



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Zuid-Afrika, geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, klinische opname White River Manor, medische noodzaak

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018

Zaaknummer : 201901736

Zittingsdatum : 2 december 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 
- 2.1. Op 30 mei 2020 heeft verzoeker per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 juli 2020 per e-mail zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze e-mail is op 29 juli 2020 aan verzoeker gezonden.
- 
- 2.3. Op 29 september 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020033574) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 30 september 2020 aan partijen gestuurd. De ziektekostenverzekeraar is hierbij gevraagd het nader onderzoek, zoals geadviseerd door het Zorginstituut, uit te voeren. Op 11 november 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie de uitkomst van het nader onderzoek meegedeeld. Een kopie hiervan is op 16 november 2020 aan verzoeker gezonden.
- 
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 december 2020 gehoord.
- 
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en een afschrift van het na het voorlopig advies van de ziektekostenverzekeraar ontvangen stuk zijn op 4 december 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 17 december 2020 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

3. Vaststaande feiten

- 
- 3.1. Verzoeker was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de VvAA zorgverzekering Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VvAA zorgverzekering Plus, VvAA zorg op reis en VvAA tandplus A (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 
- 3.2. Verzoeker is al jarenlang bekend met een verslaving aan alcohol en kalmerende middelen. Hij is hiervoor in Nederland in eerste instantie ambulante behandeld. Omdat ambulante behandeling niet effectief bleek, heeft verzoeker contact gezocht met Peggy-Sue Addiction Interventions voor een klinische behandeling in de White River Manor kliniek in Zuid-Afrika. In de tussentijd verslechterde de situatie van verzoeker. Hij werd in Nederland voor klinische interventie op drie verschillende plekken opgenomen. Daarna is hij naar Zuid-Afrika gegaan, alwaar hij gedurende

twee maanden ook opgenomen is geweest. De kosten hiervan heeft hij gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.

- 3.3. De kliniek in Nederland waar verzoeker ambulant is behandeld, heeft op 12 juli 2018 over hem verklaard:

"(...) Cliënt meldde zich aan met problemen omtrent alcoholverslaving en onderliggende angst. Bij aanmelding dronk hij op sommige dagen na zijn werk zo'n 15 eenheden alcohol, incidenteel liep dit op tot 25 eenheden op een vrije dag. Vervolgens dronk hij een periode van een aantal dagen of weken niet. Verschillende soorten alcohol, zoals bier, wijn en wodka werden door elkaar gedronken. Wegens rijden onder invloed is hij (wederom een aantal maanden geleden) in contact met de politie gekomen, wat directe aanleiding was voor zijn aanmelding bij (...). Twee keer eerder heeft hij bij andere instellingen een langere tijd van abstinentie bereikt, maar viel uiteindelijk toch terug in alcoholgebruik. Cliënt geeft aan dat het drinken van alcohol leidt tot zorgen in zijn omgeving, hem passief maakt, maar ook dat het zijn angstklachten dempt. Zijn hulpvraag is om leren langdurig abstinente te blijven door op een andere wijze om te kunnen gaan met onderliggende angsten, waaronder de angst om verlaten te worden. Naarmate het cliënt lukt om abstinente te zijn, komen angstklachten verder op de voorgrond te staan. Hulpvraag centreert zich rondom het aanpakken en verminderen van deze angstklachten. Met het bewerken van angst komt ook boosheid meer naar boven die cliënt ook moeilijk reguleert. Angst, boosheid en spanning hebben recent geleid tot twee terugvallen. Cliënt wil graag deze onderliggende mechanismen aanpakken en los komen van de alcohol. (...)

Conclusie:

Cliënt is actief in zijn herstel, maar is desondanks negen keer terug gevallen in alcoholgebruik sinds het eerste traject. In het huidige traject zijn er recent twee terugvallen geweest die tot op heden voortduurt. Aanleiding waren angsten, boosheid en spanningen die hij nog onvoldoende weet op te vangen en te verdragen. Er is gebleken dat op dit moment ambulante hulp onvoldoende ondersteuning biedt bij het herpakken van zijn terugval in actief gebruik van alcohol, en is een klinische opname nodig. Hier staat cliënt ook achter, die momenteel acties in gang heeft gezet om dit te bewerkstelligen. Het is van belang dat cliënt zich open leert stellen bij veilige personen, steun leert zoeken en accepteren en het benoemen en verdragen van emoties. Om hevige angsten te adresseren is in het vorige traject aanvullende diagnostiek gedaan, en is het nog steeds wenselijk om aandacht te hebben voor het verminderen van angsten en woede, zodat herpakken van abstinente bewerkstelligd kan worden en de kans op terugval in gebruik van alcohol verkleind. De hoop is dat dit elders bij een klinische opname meegenomen kan worden. (...)"

