

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, en EUCare Insurance PCC Limited te Ta'Xbiex, Malta, vertegenwoordigd door Aevitae BV te Heerlen

Zaak : EU/EER, Portugal, GGZ, klinische opname, stand wetenschap en praktijk, Villa Ramadas GGZ

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022, art. 20 Vo. nr. 883/2004

Zaaknummer : 202200900

Zittingsdatum : 5 juli 2023

1. Partijen

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

en

EUCare Insurance PCC Limited te Ta'Xbiex, Malta, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 18 november 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 19 december 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 23 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 februari 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 29 maart 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023008850) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 31 maart 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 juli 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. Na de hoorzitting is verzoeker in de gelegenheid gesteld een nota op te vragen bij Villa Ramadas en deze aan de ziektekostenverzekeraar te sturen. Dit heeft hij gedaan bij e-mailbericht van 29 augustus 2023. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 11 september 2023 meegedeeld dat een vergoeding wordt verleend ter hoogte van € 14.311,-. Deze brief is op 14 september 2023 aan verzoeker gestuurd, met de vraag of hiermee het geschil is opgelost. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 28 september 2023 verklaard dat het geschil is opgelost en heeft hij de commissie gevraagd de afspraken vast te leggen in een bindend advies.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de FLKS EUCARE Basisverzekering Natura (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering FLKS (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker is aanvankelijk gedurende tien weken ambulant behandeld bij Yes we Can, vanwege een cannabis- en beeldschermverslaving. Na een terugval is hij voor verdere diagnostiek en behandeling verwezen naar Rivierduinen. Omdat hij daar een aantal keren niet op de afspraak verscheen, werd hij uitgeschreven. Dit was in maart 2021. Later heeft hij zich vrijwillig gemeld bij Palmhuis. Hier kon hij alleen ambulant worden behandeld. Palmhuis droeg hierop de behandeling

over aan JOT-FACT Jeugd Curium. Vanuit deze organisatie werd verzoeker - op verzoek van zijn moeder en bij afwezigheid van de huisarts - door een GZ-psycholoog verwezen voor een klinische opname in Villa Ramadas GGZ te Portugal. De kosten hiervan belopen € 12.500,- voor de eerste zes weken, en € 3.000,- voor de daaropvolgende twee weken. Met ingang van 4 maart 2022 is verzoeker opgenomen geweest. Uit het dossier blijkt dat de volgende diagnoses zijn gesteld:

- 296.22 Depressieve stoornis: eenmalige episode - matig/296.33 Depressieve stoornis: recurrent episode - severe;
- V62.3 Leer- of onderwijsproblemen;
- 304.30 Stoornis in cannabisgebruik: matig/ernstig.

- 3.3. Kennelijk is op 17 november 2021 voor de eerste maal geïnformeerd naar de mogelijkheid van vergoeding van een klinische opname in Villa Ramadas GGZ. In vervolg hierop werd door Villa Ramadas GGZ meegedeeld dat het niet meer mogelijk was voor 2021 nog een aanvraag te doen. Op 15 februari 2022 werd een aanvraag ontvangen door de ziektekostenverzekeraar. Bij e-mailbericht van 24 februari 2022 is verzocht om aanvullende informatie. Op diezelfde dag vond ook een telefoongesprek plaats tussen de moeder van verzoeker en de ziektekostenverzekeraar. Verdere gesprekken volgden op 28 februari, 1, 2, 3, 7, 8, en 9 maart 2022. Bij brief van 10 maart 2022 en e-mailbericht van 11 maart 2022 werd de aanvraag afgewezen door de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 26 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 29 maart 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

4. **Het geschil**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de behandeling in Villa Ramadas GGZ te vergoeden op basis het tarief dat van toepassing is bij klinische behandeling in Nederland.

5. **Advies Zorginstituut**

- 5.1. In het voorlopig advies van 29 maart 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

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

Uit het behandelplan komt naar voren dat er sprake is van een stoornis in het gebruik van cannabis, een depressie, mogelijke persoonlijkheidsproblematiek en traumatische ervaringen. De behandeling bestaat o.a. uit CGT, motiverende gespreksvoering en CRA welke voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk bij een depressieve stoornis (CGT) respectievelijk cannabisverslaving (CRA en motiverende gespreksvoering).

