

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202500181

Partijen

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

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 28 januari 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 27 mei 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 4 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 5 augustus 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 18 september 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025017713) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 19 september 2025 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Van partijen heeft de commissie vervolgens geen reactie ontvangen.
- 1.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 26 augustus 2025 respectievelijk 27 augustus 2025 verklaard niet te willen worden gehoord.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Zorgzaam Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Zorgzaam Ster 4 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Op 21 juni 2024 heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een klinische GGZ-behandeling bij het Ankerhuis in Kaapstad, Zuid-Afrika.
- 2.3. Bij brief van 2 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat zijn aanvraag is afgewezen.
- 2.4. Op 3 juli 2024 is verzoeker gestart met de klinische GGZ-behandeling in Kaapstad.

2.5. Bij brief van 14 oktober 2024 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 27 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

2.6. Bij brief van 18 september 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de door hem genoten klinische GGZ-behandeling bij het Ankerhuis in Kaapstad, te weten een bedrag van € 15.900,-- te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker bij klachtenformulier van 28 januari 2025 toegelicht dat hij al sinds zijn dertiende levensjaar kampt met verschillende vormen van verslavingsproblematiek. Verzoeker heeft in het verleden veel ondersteuningsgesprekken gehad met de huisarts en de praktijkondersteuner. Dit heeft echter geen enkel resultaat gehad. Verzoeker was niet meer in staat om te werken of voor zichzelf te zorgen. Hierdoor kwamen de banden met zijn gezinsleden onder druk te staan. Gezien de jarenlange problematiek was verzoeker met uiterste spoed aangewezen op intensieve zorg. De huisarts beaamt de zorgproblematiek van verzoeker en heeft hem door middel van een verwijzing aangemeld voor een intensief klinisch behandeltraject bij de zorgaanbieder in Zuid-Afrika, gericht op zijn langdurig aanwezige en ernstige verslavingsstoornis, in combinatie met psychiatrische klachten en onderliggende trauma's. De huisarts heeft verzoeker niet voor niets met urgentie doorverwezen naar gespecialiseerde GGZ; hij is al ruim tien jaar bekend met zijn verslavingsproblematiek. Gezien de ernst en langdurigheid van de verslavingsstoornis, in combinatie met psychiatrische klachten en onverwerkte trauma's die een negatieve invloed op het algeheel functioneren van verzoeker hebben, is een klinisch behandeltraject door zorgprofessionals geïndiceerd. Er is een MATE afgenomen door een GGZ-psycholoog. Hieruit is naar voren gekomen dat de verslaving in combinatie met psychiatrische klachten ernstig is. Verzoeker stond op het punt alles te verliezen en scoorde maximaal op angst- en depressieve klachten. Hij was daarom aangewezen op de intensieve klinische behandeling in Zuid-Afrika. Inmiddels is deze succesvol afgerond en is verzoeker per 6 september 2024 gestart met een intensief nazorgtraject.

3.3. Voorafgaand aan de reis naar Zuid-Afrika heeft verzoeker meermaals telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Daarnaast heeft de zorgaanbieder tot driemaal toe toegezegd dat de behandeling aldaar zou worden vergoed. Daarbij was verzoeker aangewezen op de door hem genoten zorg.

3.4. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat er, om tot een beslissing te komen, niet alleen moet worden gekeken naar de Nederlandse richtlijnen, maar ook naar de acceptatie van bepaalde behandelingen in de praktijk. Gezien het oordeel van de behandelend artsen, is dit volgens verzoeker de enige effectieve behandeling van zijn problematiek. In het verleden hebben andere behandelingen niet tot het gewenste resultaat geleid. De situatie was dusdanig ernstig dat er voor hem geen andere zorgalternatieven open stonden.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen. Ter onderbouwing hiervan heeft hij in zijn brief van 4 augustus 2025 toegelicht dat het triage-instrument MATE wordt gebruikt binnen de GGZ om de behandelintensiteit voor verslavingszorg te bepalen. Hierbij wordt rekening gehouden met de ernst van de verslaving, van de bijkomende comorbide psychopathologie, en van de sociale desintegratie. De triagebeslissing is gebaseerd op

