

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en ONVZ
Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.,
beide te Houten

Zaak : EU/EER, Spanje, geestelijke gezondheidszorg, GGZ Standaard

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022, art. 20 Vo. nr.
883/2004

Zaaknummer : 202201043

Zittingsdatum : 22 maart 2023

1. Partijen

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

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 21 juni 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 5 september 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 27 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 oktober 2022 aan verzoekster gestuurd. Bij e-mailbericht van 11 november 2022 heeft verzoekster nadere stukken gestuurd. Dit bericht en de bijlagen zijn in kopie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 23 november 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022043993) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 25 november 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. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 maart 2023 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. De aantekeningen van de hoorzitting, kopieën van de pleitnota en van de na het voorlopig advies van 23 november 2022 ontvangen stukken zijn op 4 april 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies aanpassing behoeft. Bij brief van 11 april 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Dit advies is op 12 april 2023 in kopie aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 20 april 2023 op het definitief advies gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 25 april 2023 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Startfit en Tandfit B (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 3.2. De huisarts heeft verzoekster verwezen naar een gespecialiseerde GGZ-kliniek voor diagnostiek en behandeling, bij een vermoeden DSM 5 stoornis s-GGZ, met intensieve dagbehandeling. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een GGZ-behandeling in Alicante, Spanje.
- 3.3. Bij brief van 31 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor een GGZ-behandeling in Alicante is afgewezen.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 3 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 23 november 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 11 april 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten, verbonden aan de reeds ondergane behandeling in Alicante, Spanje, alsnog te vergoeden.
- 4.2. Verzoekster heeft naar aanleiding van de doorverwijzing van de huisarts naar Specialistische GGZ intakegesprekken gehad bij Marnes GGZ. Marnes GGZ heeft voorgesteld een intensieve dagbehandeling in Alicante te starten. Verzoekster heeft hiermee ingestemd omdat er in Nederland wachtlijsten bestaan voor GGZ, zij bij Marnes GGZ direct terecht kon, en zij graag zo snel mogelijk wilde terugkeren in het arbeidsproces. De aanvraag voor de behandeling nam veel tijd in beslag, met name omdat de ziektekostenverzekeraar steeds vroeg om aanvullende informatie. Verzoekster kon op 12 mei 2022 terecht voor behandeling, en heeft besloten dit door te zetten. Het betreft ambulante zorg, aangezien eten en verblijf voor eigen rekening blijven en er geen verplichte afname is.
- 4.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar voldoet de behandeling bij Marnes GGZ niet aan de hiervoor geldende richtlijnen, en moet hij zich ook kunnen verantwoorden tegenover de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het is verzoekster bekend dat verschillende verzekerden bij twee andere grote zorgverzekeraars de kosten van een vergelijkbare behandeling wel volledig vergoed hebben gekregen. Kennelijk hebben deze verzekeraars er geen moeite mee zich te verantwoorden tegenover de NZa.
Verder beroept de ziektekostenverzekeraar zich erop dat sprake is van zorg in het buitenland. Het gaat echter om ambulante zorg door een Nederlandse zorgaanbieder met een AGB-code. Waar deze zorg plaatsvindt is niet relevant, omdat verzoekster de kosten van reizen, verblijf en eten zelf bekostigt. De zorg voldoet bovendien volgens de zorgaanbieder zelf aan de hiervoor geldende richtlijnen. De zorgaanbieder heeft hiertoe een verklaring opgesteld. De door de ziektekostenverzekeraar genoemde criteria zijn overigens niet terug te vinden in de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin is slechts bepaald dat een verzekerde zelf mag kiezen naar welke zorgaanbieder hij gaat, en dat een lagere vergoeding kan gelden als wordt gekozen voor een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat in het eerder opgestelde behandelplan een fout staat in de diagnose, namelijk 'bipolariteit I stoornis'. Deze fout is een half jaar later door de zorgverlener gecorrigeerd, maar wel overgenomen in het voorlopig advies van het Zorginstituut. Verder heeft zij aangevoerd dat de behandelend artsen haar hebben