In het behandelplan van verzoeker wordt gesproken over mogelijke aanwijzingen van traumatische ervaringen in het verleden en ook dat er mogelijk sprake is van persoonlijkheidsproblematiek. EMDR voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk bij de indicatie PTSS of overige stoornissen, waarbij een psychotraumatische ervaring interfereert met de primaire stoornis en zou mogelijk geïndiceerd kunnen zijn bij verzoeker. Schematherapie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk bij de indicatie borderline persoonlijkheidsstoornissen of overige persoonlijkheidsstoornissen. Het dossier bevat aanwijzingen dat bij verzoeker sprake was van persoonlijkheidsproblematiek waarvoor schematherapie een geïndiceerde behandeling kan zijn. Op basis van de beschikbare gegevens in het dossier kan de vraag of verzoeker redelijkerwijs was

aangewezen op EMDR en schematherapie cq. of deze therapieën uiteindelijk geïndiceerd waren, niet worden beantwoord. Dit is echter ook niet in geschil.

Verder is bij de start van de behandeling een MATE screening afgenomen en is er sprake van een ambulant nazorg traject uitgevoerd door het JOT- FACT jeugd Curium. Volgens het rapport 'Verslavingszorg in beeld; alcohol & drugs' van het Zorginstituut, kunnen dagbehandelingen waarbij de interactie met de sociale omgeving van de cliënt niet geëffectueerd kan worden - zoals bij dagbehandelingen in buitenlandse klinieken op afstand van het thuisfront - niet ten laste van de basisverzekering worden gebracht. Verweerder stelt op basis van dit rapport dat, gezien de problematiek van de verzoeker het netwerk betrokken dient te worden. Dat kan volgens verweerder niet wanneer verzoeker in het buitenland verblijft. Het standpunt uit voornoemd rapport heeft echter géén betrekking op een klinische behandeling maar enkel op een dagbehandeling in het buitenland. Wel dienen klinische behandelingen een aansluitende vervolgbehandeling te hebben. De periode na ontslag geldt immers als een kwetsbare periode. Uit het behandelplan blijkt dat de behandeling van verzoeker die door Villa Ramadas is geboden, goed is ingebed in een ambulant behandeltraject in Nederland, waarbij het netwerk van verzoeker betrokken is om de kans op terugval te verkleinen.

Conclusie

Er kan geconcludeerd worden dat de behandeling in Villa Ramadas GGZ voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en derhalve een verzekerde prestatie is. Niet in geschil is dat verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op de behandeling. Verzoeker kan derhalve aanspraak maken op vergoeding van de behandeling in Villa Ramadas GGZ ten laste van de basisverzekering.

Advies

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

De behandeling in Villa Ramadas GGZ voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en komt voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering."

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 10.1 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 commissie stelt vast dat partijen na de hoorzitting overeenstemming hebben bereikt. De ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat de behandeling van verzoeker, zoals genoemd in het voorlopig advies van het Zorginstituut, ten laste van de zorgverzekering kan worden gebracht. Wel waren er twijfels bij de samenstelling van de factuur. Op de nadien door verzoeker ingebrachte informatie is een beoordeling uitgevoerd, en aan de hand hiervan is de ziektekostenverzekeraar gekomen tot een vergoeding van € 14.311,-. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 28 augustus 2023 verklaard dat hiermee het geschil is opgelost. Hij ziet een en ander graag vastgelegd in een bindend advies.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie stelt hetgeen onder 7.1 is omschreven vast.

Zeist, 3 oktober 2023,

H.A.J. Kroon

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

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

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

I Algemeen gedeelte

Artikel 1 Verzekerde zorg

1.1 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De basisverzekering Natura is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze [website](#).

Medische noodzaak

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.2 Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.3 Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst heeft gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van de overeenkomst, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen.

1.4 Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerd tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden tarieven die door de overheid zijn vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg). Het kan dan zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

U vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze lijst vindt u op onze website. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met uw eigen risico of een (wettelijke) eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

Verwijsbrief nodig van

- Auditieve of communicatieve beperking: huisarts, medisch specialist of een klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum. De verwijzing is gebaseerd op de richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC).
- Visuele beperking: huisarts, medisch specialist op basis van de richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG).