een stepped-care benadering, waarbij zorg stapsgewijs wordt geleverd. Dit betekent dat met de minst intensieve en minst ingrijpende vorm van behandeling wordt gestart. Om het juiste niveau van zorg te bepalen, is het belangrijk inzicht te hebben in de behandelgeschiedenis van de verzekerde. Op basis hiervan kan worden vastgesteld op welk van de vier zorgniveaus betrokkene is aangewezen. Deze niveaus zijn achtereenvolgens: kort ambulante behandeling, ambulante behandeling, deeltijd of klinische behandeling, en lange ambulante zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband gewezen op het rapport 'Verslavingszorg in Beeld' van het Zorginstituut uit 2014.

- 4.2. De gesprekken die verzoeker heeft gehad met de huisarts en praktijkondersteuner zijn bedoeld ter ondersteuning en kwalificeren niet als behandelgesprekken. Hoewel er behandeling kan plaatsvinden binnen de huisartspraktijk, is het noodzakelijk om door te verwijzen naar de GGZ en/of verslavingszorg wanneer deze gesprekken en eventuele behandelingen niet voldoende zijn. De keuze voor de intensiteit van zorg moet zijn gebaseerd op de aard, ernst en het verloop van de klachten. In het algemeen is een klinische behandeling niet effectiever dan een ambulante behandeling en moet deze alleen worden overwogen voor personen met ernstige psychiatrische of medische co-morbiditeit, sociale desintegratie, of ernstige afhankelijkheid. De beschikbare informatie die leidde tot de afwijzing van de aanvraag, toonde niet aan dat er bij verzoeker sprake was van ernstige psychiatrische of medische co-morbiditeit, sociale desintegratie of ernstige afhankelijkheid. Daarom was het in zijn geval niet gerechtvaardigd om de behandelstappen die voorafgaan aan een klinische behandeling over te slaan. Ondanks dat de MATE-score wijst op een ernstige verslaving in combinatie met psychiatrische klachten, was verzoeker niet aangewezen op klinische behandeling. Er wordt gesteld dat sprake was van psychiatrische co-morbiditeit en onderliggende trauma's die een opname noodzakelijk maakten. Echter, uit de aangeleverde informatie blijkt dat verzoeker zich down en depressief voelde, zoals beschreven in de brief van de huisarts waarin zijn medische voorgeschiedenis wordt vermeld. Volgens de 'Richtlijn Behandeling van stoornissen in het gebruik van alcohol bij psychiatrische co-morbiditeit' en 'Middelenafhankelijkheid-en-depressie' kan een depressieve stoornis pas worden vastgesteld nadat iemand twee tot drie weken abstinente is geweest, om de effecten van alcoholgebruik of ontwenning hiervan op psychiatrische diagnostiek zoveel mogelijk uit te sluiten. Daarnaast is uit de verslaglegging van Villa Cansano niet duidelijk waarom deze stoornis toch wordt gesteld. Sobercare rapporteert in haar intake van 18 juni 2024 dat er bij verzoeker geen sprake is van een psychische stoornis, ondanks specifiek uitvragen van trauma en algemene psychische gezondheid. Er wordt wel melding gemaakt van levensgebeurtenissen en piekeren, maar niet van een psychische stoornis die een ambulante behandeling zou bemoeilijken. Gezien de afwijking tussen de MATE-score en de gegevens uit de intakeverslagen en de medische voorgeschiedenis verstrekt door de huisarts, komt verzoeker niet in aanmerking voor een klinische behandeling. De afwijking is ook zichtbaar bij de sociale desintegratie, waar een hoge score op de MATE wordt behaald, terwijl de rapporten vermelden dat er in het geval van verzoeker sprake is van werk, een dagelijkse structuur, en betrokkenheid van een partner en familieleden.
- 4.3. Verder blijkt uit de beschikbare gegevens dat het langdurige alcoholgebruik weliswaar al enige tijd aanwezig is, maar dat dit pas sinds twee jaar als daadwerkelijk problematisch wordt ervaren. Verzoeker heeft nog niet eerder een klinische detoxificatie, gevolgd door een ambulante behandeling ondergaan, en er is onvoldoende onderbouwing gegeven waarom dit momenteel geen geschikte optie zou zijn. De huisarts heeft met spoed verwezen vanwege het ontstaan van motivatie voor behandeling, niet vanwege een acute medische noodzaak die uitsluitend door klinisch verblijf kan worden verholpen. De beschreven psychiatrische klachten, zoals eerder beargumenteerd, vormen geen rechtvaardiging voor onmiddellijke opname van verzoeker.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar concludeert, op basis van de gegevens in het dossier, dat in dit geval, volgens de principes van stepped care, een klinische detoxificatie, gevolgd door een (intensieve)