meegedeeld dat er behoefte is aan gespecialiseerde GGZ met intensieve dagbehandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft op zijn website vermeld dat acute zorg altijd kan starten. Het is dan onaanvaardbaar dat twee maanden later een afwijzing komt op de offerte. Verzoekster heeft gekozen voor een erkende instelling, waarbij zij ervan mocht uitgaan dat deze de normale stappen neemt in een behandelplan. Resultaten van eerdere behandelingen hoeven niet te worden gedeeld. Het is aan de behandelend artsen te bepalen wat de beste behandeling is. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster niet gezien en kent niet alle gegevens, maar gaat wel op de stoel van de artsen zitten. Verzoekster vraagt zich af waarom zij meer betaalt voor een restitutiepolis, terwijl zij nu geen vrije keuze blijkt te hebben. Verder geldt dat de basisverzekering kennelijk niet voor iedereen gelijk is. Marnes GGZ heeft in 2022 voor 150 verzekerden van andere zorgverzekeraars een vergoeding ontvangen voor vergelijkbare zorg. Van de ziektekostenverzekeraar zijn tijdens het bestaan van Marnes GGZ daarentegen 40 patiënten behandeld, die allen geen vergoeding ontvingen. De behandelplannen en de processtappen waren voor andere grote zorgverzekeraars kennelijk geen belemmering om de kosten te vergoeden.