- 3.4. De behandelend arts van het LUMC heeft op 26 juli 2018 over verzoeker verklaard:

"(...) Bovengenoemde patiënt was van 18-07-2018 t/m 19-07-2018 opgenomen op de Acute Opname Afdeling, voor het specialisme Interne Geneeskunde.

Kerngegevens

Bespreking:

Bovengenoemde 50-jarige patiënt, bekend met diabetes mellitus type 1 en alcoholabusus werd kortdurend opgenomen met een gecombineerde metabole acidose op basis van ethanol en alcohol-ketonvorming. Hierbij waren gezien het continue gebruik van langwerkende insuline geen aanwijzingen voor diabetische keto-acidose. Aanvullend onderzoek toonde tevens tekenen van een alcoholische hepatitis, waarbij gezien de lage Maddrey score geen indicatie bestond voor behandeling met prednisolon. Na rehydratie kon patiënt in samenspraak met de Brijder stichting worden ontslagen en zal aldaar opgenomen worden voor verdere begeleiding rondom zijn alcoholabusus.

Er werden alhier geen vervolgafspraken gemaakt bij de maag-, darm-, leverziekten, waarbij het advies is om op 23 juli de leverbiochemie te herhalen en zo nodig te overleggen met een maag-, darm-, leverarts in de regio. Uiteraard is hij voor controle van zijn diabetes mellitus alhier welkom.

Conclusie:

1. Alcoholische hepatitis zonder indicatie voor prednison.
2. Metabole acidose zonder diabetische keto-acidose, herstellende. (...)"

- 3.5. De behandelend MDL-arts van HMP Westeinde heeft op 24 juli 2018 over verzoeker verklaard:

"(...) Bovengenoemde patiënt was opgenomen op de afdeling MDL-ziekten van 20-07-2018 tot 24-07-2018 (...)

Bespreking en beloop:

Patiënt presenteerde zich via de Brijder met slaperigheid en leverenzymafwijkingen na een periode van veelvuldig alcoholgebruik. Het beeld past bij een alcoholische hepatitis met tekenen van encephalopathie. De maddrey score was laag dus er was geen indicatie voor prednison. Er werd gestart met lactulose oraal. Bij opname was het bilirubine 99, hetgeen spontaan daalde naar 46. Dit was de eerste opname; hij is niet bekend met levercirrose. Tijdens de opname klaarde de slaperigheid iets op, maar was nog niet helemaal hersteld. Op geleide van de klachten mag de lactulose worden afgebouwd. Bij ontslag is patiënt weer naar de Brijder gegaan. Hij heeft het plan om naar een verslavingskliniek in Zuid Afrika te gaan. Deze week volgt nog een leverfunctiecontrole en een belafspreek.

Conclusie:

Alcoholische hepatitis met lage Maddrey score (geen indicatie prednison) met tekenen van hepatisch encefalopathie. (...)"

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft op enig moment aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van de opname in de White River Manor kliniek niet worden vergoed.

- 3.7. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 7 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

- 3.8. De behandelaar van de verslavingszorgkliniek de Brijder heeft op 18 februari 2020 over verzoeker verklaard:

*"(...) 1. U bent opgenomen van 23/07/2018 tot 29/07/2018 in onze detox kliniek in Den Haag.
2. Bij opname bleken leverwaardes fors verhoogd en bleek er sprake van een forse alcoholische hepatitis.
3. Verder[e] behandeling i.v.m. verslavingsproblematiek door middel van klinische vervolgbehandeling was geïndiceerd daar eventuele terugval in gebruik van alcohol kan leiden tot ernstige lichamelijke complicaties waarbij het risico op overlijden aanwezig is.*

Deze vervolgonpname was al door u met succes georganiseerd. (...)"

- 3.9. Op 29 september 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

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

Screeningsinstrument

In het rapport 'Verslavingszorg in beeld, Alcohol & drugs' (2014) heeft het Zorginstituut met betrekking tot een screeningsinstrument zoals de MATE 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 deze voorafgaande triage is het risico op zowel onder- als overbehandeling groot en daarmee op ongepast gebruik van zorg. Het is dan niet mogelijk vast te stellen of een cliënt redelijkerwijs is aangewezen op de uitgevoerde behandeling. Evenmin kan worden vastgesteld of het verblijf noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg. Diagnostiek en het bepalen van de

behandelintensiteit zonder voorafgaande triage (met een screeningsinstrument zoals de MATE of EuropASI) is niet overeenkomstig de geldende richtlijnen en voldoet daarmee niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Diagnostiek en behandeling kunnen dan niet ten laste van de basisverzekering worden gebracht.