ambulante behandeling, vooraf had moeten gaan aan de klinische behandeling. Er is onvoldoende gemotiveerd waarom deze stap is overgeslagen.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 18 september 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld. Niet in geschil is of verzoeker aangewezen was op de klinische detoxificatie omdat de verweerder heeft aangegeven dat verzoeker aangewezen was op een klinische detoxificatie gevolgd door ambulante behandeling. De beoordeling van dit geschil ziet dan ook uitsluitend op de klinische verslavingsbehandeling bij het Ankerhuis.

Indicatie klinische ggz

Verzoeker heeft in de afgelopen vijf jaar geen behandeling ontvangen binnen de (geneeskundige) ggz. Verzoeker blijkt in het verleden wel ambulante behandeling voor een gokverslaving te hebben ontvangen, maar dat was in 2013. Ook heeft verzoeker de afgelopen vijf jaar ondersteunende gesprekken gehad met de huisarts en de praktijkondersteuner, maar dat is geen behandeling binnen de geneeskundige ggz. Immers, de behandeling van klachten valt zonder dat sprake is van een psychische stoornis volgens de indeling van DSM-V-niet onder de geneeskundige ggz.

De zorgstandaard ‘Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving’ (2017) stelt: “Behandeling door de S GGZ kan meestal ambulant plaatsvinden. Bij gebleken noodzaak voor opname is de klinische behandeling ingebed in een ambulant traject. Bij ernstige verslavingsproblematiek, ernstige sociaal-maatschappelijke problematiek en psychische comorbiditeit dient klinische vervolgbehandeling met de patiënt en diens naasten te worden overwogen.”

In het dossier is echter geen onderbouwing aanwezig die een klinische opname rechtvaardigt. Daarnaast is de door verzoeker ervaren sociaal-maatschappelijke problematiek niet in voldoende mate aanwezig voor een klinische behandeling.

Ook wordt op basis van het dossier niet duidelijk waarom het Ankerhuis in het behandelplan heeft vastgelegd dat er sprake is van een depressieve stoornis. Verzoeker was ten tijde van de indicatiestelling kort in behandeling bij het Ankerhuis, waarbij verzoeker mogelijk nog onder invloed was van alcohol. Uit de intake van Sobercare van 18 juni 2024, kort voor aanvang van de behandeling, bleek dat er weliswaar sprake was van piekergedrag, maar ten tijde van de intake waren er geen psychiatrische stoornissen vastgesteld bij verzoeker.

Gezien het feit dat verzoeker geen specialistische begeleide zorg heeft gehad voor zijn verslaving en niet is aangetoond dat ambulante behandeling niet haalbaar of effectief is, was verzoeker niet redelijkerwijs aangewezen op een klinische ggz-behandeling.