- 4.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.
- 4.6. Bij brief van 20 april 2023 heeft verzoekster, in reactie op het definitief advies van het Zorginstituut, nog aangevoerd dat heel eenzijdig is gereageerd op haar eerder gehouden pleidooi. Er wordt alleen gesproken over het stepped care en matched care principe, maar er wordt niet gerefereerd aan de rol van de ziektekostenverzekeraar in dit proces. Verder is verzoekster verbaasd over de conclusie van het Zorginstituut: "Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster een indicatie heeft voor behandeling in de gespecialiseerde ggz". Verzoekster vindt het niet gepast dat het Zorginstituut zorgvuldig gestelde conclusies van verschillende artsen in twijfel trekt. Het is niet aan het Zorginstituut om te bepalen welke behandeling een patiënt wel of niet nodig heeft. Dit is iets dat bij de artsen ligt. Met betrekking tot de inhoud geldt dat bij verzoekster de principes van stepped care wel degelijk zijn gevolgd. Zij heeft in het verleden verschillende behandelingen gehad voor haar klachten. Vanaf 2015 heeft zij gedurende drie jaren ambulante therapie gehad bij een psycholoog. In 2018 en 2021 heeft zij behandelingen gehad van een psychotherapeut. In maart 2022 ging het mis en was verzoekster niet meer in staat om te functioneren. Zij lag gedurende drie weken in bed en kon alleen maar huilen. De huisarts kwam na meerdere gesprekken tot de conclusie dat acute en meer intensieve behandelingen nodig waren. Volgens het Zorginstituut zouden de behandelingen te lang geleden hebben plaatsgevonden, maar in de regeling met betrekking tot stepped care wordt nergens gesproken over de tijdslijmiet waarbinnen al dan niet sprake is van stepped care. Verder spreekt het Zorginstituut alleen over de SOLK-diagnostiek (GGZ Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten). De SOLK is slechts een deel van de reden dat de huisarts verzoekster heeft doorverwezen voor intensieve gespecialiseerde zorg. Complexe jeugdtrauma's die in de periode 2015-2021 tijdens behandelingen helaas niet konden worden opgelost, hebben de huisarts doen besluiten om een acute intensieve behandeling gespecialiseerde GGZ voor te schrijven. Het Zorginstituut merkt verder op dat geen sprake is van matched care, omdat het behandelplan van Marnes GGZ als 'standaard' overkomt. Om die reden kan volgens het Zorginstituut niet tot vergoeding worden overgegaan. Voor andere zorgverzekeraars is de informatie die Marnes GGZ verstrekt op basis van de behandelplannen wel voldoende om te kunnen spreken van matched care. Nog belangrijker is dat het Zorginstituut volledig voorbijgaat aan verschillende andere argumenten die zijn genoemd. Zo is de basisverzekering voor iedereen gelijk, maar vergoeden andere zorgverzekeraars de behandeling dus wel. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar twee maanden gedaan over het nemen van een beslissing op een aanvraag voor acute zorg. Voor verzoekster was er geen ruimte om nog te bewegen en daarom is met de zorg gestart. Tot slot wijst verzoekster nogmaals op de vrije artsenuitvoering die zij heeft op grond van de restitutiepolis.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de behandeling in Alicante niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat zorg alleen wordt vergoed indien deze voldoet aan bepaalde richtlijnen zoals opgesteld door de beroepsgroep. Voor GGZ-behandelingen is de zogenoemde GGZ-Standaard opgesteld. De behandeling die verzoekster heeft ondergaan, voldoet niet aan deze standaard. Er is in de aanvraag geen duidelijk behandelprogramma beschreven met betrekking tot zelfmanagement, activatie en psychosociale behandeling. Er is geen aanwijzing voor een matched-care systematiek met persoonlijke doelen, die meetbaar zijn in maat en getal. Eerdere behandelingen werden niet gespecificeerd en de resultaten zijn onduidelijk. Verder verwijst de ziektekostenverzekeraar in zijn reactie van 27 oktober 2022 naar de Richtlijn SOLK [Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten] (2011) die uitgaat van stepped care. Er is tevens geen navolgbare klinische redenering die leidt tot de voorgestelde intensieve dagbehandeling.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij sinds 2021 een combinatiepolis voert, onder andere vanwege de aanspraak in het kader van GGZ. Er is aan verzoekster meegedeeld dat voor deze zorg vooraf toestemming moet worden gevraagd en haar is toegelicht wat de verdere procedure is bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De zorgverzekering dekt niet alle psychologische interventies. Behandelingen moeten voldoen aan bepaalde eisen. Het moet zorg zijn die GZ-psychologen plegen te bieden, de zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, en de verzekerde moet hierop redelijkerwijs zijn aangewezen. Als er geen contract is met de zorgaanbieder, wordt een individuele beoordeling uitgevoerd. Op de website wordt uitgelegd waarom dit wordt gedaan en op welke wijze. De ziektekostenverzekeraar baseert zich hierbij op de informatie die hij van de zorgaanbieder krijgt. Het is ingewikkeld als dit niet alle informatie betreft die beschikbaar is. Achteraf blijkt er onduidelijkheid te zijn geweest over de diagnose. De ziektekostenverzekeraar heeft de brief van Marnes GGZ gekregen, waarin staat dat een bipolaire stoornis niet aan de orde is, maar de symptoomstoornis blijft wel aanwezig. Als de drie criteria worden gevolgd, geldt dat er ook sprake moet zijn van stepped care en matched care. De behandeling moet niet direct te zwaar worden, maar moet eerst zo licht mogelijk zijn. Dit is ook terug te lezen in het advies van het Zorginstituut. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie vragen gesteld. De beoordeling is door verzoekster niet afgewacht en de behandeling is gestart. De voorwaarden van stepped care zijn niet gevolgd. Verder is geen voorafgaande machtiging verleend. Er is sprake van een zeer algemeen behandelplan, en dit is niet gebruikelijk bij deze indicatie. De Nederlandse zorgstandaard wordt hiermee niet gevolgd. De redenering om te komen tot een dergelijk intensief programma is voor de ziektekostenverzekeraar niet navolgbaar. Het is aan individuele zorgverzekeraars om contracten af te sluiten. Wellicht hebben andere zorgverzekeraars wel contracten met Marnes GGZ. Ook bij deze andere zorgverzekeraars moet een toets worden uitgevoerd aan de hand van bedoelde richtlijnen, eventueel achteraf. Het is daarbij niet zo dat de ziektekostenverzekeraar nooit een vergoeding verleent voor behandelingen bij Marnes GGZ, maar dan gaat het steeds om individuele gevallen. Het is aan de zorgaanbieder om te onderbouwen waarom de zorg nodig is, en dat de richtlijnen hierbij zijn gevolgd. Bij GGZ-zorg is het niet zo duidelijk wanneer het er wel en niet onder valt. De zorgverzekeraars stellen dan aanvullende eisen. Hun medisch adviseurs beoordelen wat op tafel komt en kijken of dit past bij de algemene voorwaarden die het Zorginstituut heeft geformuleerd. Dit kan leiden tot verschillende uitkomsten, ondanks dat sprake zou moeten zijn van gelijkheid.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 23 november 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) De vraag die in dit geschil centraal staat is of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de ggz-dagbehandeling bij Marnes GGZ in Spanje.