Het in het dossier aanwezige screeningsformulier MATE is achteraf ingevuld en schiet daarmee zijn doel voorbij, namelijk het bepalen van de behandelintensiteit. Dit neemt niet weg dat tijdens het eerdere voorafgaande ambulante behandeltraject in Nederland mogelijk wel een screeningsinstrument kan zijn gebruikt en in ieder geval is er sprake geweest van stepped care.

Verzoeker is voorafgaand aan de klinische opname in Zuid-Afrika in ambulante behandeling geweest bij Trubendorffer. Uit het Kwaliteitsstatuut van Trubendorffer blijkt dat deze instelling gebruik maakt van de vragenlijst MATE en dat op 2/3 van een behandeltraject evaluatie van de behandeling plaatsvindt. Standaard wordt minimaal twee maal per behandeltraject een voor- en nameting uitgevoerd. Trubendorffer gebruikt hiervoor MATE-1 en SQ-48. Of Trubendorffer in dit geval overeenkomstig zijn kwaliteitsstatuut de MATE heeft afgenomen, is onduidelijk. Een verslag ontbreekt in het dossier. Dit zou nog kunnen worden opgevraagd.

Wel is het zo dat Trubendorffer op 12 juli 2018 – nadat verzoeker een half jaar in ambulante behandeling was geweest – van oordeel was, dat klinische opname noodzakelijk was omdat de ambulante hulp onvoldoende ondersteuning bood. Naar aanleiding hiervan heeft verzoeker stappen ondernomen voor een klinische opname in Zuid-Afrika. In ieder geval kan worden vastgesteld dat in het behandeltraject van verzoeker sprake was van een stepped-care benadering, waarbij eerst een lage behandelintensiteit wordt ingezet. Voorafgaand aan de klinische opname werd hij immers gedurende een half jaar ambulant behandeld.

Ambulante vervolgbehandeling

De Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving gaat er vanuit dat een klinische behandeling is ingebed in een ambulant behandeltraject. Klinische opnames dienen een aansluitende, ambulante vervolgbehandeling te hebben. De periode na ontslag geldt immers als een kwetsbare periode. Nu bij verzoeker het therapeutisch proefverlof in de eigen (woon)omgeving niet heeft kunnen plaatsvinden, is des te meer van belang dat de behandeling in Zuid-Afrika is ingebed in een ambulant vervolgttraject in Nederland. Het mogelijk ontbreken daarvan zou een tekortkoming zijn. Alleen bij goede inbedding in een ambulant behandeltraject (goede voor- en nazorg) kan een behandeling in het buitenland als effectief worden aangemerkt en daarmee voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hoewel de kliniek in Zuid-Afrika een aantal aanbevelingen doet voor de behandeling van verzoeker bij terugkeer in Nederland, is het onduidelijk hoe deze nazorg door de kliniek in Nederland is geregeld.

Nader onderzoek

Om te kunnen beoordelen of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van de klinische opname in de White River Manor kliniek in Zuid-Afrika dient de volgende informatie te worden toegevoegd aan het dossier:

- De MATE of een ander screeningsinstrument dat is afgenomen tijdens de ambulante behandeling door Trubendorffer, en*
- Informatie met betrekking tot de ambulante vervolgbehandeling in Nederland. (...)"*

3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 11 november 2020 verklaard:

"(...) Wij hebben ons beperkt tot twee vragen die voor ons uit het advies naar voren kwamen en welke wij aan cliënt hebben voorgelegd:

1 Heeft er voor de behandeling in Zuid-Afrika een MATE screening plaatsgevonden? Zo ja, door wie, wanneer en wilt u deze met ONVZ delen?

2 Bent u na opname in Zuid-Afrika verwezen voor een ambulante GGZ nabehandeling? Zo ja, waar bestond deze uit en door wie is deze behandeling uitgevoerd? Bent u actief verwezen voor deze nabehandeling door de White River Manor?

In zijn reactie op de door ons gestelde vragen gaf cliënt volgende aan:

1. Voor de behandeling in Zuid Afrika bij White River Manor is geen MATE score vastgesteld. Wel [is] tijdens de opname in Zuid Afrika alsnog een MATE score opgesteld.
2. Na de behandeling in White River Manor [is] een kort traject gevolgd bij Peggy-Sue Addiction Interventions en ben [ik] dagelijks naar de Engelstalige AA in Den Haag gegaan. Dit stond in mijn Plan van Aanpak dat ik tijdens mijn verblijf in White River Manor heb opgesteld.