Screeningsinstrument

Ten overvloed merkt het Zorginstituut het volgende op over de MATE die bij verzoeker is afgenomen. In het rapport ‘Verslavingszorg in beeld; alcohol & drugs’ (2014) heeft het Zorginstituut het standpunt ingenomen dat bij de diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit bij verslavingszorg een screeningsinstrument zoals de MATE of EuropASI dient te worden afgenomen. Bij verslavingszorg zonder voorafgaande triage is het risico op zowel onder- als overbehandeling groot en daarmee op ongepast gebruik van zorg.

Uit het dossier blijkt dat de MATE en het behandelplan zijn gedateerd op 13 juni 2024. Hieruit blijkt dat op het moment van het afnemen van de MATE al duidelijk was dat verzoeker zou worden

opgenomen bij het Ankerhuis. Afname van de MATE nadat al is besloten tot klinische behandeling schiet zijn doel voorbij, aangezien bepaling van benodigde behandelintensiteit plaats dient te vinden voorafgaand of ten tijde van de indicatiestelling.

Daarnaast blijkt uit het dossier dat de MATE is afgenomen en het behandelplan is opgesteld door dezelfde medewerker van het Ankerhuis. Een MATE moet worden afgenomen door een onafhankelijk deskundige. Het doel hiervan is om objectief te kunnen vaststellen welke behandeling voor een verzekerde het best passend is.

Nu de MATE is afgenomen door een deskundige van de organisatie waar verzoeker op 3 juli 2024 is opgenomen voor een klinische verslavingsbehandeling, moet worden geconcludeerd dat de MATE niet objectief is vastgesteld door een onafhankelijk deskundige.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet worden geconcludeerd dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op een klinische verslavingsbehandeling. Een klinische opname zonder voorafgaande ambulante behandeling kan geïndiceerd zijn als er sprake is van psychische comorbiditeit en ernstig sociaal-maatschappelijke problematiek. Op grond van de in het dossier beschikbare informatie kan niet worden vastgesteld dat hiervan sprake is.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker was niet redelijkerwijs aangewezen op een verslavingsbehandeling bij het Ankerhuis in Zuid-Afrika.”

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 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 geestelijke gezondheidszorg en het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’ zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke bepaling uit het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) en de verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoeker is naar Zuid-Afrika gegaan om daar een klinische behandeling vanwege zijn verslaving te ondergaan. De commissie overweegt dat tussen Nederland en Zuid-Afrika geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering bestaat, zodat het recht op vergoeding uitsluitend moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.3. De zorgverzekering biedt dekking voor specialistische GGZ, waaronder (klinische) verslavingszorg. Dit blijkt uit artikel 25 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hetgeen hier is beschreven is gebaseerd op de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. Op grond van artikel 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg in het buitenland.
- 7.4. Tussen partijen is niet in geschil dat de in Zuid-Afrika genoten zorg verzekerde zorg betreft. Zij zijn erover verdeeld of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op de klinische behandeling bij het Ankerhuis. Verzoeker heeft in dat verband gesteld dat dit in zijn geval de enige effectieve

behandeling was, zoals blijkt uit de verwijzing door de huisarts en de MATE. De commissie overweegt dat, waar het gaat om de zorgverzekering, het primaat van de beoordeling of iemand medisch gezien op een bepaalde behandeling is aangewezen bij de behandelend arts ligt. Als deze arts een medische indicatie stelt, is het vervolgens aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of (i) de behandeling onder de dekking van de zorgverzekering valt (is voldaan aan de criteria ‘plegen te bieden’ en ‘stand van de wetenschap en praktijk?’), (ii) bij betrokkene een verzekeringsindicatie bestaat (is diegene ‘redelijkerwijs aangewezen op’ de zorg of andere dienst en is voldaan aan de door de wetgever gestelde nadere voorwaarden ter zake?), (iii) is voldaan aan eventuele formele vereisten (zoals een verwijzing of toestemming van de zorgverzekeraar) en tot slot (iv) – indien overeengekomen – of de behandeling doelmatig is. Het feit dat een behandelend arts van oordeel is dat een behandeling medisch gezien nodig is, maakt dus niet dat de kosten hiervan automatisch worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Waar het de afwijzing door de ziektekostenverzekeraar betreft, overweegt de commissie als volgt.