Stepped care

De Richtlijn SOLK uit 2011 gaat uit van het stepped care principe. Stepped care houdt in dat verschillende interventies van een verschillende intensiteit na elkaar aangeboden worden afhankelijk van het effect van een eerdere stap. Het uitgangspunt is, dat ook als de klachten c.q. het risicoprofiel van de cliënt ernstig lijken, na moet worden gegaan of in de behandelvoorgeschiedenis geen essentiële eerste stappen, zoals bijvoorbeeld patiënteducatie, zijn overgeslagen. Zowel bij lichte als ernstige vormen van SOLK en somatoforme stoornissen wordt aanbevolen met de lichtste, effectieve, nog niet toegepaste, interventie te beginnen. Daarom is van groot belang uit te vragen welke behandelingen in de voorgeschiedenis reeds hebben plaatsgevonden.

Verzoekster is van december 2015 tot oktober 2016 onder behandeling geweest in de generalistische basis ggz. In 2018 vond een herhaling plaats van drie behandelingen waaronder EMDR. Onduidelijk is waarvoor verzoekster destijds onder behandeling is geweest en wat het effect is geweest van deze behandeling. Over de drie coaching-sessies die in 2021 hebben plaatsgevonden is evenmin informatie beschikbaar. Omdat het hier geen reguliere ggz-behandeling betrof, laten we deze interventie buiten beschouwing. Het behandelvoorstel van Marnes GGZ omvat een intensieve ggz-dagbehandeling. Gelet op het feit dat de laatste ggz-behandeling vier jaar geleden heeft plaatsgevonden, kan niet gesteld worden dat er sprake is van interventies die na elkaar worden aangeboden in verband met het uitblijven van effect bij een eerdere lichte interventie. Er kan niet gesproken worden van stepped care.

Matched care

De Zorgstandaard SOLK (2018) gaat uit van matched care in plaats van stepped care en van echelonnering (getrapte geneeskunde) in de behandeling van SOLK naar ernst van de aandoening. Op grond van de klachten van verzoekster zoals beschreven in de intake zou op basis van de uitgangspunten van de zorgstandaard kunnen worden geconcludeerd dat sprake is van matig-ernstige SOLK.

Verzoekster kan momenteel niet werken, er is sprake van SOLK-klachten in maximaal twee klachtenclusters, namelijk algemeen (moehaid) en het bewegingsapparaat (spier- en gewrichtsklachten) en de duur van de klachten is langer dan 3 maanden. Daarbij is er sprake van complexiteit in de vorm van psychiatrische comorbiditeit (matig ernstige depressie in het kader van een bipolaire stoornis en mogelijk PTSS). Volgens de Zorgstandaard SOLK kan matig-ernstige SOLK meestal in de eerste lijn en/of generalistische basis ggz worden behandeld door huisarts met POH-GGZ, (psychosomatische) fysio- of oefentherapeut en ggz-zorgverlener. Bij ernstige SOLK is volgens de zorgstandaard verwijzing naar de gespecialiseerde ggz op zijn plaats. Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt echter niet dat bij verzoekster sprake zou zijn van ernstige SOLK, zoals in de standaard omschreven, in die zin dat er sprake is van (hele) ernstige functionele beperkingen of sociale problematiek.