Wij concluderen dat er geen MATE vooraf is afgenomen, ook is er niet eerder een MATE afgenomen. Cliënt en ook Peggy-Sue wisten zelf niet van het bestaan van dit meetinstrument. Ook is deze niet door Tubendorffer afgenomen.

Er is geen nazorg geweest anders dan deelname aan de Engelstalige AA in Den Haag en een kort "traject" bij Peggy-Sue Addiction Interventions. Van dit traject is de inhoud ons niet bekend, wel is bekend dat men met ervaringsdeskundigen werkt.

Verder is er geen sprake van een proefverlof in de eigen (woon) omgeving waarbij wij stellen dat de zorg dan niet voldoet aan de stand der wetenschap en praktijk. Dit laatste wordt ook in het advies van het Zorginstituut benoemd:

De Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving gaat er vanuit dat een klinische behandeling is ingebed in een ambulant behandeltraject. Klinische opnames dienen een aansluitende, ambulante vervolgbehandeling te hebben. De periode na ontslag geldt immers als een kwetsbare periode. Nu bij verzoeker het therapeutisch proefverlof in de eigen (woon)omgeving niet heeft kunnen plaatsvinden, is des te meer van belang dat de behandeling in Zuid-Afrika is ingebed in een ambulant vervolgtraject in Nederland. Het mogelijk ontbreken daarvan zou een tekortkoming zijn. Alleen bij goede inbedding in een ambulant behandeltraject (goede voor- en nazorg) kan een behandeling in het buitenland als effectief worden aangemerkt en daarmee voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hoewel de kliniek in Zuid-Afrika een aantal aanbevelingen doet voor de behandeling van verzoeker bij terugkeer in Nederland, is het onduidelijk hoe deze nazorg door de kliniek in Nederland is geregeld.

Ondanks dat cliënt aangeeft dat deze aanpak voor hem heeft gewerkt, wat voor hem zelf een enorme overwinning moet zijn [,] zien wij gebaseerd op bovenstaande geen reden om onze afwijzing van het traject bij White River Manor te herzien. (...)"

- 3.11. In het definitief advies van 17 december 2020 heeft het Zorginstituut over verzoeker verklaard:

"(...) Aanvullende informatie

Verweerder heeft het nader onderzoek uitgevoerd. Verzoeker heeft in reactie op de vragen van verweerder aangegeven dat er geen MATE is afgenomen voorafgaand aan de behandeling in de White River Manor kliniek in Zuid-Afrika. Daarnaast heeft verzoeker aangegeven dat hij na de behandeling in de White River Manor kliniek een kort traject heeft gevolgd bij Peggy-Sue Addiction Interventions en dagelijks naar de Engelstalige AA in Den Haag is gegaan. Dit stond in het Plan van Aanpak van verzoeker dat hij tijdens zijn verblijf in de White River Manor kliniek heeft opgesteld. Verweerder geeft aan dat er geen aanleiding bestaat om de afwijzing te herzien nu er geen MATE vooraf is afgenomen, de nazorg onvoldoende is en er geen sprake is van een proefverlof in eigen woonomgeving.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Screeningsinstrument

Uit de aanvullende informatie blijkt dat er geen screeningsinstrument, zoals de MATE is afgenomen om de ernst van de problematiek te bepalen en de daaruit volgende behandelintensiteit. De overweging om tot een (klinische) vervolgbehandeling over te gaan dient echter ondersteund te worden door een gestructureerd instrument als de MATE. Bij verzoeker heeft geheel geen gestructureerde beoordeling plaatsgevonden tijdens de ambulante behandeling (Tubendorffer)

en de detox opname (Brijder). Dit is niet conform de stand van de wetenschap en praktijk. Mede om deze reden kan niet vastgesteld worden of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op de uitgevoerde behandeling en of het verblijf noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg.