- 7.5. Het Zorginstituut heeft op 18 september 2025 een advies aan de commissie uitgebracht. In dit advies komt het Zorginstituut tot de conclusie dat verzoeker niet redelijkerwijs was aangewezen op een klinische verslavingsbehandeling. Verzoeker heeft de afgelopen vijf jaar geen behandeling ontvangen binnen de (geneeskundige) GGZ. Hij heeft de afgelopen vijf jaar weliswaar ondersteunende gesprekken gehad met de huisarts en de praktijkondersteuner, maar dit betreft geen behandeling binnen de geneeskundige GGZ. Verder geldt dat een klinische opname zonder voorafgaande ambulante behandeling kan zijn geïndiceerd als sprake is van psychische co-morbiditeit en ernstig sociaal-maatschappelijke problematiek. In het dossier is echter geen onderbouwing aanwezig die een klinische opname rechtvaardigt. Daarnaast is de door verzoeker ervaren sociaal-maatschappelijke problematiek niet in voldoende mate aanwezig voor een klinische behandeling. Ook wordt op basis van het dossier niet duidelijk waarom de zorgaanbieder in Zuid-Afrika in het behandelplan heeft vastgelegd dat er sprake is van een depressieve stoornis. Gezien het feit dat verzoeker geen specialistische begeleide zorg heeft gehad voor zijn verslaving en niet is aangetoond dat ambulante behandeling niet haalbaar of effectief is, was verzoeker niet redelijkerwijs aangewezen op klinische verslavingszorg.
De commissie ziet in hetgeen verzoeker heeft aangevoerd, met name over de noodzaak en het positieve effect van de behandeling alsmede zijn stelling dat niet alleen naar de Nederlandse richtlijnen moet worden gekeken maar ook naar de acceptatie in de praktijk, geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt deze over. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de door hem in Zuid-Afrika ondergane klinische verslavingsbehandeling ten laste van de zorgverzekering.
- 7.6. Verzoeker heeft – in zijn klachtenformulier en zijn verzoek om heroverweging – gesteld dat de zorgaanbieder hem bij drie gelegenheden de telefonische toezegging heeft gedaan dat de zorg in Zuid-Afrika zou worden vergoed. Wat daarvan ook zij, een zodanige toezegging door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder kan de ziektekostenverzekeraar niet binden. Voor zover verzoeker heeft bedoeld te stellen dat door de ziektekostenverzekeraar een toezegging is gedaan in afwijking van de voorwaarden van de zorgverzekering, geldt dat de gestelde toezegging onvoldoende gespecificeerd en ter zake dienend is, zodat hij niet heeft voldaan aan de op hem rustende stelplicht en bewijslast, zoals bedoeld in artikel 150 Rv. Zo heeft verzoeker met betrekking tot geen van de telefoongesprekken aangegeven wanneer en met wie hij dit heeft gevoerd, wat zijn exacte vraagstelling toen was, en welk antwoord hierop volgens hem is gegeven.

Slotsom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 november 2025,

S.M.M. Schneiders-Spoor

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 er 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 2.4

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°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelingen, 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.

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De Zorgzaam Ruime Keuze 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 contract hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van het contract, 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 een deel van de nota zelf moet betalen.

Soms maken wij met zorgaanbieders afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder mag leveren: een volumeafpraak of een omzetplafond (voor bepaalde vormen van zorg). Meer informatie leest u op onze website. In de Zorgzoeker vindt u met welke zorgaanbieders voor welke zorg wij een afspraak hebben gemaakt over de hoeveelheid zorg. Kunt u door een volumeafpraak of een omzetplafond niet terecht bij een zorgaanbieder? Neem dan contact op met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Wij zorgen ervoor dat u terecht kunt bij een andere zorgaanbieder.