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat bij verzoekster sprake was van een indicatie voor gespecialiseerde ggz c.q. dat sprake is van matched care.

Behandeling Marnes GGZ

Ten overvloede merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot de behandeling bij Marnes GGZ.

Het door Marnes GGZ opgestelde behandelplan d.d. 1 april 2022 bestaat voor het overgrote deel uit een algemeenbehandelplan (standaard tekst). In een e-mail van begin september 2022 legt Marnes GGZ uit waarom een deel van de behandeling gestandaardiseerd is. Het programma is vormgegeven in een vaste structuur met afwisselende onderdelen waarbij wordt bewogen, waardoor cliënten in staat zijn hun activiteitsniveau te verbeteren.

Tijdens de telefonische screening wordt bekeken of de hulpvraag van cliënt aansluit bij het behandelprogramma. Tijdens de intake wordt door drie disciplines bekeken of het behandelprogramma qua doelen, verwachtingen passend is, of cliënt fysiek in staat is het behandelprogramma te volgen en of het programma passend is bij de lichamelijke klachten/toestand van de cliënt. Dat hier sprake is van een gestandaardiseerd programma blijkt ook uit de site van Marnes GGZ. Marnes biedt een standaard dagbehandelplan aan van 31 dagen voor verschillende indicaties. Een standaard 31 dagen durend behandelprogramma is ongebruikelijk en niet in overeenstemming met het uitgangspunt 'gepast gebruik' zoals verwoord in de Zorgstandaarden 'Somatisch onvoldoende verklaarde klachten (SOLK) en 'Bipolaire Stoornissen'.

Deeltijdbehandelingen in de gespecialiseerde ggz kunnen variëren in intensiteit, maar zijn meestal één tot maximaal vier dagen. Het behandelprogramma van Marnes beslaat zeven dagen in de week. Daarmee is ook de intensiteit van de dagbehandeling die bij Marnes wordt geboden ongebruikelijk. Dit ligt mogelijk anders als er sprake is van een indicatie voor klinisch verblijf. De behandeling door Marnes waarbij cliënten verplicht worden op Marnes Resort te verblijven toont trekken van klinisch verblijf. Verzoekster heeft echter geen indicatie voor klinisch verblijf.

Het Zorginstituut is van mening dat het beoordelen of de hulpvraag van een cliënt aansluit op een bestaand zorgaanbod, te weten een standaard dagbehandelplan van 31 dagen, iets anders is dan een voorstel doen voor een behandeling met het individueel behandelplan van de cliënt als uitgangspunt, waarbij tijdens de behandeling wordt beoordeeld of een intensievere dan wel minder intensieve behandeling nodig is.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster een indicatie heeft voor behandeling in de gespecialiseerde ggz. Dit gezien de ernst van haar klachten en het feit dat de laatste behandeling in de GGZ vier jaar geleden was. Er is geen sprake van stepped care noch van matched care zoals wordt aanbevolen in de richtlijn SOLK respectievelijk de zorgstandaard SOLK.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van een gespecialiseerde ggz behandeling ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 11 april 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

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

De vraag die in dit geschil centraal staat is of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de ggz-dagbehandeling bij Marnes GGZ in Spanje.

Stepped care

De Richtlijn SOLK uit 2011 gaat uit van het stepped care principe. Stepped care houdt in dat verschillende interventies van een verschillende intensiteit na elkaar aangeboden worden afhankelijk van het effect van een eerdere stap. Het uitgangspunt is, dat ook als de klachten c.q. het risicoprofiel van de cliënt ernstig lijken, na moet worden gegaan of in de behandelvoorgeschiedenis geen essentiële eerste stappen, zoals bijvoorbeeld patiënteducatie, zijn overgeslagen. Zowel bij lichte als ernstige vormen van SOLK en somatoforme stoornissen wordt aanbevolen met de lichtste, effectieve, nog niet toegepaste, interventie te beginnen. Daarom is van groot belang uit te vragen welke behandelingen in de voorgeschiedenis reeds hebben plaatsgevonden.

