de zorg. Daarnaast sluiten wij ook aan bij de veldafspraken binnen de GGZ. Dat betekent dat bij een vrijgevestigd zorgverlener de regiebehandelaar alleen een GZ-psycholoog, een psychotherapeut, een klinisch (neuro)psycholoog of een psychiater kan zijn.
- Voor verzekerden die de behandeling zijn gestart onder de Jeugdwet en waarvan de behandeling doorloopt bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd, kan deze doorlopen onder deze reeds aanwezige regiebehandelaar. Voorwaarde is dat deze regiebehandelaar opgenomen is in de overgangsregeling zoals die staat beschreven in het landelijk kwaliteitsstatuut. Dit kan maximaal voor een termijn van 365 dagen vanaf de dag dat de verzekerde 18 is geworden.
- Hoogspecialistische GGZ mag alleen gegeven worden door een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener. Het gaat hierbij om zeer ernstige of zeldzame problemen of een combinatie van klachten die moeilijk te behandelen is. De zorg is zeer gespecialiseerd en wordt gegeven in een instelling.

Verwijzing

U bent vóór aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, een bedrijfsarts, een spoedeisende hulp (SEH)-arts, een medisch specialist, regiebehandelaar of straatdokter (arts voor dak- en thuislozen).

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

Behandelvoorstel

De regiebehandelaar heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is, toetst of de zorg binnen de GGZ past en legt het voorschrift vast in een