Uitzonderingen:

- Als u met spoed behandeld moet worden
- Als u al met een behandeling bent begonnen
- Als uw pasgeboren kind zorg nodig heeft
- Als u zwanger bent.

Artikel 9. Buitenland

9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan heeft u voor zorg recht op:

- Zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- Zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet op tijd kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kunnen wij de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, dan heeft u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt de EHIC gebruiken in Australië voor spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening. Heeft u geen zorgpas met EHIC? Dan kunt u deze gratis aanvragen.

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- Zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemming en/of verwijzing

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan heeft u vooraf onze toestemming nodig. U heeft ook toestemming nodig voor zorg in het buitenland waarvoor dit in de zorgartikelen (artikel 11 tot en met 39) is vermeld. U vindt in deze artikelen ook of u een verwijzing of voorschrift nodig heeft.

Heeft u onze toestemming niet nodig, maar wilt u wel graag vooraf weten of uw behandeling in het buitenland voor vergoeding in aanmerking komt? Dan kunt u ons vragen om dit voor u te beoordelen. Kijk voor meer informatie op onze website.

U heeft geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u in de App, op uw zorgpas en op onze website.

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)

Artikel 25. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

GGZ is geneeskundige zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden voor verzekerden van 18 jaar en ouder. De behandeling (interventie) moet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Op onze website vindt u informatie over de behandelingen die hieraan voldoen in de Lijst Therapieën GGZ. In deze lijst staat welke therapieën wel en welke therapieën niet voldoen en in welke situaties deze toegepast mogen worden.

Dit is niet verzekerd

Zorg waarvoor geen of onvoldoende bewijs is dat deze effectief is, valt niet onder de basisverzekering. Om te bepalen of er sprake is van verzekerde zorg gaan wij onder andere uit van DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), zorgstandaarden, standpunten van het Zorginstituut Nederland, Zorgkompas Zorgverzekeringwet en de Lijst Therapieën GGZ.

Hierna volgt een opsomming met een aantal aandoeningen, behandelingen en interventies die niet onder de GGZ vallen. Deze lijst bevat voorbeelden en is niet uitputtend:

- Behandeling van aanpassingsstoornissen (bijvoorbeeld bij echtscheiding of rouw)
- Hulp bij werk- en relatieproblemen
- Hulp bij slaapstoornissen, seksuele disfuncties
- Psychosociale hulp/zorg (bijvoorbeeld voor stress of burn-out)
- Zorg bij leerstoornissen
- Zelfhulp
- Het toeleiden naar zorg
- Preventie, tenzij er sprake is van geïndiceerde of zorggerelateerde preventie
- Dienstverlening
- Psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen
- Intelligentieonderzoek
- Neurofeedback
- Behandeling die primair gericht is op stoornissen die niet zijn opgenomen in de DSM-5 kwalificatie. De behandeling van bijvoorbeeld obesitas of een seks- of eetverslaving is daardoor niet verzekerd
- Begeleiding van niet-geneeskundige aard, zoals trainingen, coaching en cursussen
- Diagnostiek zonder de bedoeling dat een GGZ-behandeling plaatsvindt
- 5 of meer diagnostiekconsulten die leiden tot een niet verzekerde diagnose
- Resocialisatie zonder dat er een GGZ-behandeling plaatsvindt
- Klinische opnames voor verslavingszorg die niet direct opgevolgd worden door een aansluitende, ambulante vervolgbehandeling. De periode na ontslag geldt als een kwetsbare periode. Alleen bij goede inbedding in een ambulant behandeltraject (goede voor- en nazorg) kan een klinische behandeling (in het buitenland) als effectief worden aangemerkt en daarmee voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk
- Opname op basis van een sociale indicatie (bijvoorbeeld bij het niet beschikken over huisvesting), tenzij er sprake is van Verblijf met rechtvaardigingsgrond.