Verzoekster is van december 2015 tot oktober 2016 onder behandeling geweest in de generalistische basis ggz. In 2018 vond een herhaling plaats van drie behandelingen waaronder EMDR. Onduidelijk is waarvoor verzoekster destijds onder behandeling is geweest en wat het effect is geweest van deze behandeling. Over de drie coaching-sessies die in 2021 hebben plaatsgevonden is evenmin informatie beschikbaar. Omdat het hier geen reguliere ggz-behandeling betrof, laten we deze interventie buiten beschouwing. Het behandelvoorstel van Marnes GGZ omvat een intensieve ggz-dagbehandeling. Gelet op het feit dat de laatste ggz-behandeling vier jaar geleden heeft plaatsgevonden, kan niet gesteld worden dat er sprake is van interventies die na elkaar worden aangeboden in verband met het uitblijven van effect bij een eerdere lichte interventie. Er kan niet gesproken worden van stepped care.

Matched care

De Zorgstandaard SOLK (2018) gaat uit van matched care in plaats van stepped care en van echelonnering (getrapte geneeskunde) in de behandeling van SOLK naar ernst van de aandoening. Op grond van de klachten van verzoekster zoals beschreven in de intake zou op basis van de uitgangspunten van de zorgstandaard kunnen worden geconcludeerd dat sprake is van matig-ernstige SOLK.

Verzoekster kan momenteel niet werken, er is sprake van SOLK-klachten in maximaal twee klachtenclusters, namelijk algemeen (moeheid) en het bewegingsapparaat (spier- en gewrichtsklachten) en de duur van de klachten is langer dan drie maanden. Daarbij is er mogelijk sprake van complexiteit in de vorm van psychiatrische comorbiditeit (mogelijk PTSS). Volgens de Zorgstandaard SOLK kan matig-ernstige SOLK meestal in de eerste lijn en/of generalistische basis ggz worden behandeld door huisarts met POH-GGZ, (psychosomatische) fysio- of oefentherapeut en ggz-zorgverlener. Bij ernstige SOLK is volgens de zorgstandaard verwijzing naar de gespecialiseerde ggz op zijn plaats.

Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt echter niet dat bij verzoekster sprake zou zijn van ernstige SOLK, zoals in de standaard omschreven, in die zin dat er sprake is van (hele) ernstige functionele beperkingen of sociale problematiek.

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat bij verzoekster sprake was van een indicatie voor gespecialiseerde ggz c.q. dat sprake is van matched care.

Behandeling Marnes GGZ

Ten overvloede merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot de behandeling bij Marnes GGZ.

Het door Marnes GGZ opgestelde behandelplan d.d. 1 april 2022 bestaat voor het overgrote deel uit een algemeen behandelplan (standaard tekst). In een e-mail van begin september 2022 legt Marnes GGZ uit waarom een deel van de behandeling gestandaardiseerd is. Het programma is vormgegeven in een vaste structuur met afwisselende onderdelen waarbij wordt bewogen, waardoor cliënten in staat zijn hun activiteitsniveau te verbeteren.

Tijdens de telefonische screening wordt bekeken of de hulpvraag van cliënt aansluit bij het behandelprogramma. Tijdens de intake wordt door drie disciplines bekeken of het behandelprogramma qua doelen, verwachtingen passend is, of cliënt fysiek in staat is het behandelprogramma te volgen en of het programma passend is bij de lichamelijke klachten/toestand van de cliënt. Dat hier sprake is van een gestandaardiseerd programma blijkt ook uit de site van Marnes GGZ. Marnes biedt een standaard dagbehandelplan aan van 31 dagen voor verschillende indicaties. Een standaard 31 dagen durend behandelprogramma is ongebruikelijk en niet in overeenstemming met het uitgangspunt 'gepast gebruik' zoals verwoord in de Zorgstandaard 'Somatisch onvoldoende verklaarde klachten (SOLK).