Artikel 26 Stoppen-met-rokenprogramma

Omschrijving

U heeft recht op zorg volgens het stoppen-met-rokenprogramma. Dit programma houdt in: de op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg. Ook heeft u recht op geneesmiddelen als deze worden voorgeschreven als onderdeel van het programma, ter ondersteuning van gedragsverandering. U kunt het programma volgen in een groep of individueel. Het doel van het programma is dat u stopt met roken. U kunt maximaal 1 keer per kalenderjaar het stoppen-met-rokenprogramma volgen.

Eigen risico

Voor het stoppen-met-rokenprogramma en geneesmiddelen die zijn voorgeschreven als onderdeel van dit programma geldt geen eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Wie mag de zorg verlenen

Zorgaanbieders die werken volgens de Zorgstandaard Tabaksverslaving 2019.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst heeft gesloten? Of gaat u voor de geneesmiddelen naar een apotheker of apothekhoudend huisarts waarmee wij voor deze geneesmiddelen geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Artikel 27 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

27.1 Generalistische basis GGZ (GB GGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u recht op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) die is gericht op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis (of psychiatrische aandoening), met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg verstaan wij diagnostiek en behandeling van psychische problematiek. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Begeleidingsactiviteiten kunnen onderdeel zijn van de geneeskundige zorg als deze onlosmakelijk onderdeel zijn van uw behandeling. De activiteiten moeten dan voortvloeien uit het behandelplan en noodzakelijk zijn om het behandel doel te bereiken. Ook moeten de activiteiten gebeuren onder aansturing van uw regiebehandelaar. Uw regiebehandelaar krijgt terugkoppeling over deze activiteiten. Voor de activiteiten is deskundigheid op het niveau van de behandelaar noodzakelijk. U kunt hierbij denken aan (para)medische of gedragswetenschappelijke deskundigheid.

27.2 GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder met verblijf

Omschrijving

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u recht op geneeskundige zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen deze plegen te bieden, in combinatie met opname in een psychiatrische instelling (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg), met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg verstaan wij diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen.

U heeft recht op medisch noodzakelijke opname gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

27.3 Bepalingen GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder zonder en met verblijf

De onderstaande bepalingen gelden zowel voor GGZ zonder verblijf (artikel 27.1) en GGZ met verblijf (art 27.2).

Voorwaarden voor het recht op GGZ zonder en met verblijf:

1. U moet 18 jaar of ouder zijn;
2. De verwijzing moet voldoen aan de 'Verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg' zoals vastgesteld door het ministerie van VWS;
3. Een verwijzing is maximaal 9 maanden geldig. Dit betekent dat uw behandeling binnen 9 maanden na het afgeven van de verwijzing moet starten. Zit er meer dan 9 maanden tussen? Vraag dan een nieuwe verwijzing;
4. Uw zorgverlener beschikt over een kwaliteitsstatuut dat geregistreerd staat bij ggzkwaliteitsstatuut.nl; Kijk hiervoor op de website van uw zorgverlener of vraag naar het kwaliteitsstatuut.
5. Uw regiebehandelaar is een psychiater, klinisch (neuro)psycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog of verpleegkundig specialist ggz. Aanvullend geldt:
 - als dementie de hoofddiagnose is: de specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater;
 - als verslaving en/of gokproblematiek de hoofddiagnose is: de verslavingsarts.

Er is een implementatieplan voor het Landelijk Kwaliteitsstatuut ingediend bij het Zorginstituut Nederland. Indien het Zorginstituut het implementatieplan opneemt in het register, dan kunnen drie beroepen (orthopedagoog-generalist, physician assistant GGZ en sociaal-psychiatrisch verpleegkundige), die toegevoegd zijn in het implementatieplan, ook als regiebehandelaar optreden.