Ambulante vervolgbehandeling

Verzoeker heeft bij terugkeer in Nederland een kort traject gevolgd bij Peggy-Sue Interventions. Afgaand op hun website bestaat een traject uit begeleiding door een ervaringsdeskundige. Daarnaast heeft cliënt de Engelstalige AA gevolgd, een ondersteunend programma voor en door lotgenoten en ervaringsdeskundigen. Alleen bij goede inbedding in een ambulant behandeltraject (goede voor- en nazorg) kan een behandeling in het buitenland als effectief worden aangemerkt en daarmee voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Uit de website van Peggy-Sue Interventions blijkt dat het gaat om private behandelingen en niet om verzekerde zorg. Bovendien is de behandeling vrijblijvend. Er is geen Kwaliteitsstatuut beschikbaar op de website en het is onduidelijk wie de regiebehandelaar is. Een ervaringsdeskundige kan geen regiebehandelaar zijn. De Zorgstandaard stelt dat ervaringsdeskundigheid aanvullend is op de eigenlijke behandeling. Omdat het om ongecontracteerde zorg gaat, kan de zorgverzekeraar ook niet tevoren controleren of een behandelprogramma nazorg biedt.

Verder merkt het Zorginstituut op dat volgens het AGB-register van Vektis en de website van het CIBG de Stichting PSF (Peggy Sue) Verslavingszorg pas in november 2018 is gestart als Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC). Vanaf die datum betrof het een toegelaten instelling voor medisch-specialistische zorg op grond van de Wet toelating zorginstellingen, had het een Kwaliteitsstatuut en was de instelling ingeschreven in het Register van de Kamer van Koophandel.

Verzoeker is in juli 2018 via Peggy Sue naar Zuid-Afrika gegaan. Ook de terugkeer vond plaats een maand voordat deze stichting een ZBC werd. De ambulante begeleiding in Nederland - van behandeling kun je niet spreken - heeft dus plaatsgevonden vanuit een niet erkende GGZ-instelling. Dit betekent dat er geen sprake is geweest van een behandeling in het buitenland die goed is ingebed in een ambulant behandeltraject (goede voor- en nazorg) in Nederland. Daarmee voldoet de behandeling in het buitenland niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat de behandeling in de White River Manor kliniek in Zuid-Afrika niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Er is voorafgaand aan de klinische (vervolg) behandeling geen screeningsinstrument afgenomen en daarnaast is de behandeling niet goed ingebed in een ambulant behandeltraject. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van de klinische opname ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een klinische opname in de White River Manor kliniek in Zuid-Afrika maakt geen onderdeel uit van het basispakket. (...)

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten verbonden aan zijn klinische behandeling in de White River Manor kliniek in Zuid-Afrika alsnog aan hem te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de 'Algemene Bepalingen' van de zorgverzekering.



6. Beoordeling

- 
- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over geestelijke gezondheidszorg 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.



Standpunt verzoeker

- 
- 6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij in 2017 en 2018 in Nederland ambulant werd behandeld in verband met een ernstige alcoholverslaving, echter zonder voldoende resultaat. In de eindevaluatie van de behandelende kliniek wordt al gehint op een klinische interventie. Omdat de situatie van verzoeker escaleerde, heeft hij hulp gezocht bij Peggy-Sue Addiction Interventions voor een klinische behandeling in Zuid-Afrika. Vanwege een verslechtering van de situatie werd verzoeker al vóór de opname in Zuid-Afrika opgenomen in het LUMC. Daar bleek hij een acute alcoholische hepatitis te hebben. Later is verzoeker doorgestuurd naar de verslavingskliniek de Brijder. Hier werd de acute alcoholische hepatitis steeds erger. Verzoeker is toen gedurende vier dagen opgenomen geweest in het HMC Westeinde. Daarna is hij weer teruggegaan naar de Brijder. Op 29 juli 2018 is verzoeker aldaar ontslagen en is hij voor de duur van twee maanden opgenomen geweest in de White River Manor kliniek. De artsen bij de Brijder vertelden hem dat hij niet naar huis mocht. Als hij weer zou gaan drinken en de alcoholische hepatitis zou verergeren, zou verzoeker hieraan komen te overlijden. Hij werd alleen ontslagen omdat hij aansluitend in Zuid-Afrika kon worden opgenomen.

- 
- 6.3. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat hij geen indicatie zou hebben voor een klinische behandeling is onjuist. Hij was immers al opgenomen in Nederland. Er was sprake van een potentieel levensbedreigende situatie. De zorgverzekering die hij heeft afgesloten betreft een restitutiepolis. Verzoeker ging daarom ervan uit dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de opname zou vergoeden. De ziektekostenverzekeraar werpt hem onder andere tegen dat geen MATE-score is aangeleverd. Verzoeker heeft die wel overgelegd, maar deze is niet gehonoreerd door de ziektekostenverzekeraar. Ook zonder MATE-score is volgens verzoeker echter duidelijk dat klinische zorg was geïndiceerd. Er was sprake van ernstige comorbiditeit, ernstige afhankelijkheid en sociale desintegratie.



Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat bij de beoordeling van een aanvraag wordt uitgegaan van de beschikbare informatie die vooraf wordt aangeleverd. Dit geldt ook voor de zogenoemde MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie). Deze moet vooraf worden ingevuld om zo te kunnen bepalen of de verzekerde is aangewezen op klinische zorg dan wel dat sprake zal zijn van een ambulant behandeltraject.
- 
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar beschouwt bij verslavingszorg ook het therapeutisch proefverlof als een essentieel onderdeel van de klinische behandeling, ook bij een behandeling in het buitenland. In de zorgstandaarden wordt aangegeven dat dit essentieel is voor het welslagen van de behandeling. Het proefverlof heeft bovendien een belangrijke rol bij het gradueel afbouwen van de zorg. Dit wordt ook beschreven in de duiding medisch noodzakelijk verblijf van het Zorginstituut van 6 maart 2017. Het is voor herstel noodzakelijk dat de interactie met de eigen sociale omgeving tot stand komt voordat de patiënt ontslagen wordt uit de kliniek. Proefverlof heeft tot doel de in de kliniek geleerde vaardigheden in de praktijk te kunnen brengen, zodat de negatieve interactie met de eigen sociale omgeving kan worden weerstaan.
- 
- 6.6. In het geval van verzoeker is geen voorafgaande MATE aangeleverd. Ook heeft hij geen proefverlof gehad in de eigen (woon)omgeving. Daarom is de ziektekostenverzekeraar niet overgegaan tot vergoeding van de kosten van de klinische behandeling in Zuid-Afrika.

Overwegingen

- 6.7. Tussen Nederland en Zuid-Afrika is geen verdrag over de sociale ziektekostenverzekering gesloten. Daarom zijn de voorwaarden van de zorgverzekering leidend voor de beoordeling. Niet in geschil is dat (klinische) verslavingszorg een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Wat partijen verdeeld houdt, is de vraag of verzoeker hiervoor een (verzekerings)indicatie had en hoe deze is vastgesteld.
- 6.8. Om zeker te kunnen zijn dat een klinische behandeling is geïndiceerd, dient volgens het rapport 'Verslavingszorg in beeld, Alcohol & drugs' (2014) een screeningsdocument te worden gebruikt, zoals de MATE of EuropASI. De reden hiervoor is dat hiermee onder- of overbehandeling wordt voorkomen. In het kader van het nader onderzoek, zoals dit door het Zorginstituut in zijn advies van 29 september 2020 is geadviseerd, heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker gevraagd of een dergelijk screeningsdocument bij hem is gebruikt. Verzoeker heeft verklaard dat een MATE-score is bepaald tijdens de behandeling in Zuid-Afrika, dus niet voorafgaand daaraan. Ook bij de eerdere ambulante behandeling bij Tubendorffer is kennelijk geen screening uitgevoerd, zulks in afwijking van het aldaar toepasselijke kwaliteitsstatuut.
- 6.9. Voorts dient na afloop van de opname een gedegen ambulante vervolgbehandeling plaats te vinden. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker gevraagd hoe de nabehandeling bij hem is verlopen. Hij heeft verklaard dat hij in Nederland dagelijks de AA heeft bezocht. Verder heeft hij een kort "traject" bij Peggy Sue Addiction Interventions gevolgd. Waaruit dit traject heeft bestaan, is niet bekend.
- 6.10. Zoals door het Zorginstituut is uiteengezet, is diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit zonder voorafgaande triage (met een screeningsinstrument zoals de MATE of EuropASI) niet overeenkomstig de geldende richtlijnen en voldoet daarmee niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Nu noch alvorens de klinische behandeling in Zuid-Afrika werd aangevangen in overeenstemming met de richtlijnen is vastgesteld of verzoeker hierop redelijkerwijs was aangewezen, noch van te voren de behandelintensiteit conform de richtlijnen is vastgesteld, heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van deze behandeling. Bovendien kan een klinische behandeling in het buitenland alleen bij goede inbedding in een ambulant behandeltraject (goede voor- en nazorg) als effectief worden aangemerkt en daarmee voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ook aan deze voorwaarde is niet voldaan.
- De commissie merkt op dat het ten algemene mogelijk is dat een opname in de kliniek in Zuid-Afrika aan voornoemde voorwaarden voldoet. In de specifieke situatie van verzoeker staat echter vast dat geen voorafgaande screening heeft plaatsgevonden en dat geen sprake is geweest van een gedegen ambulante vervolgbehandeling. Daarmee staat niet vast dat hij redelijkerwijs was aangewezen op deze klinische behandeling en heeft hij geen aanspraak op vergoeding hiervan, ten laste van de zorgverzekering. De commissie volgt hiermee het definitief advies van het Zorginstituut van 17 december 2020.
- De commissie merkt ten overvloede op dat verzoeker de klinische behandeling al had afgesproken vóór de poliklinische behandeling in de Brijder startte. Bovendien is door of namens hem nooit geïnformeerd naar de voorwaarden waaronder een klinische behandeling wordt vergoed.
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 januari 2021,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Bij behandeling in een ggz-instelling mogen ook de volgende zorgverleners regiebehandelaar ggz zijn:

- verpleegkundig specialist ggz;
- specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater bij de hoofddiagnose dementie;
- verslavingsarts bij de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek.

Een psychiater of klinisch psycholoog is altijd beschikbaar voor advies of consultatie. Een internetprogramma kan deel uitmaken van het behandeltraject.

Als u de leeftijd van 18 jaar bereikt gedurende een behandeltraject bij een orthopedagoog-generalist of een kinder- en jeugdpsycholoog, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van voortzetting van deze behandeling voor maximaal 365 dagen. In die periode wordt de behandeling afgerond of wordt gewerkt aan overdracht naar een zorgverlener die als regiebehandelaar ggz is vermeld.

lid 2 U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van de huisarts of bedrijfsarts. Dit geldt niet voor acute zorg. Als u onder behandeling bent in de gespecialiseerde ggz, dan kan uw regiebehandelaar u ook verwijzen naar de generalistische basis-ggz. U hoeft dan niet eerst langs de huisarts.

lid 3 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor:

- behandeling van psychische klachten zonder dat sprake is van een psychische stoornis volgens de DSM-5;
- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- jeugd-ggz: geestelijke gezondheidszorg voor jongeren tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet en wordt geregeld door uw gemeente.

Niet alle behandelingen en interventies in de ggz voldoen aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1) van de zorgverzekering Basis. Behandelingen waarvan is vastgesteld of zij wel of juist niet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk staan vermeld in het *Dynamisch overzicht psychologische interventies ggz 2018*. U kunt dit overzicht opvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. Zie voor zorg in het buitenland ook artikel 25.

Voor vergoeding van kosten van behandeling van psychische klachten die een gevolg zijn van of samenhangen met een primair somatische (lichamelijke) aandoening geldt niet dit artikel, maar artikel 6.

lid 4 De kosten voor generalistische basis-ggz worden in rekening gebracht met een integrale prestatie basis-ggz.

Artikel 24 Gespecialiseerde ggz

lid 1 Opname in een ggz-instelling

Voor zover sprake is van op behandeling gerichte gespecialiseerde ggz bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van opname in een ggz-instelling of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis voor een ononderbroken periode van ten hoogste 1.095 dagen (3 niet-schrikkeljaren). Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van gespecialiseerde ggz, zoals hierna omschreven, en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging.

Ook vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname. Als dagbesteding onderdeel uitmaakt van de behandeling vergoedt de zorgverzekeraar ook deze kosten en van het vervoer daarnaartoe.

Toestemming vooraf

U heeft voorafgaande toestemming nodig van de zorgverzekeraar:

1. als u wordt opgenomen in een ggz-instelling in verband met een diagnose uit één van de volgende diagnosegroepen: aan alcohol gebonden stoornissen, overige aan een middel gebonden stoornissen of eetstoornissen. Bij acute zorg moet u de toestemming binnen de eerste behandelmaand (laten) aanvragen. De aanvraag moet voorzien zijn van een gemotiveerde schriftelijke toelichting en moet bepaalde onderdelen bevatten. Voor meer informatie hierover kunt u contact opnemen met het VvAA service center.
2. als het verblijf (ongeacht de diagnose) langer duurt dan 365 dagen. U moet uiterlijk in de tiende maand van het ononderbroken verblijf een gemotiveerde schriftelijke aanvraag op basis van de *Checklist Lggz* in (laten) dienen bij de zorgverzekeraar. Uw behandelaar kan u hierover informeren. De checklist kunt u ook zelf aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

lid 2

Gespecialiseerde ggz

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van gespecialiseerde ggz, zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden. De zorgverlener of ggz-instelling die de zorg verleent, beschikt over een kwaliteitsstatuut ggz. De zorgverzekeraar vergoedt naast de kosten van de behandeling ook de bij de behandeling behorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

lid 3

De regiebehandelaar ggz coördineert de behandeling en is voor u (en uw naasten) het aanspreekpunt tijdens de behandeling. Als meer zorgverleners bij uw behandeling betrokken zijn, moeten zij werken onder verantwoordelijkheid van een regiebehandelaar ggz.