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

Bij een zorgaanbieder die een goedgekeurd kwaliteitsstatuut GGZ heeft, dat geregistreerd is via de website GGZ Kwaliteitsstatuut.

Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ draagt ertoe bij dat de juiste hulp, op de juiste plaats, door de juiste zorgprofessionals wordt geleverd. Alle zorgaanbieders van GGZ zijn verplicht een eigen kwaliteitsstatuut GGZ op te stellen.

Op www.zorginzicht.nl onder openbare data vindt u welke zorgaanbieders een goedgekeurd kwaliteitsstatuut GGZ hebben en waar u het kwaliteitsstatuut kunt inzien. In het kwaliteitsstatuut moet de zorgaanbieder aangeven hoe vorm en inhoud wordt gegeven aan de kwaliteitsnormen. In het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder is ook opgenomen wie verantwoordelijk is voor de indicatie en/of coördinatie van de zorg. Dit is de regiebehandelaar. Het kwaliteitsstatuut kan u helpen bij het kiezen van uw zorgaanbieder.

Regiebehandelaar

In een vrijgevestigde praktijk voert de regiebehandelaar de behandeling veelal zelf uit. Bij de behandeling in een instelling kunnen meerdere zorgaanbieders betrokken zijn. De coördinerend regiebehandelaar bepaalt onder meer de samenwerking met deze zorgaanbieders. Ook zorgt de regiebehandelaar ervoor dat u zelf meebeslist over uw behandelingsmogelijkheden.

1. Regiebehandelaar GB GGZ (generalistische basis GGZ) vrijgevestigd mogen zijn (sectie II, zorgprestatie model setting 1): klinisch (neuro)psycholoog, psychotherapeut en gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog).
2. Regiebehandelaar SGGZ (gespecialiseerde GGZ) vrijgevestigd mogen zijn (sectie II, zorgprestatie model setting 1): psychiater, klinisch (neuro)psycholoog of psychotherapeut.
3. Regiebehandelaar GB GGZ in een instelling mogen zijn (sectie III, zorgprestatie model setting 2 en hoger): klinisch (neuro)psycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog en verpleegkundig specialist GGZ.

Regiebehandelaar GB GGZ in een instelling mogen ook zijn:

- Specialist ouderengeneeskunde en klinisch geriater: voor patiënten van (biologisch) oudere leeftijd met een GGZ hoofddiagnose
- Verslavingsarts KNMG: als de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek is
- Orthopedagoog-generalist: voor diagnostiek, behandeling en geneeskundige begeleiding van verzekerden in een (complexe) persoonlijke afhankelijkheidsrelatie met (complexe) leer-, gedrags- of ontwikkelingsproblemen als deze ten laste van de Zorgverzekeringswet gefinancierde geneeskundige GGZ of forensische zorg komen. Het gaat hierbij vaak om jongvolwassenen of verzekerden met bijkomende verstandelijke beperkingen.
- Sociaal psychiatrisch verpleegkundige: in de coördinerende rol in de chronische basis-GGZ (setting ambulant sectie III monodisciplinair). De sociaal psychiatrisch verpleegkundige stelt niet de psychiatrische diagnose en/of de medische indicatie. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige stelt niet het initiële behandelplan op, maar kan het initiële behandelplan op meer gedetailleerd niveau uitwerken vanuit de sociaal psychiatrische verpleegkundige diagnostiek en behandeling.

4. Regiebehandelaar SGGZ in een instelling mogen zijn (sectie III, zorgprestatie model setting 2 en hoger): psychiater, klinisch (neuro)psycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog en verpleegkundig specialist GGZ.