U heeft geen recht op:

- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- psychosociale hulp;
- zorg bij leerstoornissen;
- zelfhulp;
- bemoeizorg vanuit de OGGZ. Hiervoor is de gemeente verantwoordelijk;
- preventie en dienstverlening;
- psychologische hulp die onderdeel is van de behandeling van een lichamelijke of somatische aandoening; intelligentieonderzoek
- begeleiding van niet-geneeskundige aard, zoals trainingen, coaching en cursussen;
- interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, zoals onder andere vermeld in de Lijst therapieën GGZ. U vindt dit overzicht op onze website.
- GGZ-zorg voor verzekerden tot 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Wie mag de zorg verlenen

Een zorgverlener moet beschikken over een kwaliteitsstatuut dat geregistreerd staat bij ggzkwaliteitsstatuut.nl. Kijk hiervoor op de website van uw zorgverlener of vraag naar het kwaliteitsstatuut.

Als vanwege de opgebouwde behandelrelatie de zorg bij de bestaande (regie)behandelaar voort wenst te zetten maar dit wordt verhinderd door de verplichting voortvloeiend uit het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, kan u gebruik maken van een overgangsregeling. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

- U bent al in zorg bij de regiebehandelaar voor uw 18e verjaardag.
- De regiebehandelaar heeft een postmasterregistratie in het register SKJ of BIG register.
- De voortzetting van de behandeling is gericht op afsluiting of overdracht.
- De behandeling kent een maximale termijn van 365 dagen na de dag dat u 18 jaar wordt.

Voor de voortzetting van deze behandeling gelden dezelfde randvoorwaarden als onder de Jeugdwet en beleidsregels voor de curatieve GGZ. Deze overgangsregeling geldt voor zowel sectie II als sectie III

Een overzicht van de door ons [gecontracteerde zorgaanbieders](#) vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, psychiater, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, regiebehandelaar GGZ of straatdokter. De straatdokter is een arts en geregistreerd bij een vereniging van straatdokters (bijvoorbeeld de Nederlandse Straatdokers Groep) en in de gemeente(n) waar hij/zij werkzaam is. De straatdokter mag alleen verwijzen als u geen huisarts heeft.

Ontving u GGZ op basis van de Jeugdwet en heeft u hiervoor geen verwijsbrief van een hierboven genoemde verwijzer? Dan heeft u een nieuwe verwijsbrief nodig.

Toestemming

U heeft in een aantal gevallen vooraf onze toestemming nodig:

1. Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Dan is deze zorgverlener op de hoogte van de situaties waarbij toestemming aangevraagd moet worden. Uw zorgverlener zal het aanvraagformulier hiervoor invullen en aan ons opsturen. Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij laten uw zorgverlener weten of wij toestemming geven of dat wij de aanvraag afwijzen
2. Bij een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten heeft u voorafgaand onze toestemming nodig in de volgende situaties:
 - Als sprake is van GGZ met verblijf (zie artikel 39, Verblijf);
 - Als sprake is van GGZ in geval van een van de DSM-5 hoofdgroepen:
 - Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen;
 - Disruptieve impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen;
 - Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen;
 - Somatische symptoomstoornis en aanverwante stoornissen;
 - Restgroep;
 - Andere problemen die een reden van zorg kunnen zijn.

U kunt hiervoor toestemming aanvragen met het Aanvraagformulier GGZ. Dit formulier vindt u op onze website.

Verstrekt binnenkort de termijn waarvoor toestemming is gegeven? Dan moet u opnieuw toestemming aanvragen. U kunt samen met uw zorgaanbieder het aanvraagformulier GGZ invullen.

Vraag de toestemming ten minste 2 maanden voor het verstrijken van de termijn aan. Dan weet u zeker dat uw aanvraag op tijd wordt verwerkt. Voorin deze voorwaarden vindt u waar u de aanvraag naar toe kunt sturen. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Paramedische zorg

Artikel 28 Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Omschrijving

U heeft recht op zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

Jonger dan 18 jaar:

- U heeft vanaf de eerste behandeling recht op vergoeding van de kosten voor behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn;
- Heeft u een aandoening die niet op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie staat? Dan heeft u per kalenderjaar recht op vergoeding van maximaal 9 behandelingen per aandoening. Als u na deze 9 behandelingen nog last hebt van de aandoening, dan heeft u nog recht op maximaal 9 extra behandelingen voor die aandoening. In totaal heeft u in dit geval dus recht op maximaal 18 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, 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 vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. 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;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en 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 agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.