Deeltijdbehandelingen in de gespecialiseerde ggz kunnen variëren in intensiteit, maar zijn meestal één tot maximaal vier dagen. Het behandelprogramma van Marnes beslaat zeven dagen in de week. Daarmee is ook de intensiteit van de dagbehandeling die bij Marnes wordt geboden ongebruikelijk. Dit ligt mogelijk anders als er sprake is van een indicatie voor klinisch verblijf. De behandeling door Marnes waarbij cliënten verplicht worden op Marnes Resort te verblijven toont trekken van klinisch verblijf. Verzoekster heeft echter geen indicatie voor klinisch verblijf.

Het Zorginstituut is van mening dat het beoordelen of de hulpvraag van een cliënt aansluit op een bestaand zorgaanbod, te weten een standaard dagbehandelplan van 31 dagen, iets anders is dan een voorstel doen voor een behandeling met het individueel behandelplan van de cliënt als uitgangspunt, waarbij tijdens de behandeling wordt beoordeeld of een intensievere dan wel minder intensieve behandeling nodig is.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster een indicatie heeft voor behandeling in de gespecialiseerde ggz. Dit gezien de ernst van haar klachten en het feit dat de laatste behandeling in de GGZ vier jaar geleden was. Er is geen sprake van stepped care noch van matched care zoals wordt aanbevolen in de richtlijn SOLK respectievelijk de zorgstandaard SOLK.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van een gespecialiseerde ggz behandeling ten laste van de basisverzekering. (...)"

7. Bevoegdheid van de commissie

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

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over geestelijke gezondheidszorg alsmede die uit Verordening (EG) nummer 883/2004, 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.

Zorgverzekering

- 8.2. 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 de zorg (i) onder de dekking van de zorgverzekering valt, en (ii) niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is.
- Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor de behandeling in Alicante. Omdat met de verordening geen uitbreiding van de verzekeringsaanspraken is beoogd, is de eerste vraag die moet worden beantwoord of de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt. Dit is het geval indien sprake is van een verzekerde prestatie en verzoekster redelijkerwijs op de zorg is aangewezen.
- 8.3. De aanspraak op gespecialiseerde GGZ is geregeld op bladzijde 191 e.v. van de voorwaarden van de zorgverzekering. In het toepasselijke artikel is bepaald aan welke voorwaarden een gespecialiseerde GGZ-behandeling moet voldoen, en wie deze mogen uitvoeren. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat verzoekster geen indicatie had voor de door haar ondergane behandeling in Alicante, en heeft vergoeding hiervan om die reden afgewezen.
- 8.4. Het Zorginstituut heeft de situatie van verzoekster beoordeeld, en komt op basis van de stukken in het dossier tot de conclusie dat bij haar niet kan worden gesproken van ernstige SOLK, zodat zij niet redelijkerwijs was aangewezen op behandeling in de gespecialiseerde GGZ, en adviseert het verzoek af te wijzen. Anders dan verzoekster meent, behoort dit tot de beoordeling die het Zorginstituut mag uitvoeren in het kader van de wettelijke adviestaak op grond van artikel 114, derde lid, Zvw.
- Het Zorginstituut overweegt dat verzoekster van december 2015 tot oktober 2016 onder behandeling is geweest in de generalistische Basis GGZ. In 2018 vond een herhaling plaats van drie behandelingen, waaronder EMDR. Het behandelvoorstel van Marnes GGZ omvat een intensieve GGZ-dagbehandeling. Gelet op het feit dat de laatste GGZ-behandeling vier jaar geleden heeft plaatsgevonden - de drie coaching-sessies in 2021 blijven hierbij buiten beschouwing - kan volgens het Zorginstituut niet worden gesteld dat sprake is van interventies die na elkaar worden aangeboden in verband met het uitblijven van effect bij een eerdere lichte interventie. Er kan noch gesproken worden van stepped care noch van matched care in de zin van de Richtlijn SOLK (2011) respectievelijk de Zorgstandaard SOLK (2018). Verzoekster heeft hierover opgemerkt dat in deze richtlijnen geen termijnen zijn genoemd waarbinnen de interventies na elkaar moeten plaatsvinden. Uit de stukken in het dossier en de toelichting van verzoekster ter zitting blijkt echter dat, los van termijnen, de desbetreffende interventies niet na elkaar werden aangeboden in verband met het uitblijven van effect. Verzoekster werd, op het moment dat zij werd verwezen voor de behandeling bij Marnes GGZ, immers niet behandeld door een andere zorgaanbieder. De enkele stelling dat indertijd complexe jeu-trauma's niet konden worden opgelost, en dat daarom op een later moment werd doorverwezen naar de gespecialiseerde GGZ, kan naar het oordeel van de commissie niet overtuigen.
- Het Zorginstituut heeft voorts erop gewezen dat het door Marnes GGZ opgestelde behandelplan van 1 april 2022 voor het overgrote deel bestaat uit een algemeen behandelplan (standaard tekst). Dat sprake is van een gestandaardiseerd programma blijkt ook uit de website van Marnes GGZ. Aangeboden wordt een standaard dag behandelplan van 31 dagen voor verschillende indicaties. Een zodanig behandelprogramma is volgens het Zorginstituut ongebruikelijk en niet in overeenstemming met het uitgangspunt 'gepast gebruik' zoals verwoord in de Zorgstandaarden 'Somatisch onvoldoende verklaarde klachten (SOLK)' en 'Bipolaire Stoornissen'. Het Zorginstituut overweegt verder nog dat het door de zorgaanbieder in dit geval beoordelen of de hulpvraag van een cliënt aansluit op een bestaand zorgaanbod, te weten een standaard dag behandelplan van 31 dagen, iets anders is dan (en naar de commissie het Zorginstituut verstaat: ook onvoldoende om te gelden als) een voorstel doen voor een behandeling met het individueel behandelplan van