Regiebehandelaar SGGZ in een instelling mogen ook zijn:

- Specialist ouderengeneeskunde en klinisch geriater: voor patiënten van (biologisch) oudere leeftijd met GGZ hoofddiagnose
- Verslavingsarts KNMG: als de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek betreft
- Physician assistant als de zorg behoort tot het deskundigheidsgebied GGZ van de physician assistant. Er is sprake van somatische problematiek, die in relatie staat tot de psychiatrische problematiek binnen een multidisciplinaire setting. De physician assistant is werkzaam binnen een samenwerkingsverband waar tenminste één psychiater deel van uitmaakt.
- Orthopedagoog-generalist: voor diagnostiek, behandeling en geneeskundige begeleiding van verzekerden in een (complexe) persoonlijke afhankelijkheidsrelatie met (complexe) leer-, gedrags- of ontwikkelingsproblemen als deze ten laste van de Zorgverzekeringswet gefinancierde geneeskundige GGZ of forensische zorg komen. Het gaat hierbij vaak om jongvolwassenen of verzekerden met bijkomende verstandelijke beperkingen.
- Sociaal psychiatrisch verpleegkundige: in de coördinerende rol in de zorgprestatie model setting outreachend. Outreachende zorg is multidisciplinaire zorg voor bijvoorbeeld verzekerden met een ernstige psychiatrische aandoening. Vaak wordt de zorg bij de verzekerde thuis of in de wijk verleend. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige stelt niet de psychiatrische diagnose en/of de medische indicatie. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige stelt niet het initiële behandelplan op, maar kan het initiële behandelplan op meer gedetailleerd niveau uitwerken vanuit de sociaal psychiatrisch verpleegkundige diagnostiek en behandeling.

5. Regiebehandelaar GGZ voor een behandeling gestart onder de Jeugdwet mogen zijn: kinder- en jeugdpsycholoog NIP, GZ-psycholoog en orthopedagoog-generalist NVO. De regiebehandelaar heeft een postmasterregistratie in het register SKJ (Stichting Kwaliteitsregister Jeugd) of een BIG-registratie. Zij mogen alleen regiebehandelaar zijn voor een maximale termijn van 365 dagen na de dag dat u 18 jaar bent geworden.
6. Onder eindverantwoordelijkheid van de regiebehandelaar mag een zorgaanbieder die is opgenomen in de Lijst consult registrerende beroepen een bijdrage leveren aan de behandeling van verzekerden.
7. Voor hoogspecialistische GGZ moet u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Als u gebruikmaakt van een zorgaanbieder die niet door ons is gecontracteerd voor deze zorg, dan heeft u geen recht op vergoeding, ook geen gedeeltelijke vergoeding.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor GGZ niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, psychiater, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), straatdokter of uw regiebehandelaar in geval van een doorverwijzing. Een straatdokter is een (huis)arts die zorg verleent aan dak- en thuislozen.

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.

De verwijzing moet voldoen aan de 'Verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg' zoals vastgesteld door het ministerie van VWS.

Toestemming

- U heeft vooraf onze toestemming nodig voor Esketamine (neusspray)
- U heeft vooraf onze toestemming nodig voor GGZ met verblijf (zie artikel 37, Verblijf). Verstrekt binnenkort de termijn waarvoor toestemming is gegeven? Dan moet u opnieuw toestemming aanvragen. U kunt samen met uw zorgaanbieder een toestemmingsformulier GGZ invullen. Het formulier vindt u op onze website. 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.

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

PARAMEDISCHE ZORG

Artikel 26. Fysiotherapie en Oefentherapie

Fysiotherapie en oefentherapie is zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Deze zorg omvat:

Jonger dan 18 jaar

- Behandeling van aandoeningen waarvoor een langdurige of chronische behandeling nodig is. 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.
- 9 behandelingen per kalenderjaar voor een aandoening die niet op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie staat. Maximaal 9 extra behandelingen als u nog last heeft van de aandoening: in totaal maximaal 18 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.