de cliënt als uitgangspunt, waarbij tijdens de behandeling wordt beoordeeld of een intensievere dan wel minder intensieve behandeling nodig is. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat verzoekster geen aanspraak heeft op de door haar ondergane gespecialiseerde GGZ-behandeling, ten laste van de zorgverzekering.

De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken, en maakt de conclusie hiervan daarom tot de hare. Het is juist dat het Zorginstituut ten onrechte de indicatie bipolaire stoornis noemt, maar dit maakt de beoordeling of is voldaan aan de voorwaarden van stepped care onderscheidenlijk matched care niet anders. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak heeft op de onderhavige zorg, ten laste van de zorgverzekering en de toestemming op basis van de verordening werd haar terecht onthouden.

- 8.5. Verzoekster heeft nog aangevoerd dat haar bekend is dat andere zorgverzekeraars eenzelfde behandeling wel vergoeden. Zij heeft hiervan een aantal voorbeelden genoemd. Omdat zij een en ander niet met stukken heeft onderbouwd, kan de commissie niet beoordelen welke situatie bij die verzekerden speelde en waarop de vergoeding in hun geval was gebaseerd. Ook indien het gaat om vergelijkbare omstandigheden en vergoeding is verleend op grond van de zorgverzekering, zodat kan worden geconcludeerd dat er interpretatieverschillen tussen zorgverzekeraars bestaan, maakt dit laatste nog niet dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoekster - in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden - een vergoeding voor de behandeling in Alicante te verlenen.

Slotsum

- 8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 mei 2023,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

● Gespecialiseerde ggz

Als u ernstige psychische problemen heeft.

● Vergoeding per verzekering

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

● Wat u vergoed krijgt

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

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

De basisverzekering vergoedt gespecialiseerde ggz vanaf 18 jaar.

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

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

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

Hier kunt u terecht

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

Overgangsregeling 18-jarigen

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

Dit wordt niet vergoed

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

• Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

Meestal bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg

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

• Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

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

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

Controleer of uw zorgverlener een contract met ons heeft

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

Soms moet u vooraf toestemming vragen

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

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

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

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

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Een psychische stoornis volgens de DSM

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

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Soms krijgt u uw geneesmiddelen van uw ggz-instelling

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

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

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

Let op bij zorg in het buitenland

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

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

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

Wachlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

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

Uitleg

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

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.