De regiebehandelaar ggz is:

- BIG-geregistreerd klinisch psycholoog;
- BIG-geregistreerd psychotherapeut;
- BIG-geregistreerd klinisch neuropsycholoog;
- BIG-geregistreerd psychiater.

Bij behandeling in een ggz-instelling mogen ook de volgende zorgverleners regiebehandelaar ggz zijn:

- BIG-geregistreerd gezondheidszorgpsycholoog;
- verpleegkundig specialist ggz;
- specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater bij de hoofddiagnose dementie;
- verslavingsarts bij de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek.

Bij een klinische opname is de regiebehandelaar een psychiater of klinisch psycholoog. Die kan wel met uw ambulante regiebehandelaar afspreken dat die laatste ook gedurende de opname de regiebehandelaar blijft.

Als u de leeftijd van 18 jaar bereikt gedurende een behandeltraject bij een orthopedagoog-generalist of een kinder- en jeugdpsycholoog, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van voortzetting van deze behandeling voor maximaal 365 dagen. In die periode wordt de behandeling afgerond of gewerkt aan overdracht naar een zorgverlener die als regiebehandelaar ggz is vermeld.

lid 4

Voor gespecialiseerde ggz – met of zonder opname – moet u – voor aanvang van de zorg – een gerichte verwijzing hebben van een huisarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.

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

lid 5

De aanvraag kunt u toesturen ter attentie van onze medisch adviseur. De informatie wordt dan uitsluitend door onze medisch adviseur ingezien en beoordeeld.

Als u gebruik maakt van de privacyverklaring ggz gelden de betreffende voorwaarden voor het niet vermelden van tot de diagnose herleidbare gegevens.

lid 6

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor:

- behandeling van niet- of laag complexe psychische stoornissen die in de generalistische basis-ggz kunnen worden behandeld;
- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- jeugd-ggz: geestelijke gezondheidszorg voor jongeren tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet en wordt geregeld door uw gemeente.

Niet alle behandelingen en interventies in de ggz voldoen aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1) van de zorgverzekering Basis. Dat geldt ook voor zorg die in het buitenland wordt geleverd. Behandelingen waarvan is vastgesteld of zij wel of juist niet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk staan vermeld in het *Dynamisch overzicht psychologische interventies ggz 2018*. U kunt dit overzicht opvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering. Zie voor zorg in het buitenland ook artikel 25.

Artikel 25 Buitenland

Als u voor korte of langere tijd vertrekt naar het buitenland of als u in het buitenland een behandeling wilt ondergaan, adviseert de zorgverzekeraar u om vooraf na te gaan of u het juiste verzekeringsbewijs in uw bezit heeft, of u vooraf een formulier moet aanvragen en of voorafgaand aan de behandeling toestemming van de zorgverzekeraar nodig is. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het VvAA service center of www.vvaa.nl/zorgverzekering raadplegen.

- lid 1 U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de in dit deel B genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. Daarbij gelden ook de voorwaarden, die hiervoor bij de desbetreffende aanspraak vermeld staan. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1, lid 2.

Niet alle zorg in het buitenland voldoet aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1) van de zorgverzekering Basis. Bovendien is zorg in het buitenland soms duurder dan vergelijkbare zorg in Nederland. Daardoor kan het voorkomen dat kosten van zorg in het buitenland geheel of gedeeltelijk voor uw eigen rekening blijven. Wij raden u daarom aan om voor aanvang van de zorg contact op te nemen met het VvAA service center als u een behandeling in het buitenland wilt ondergaan.

Meer informatie over zorg in het buitenland staat in de toelichting *Grens aan zorg in het buitenland 2018*. U kunt deze toelichting aanvragen bij het VvAA service center of raadplegen op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

- lid 2 Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of een verdragsland heeft u naar keuze:
1. aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag, of
 2. aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1, lid 2. Het bepaalde in lid 1 is van toepassing.

Dit geldt ook als u in een ander EU/EER-land of een verdragsland woont en tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of een verdragsland.

- lid 3 Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft u aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1, lid 2. Het bepaalde in lid 1 is van toepassing.

- lid 4 Bij een ziekenhuisopname voor acute ziekte of ongeval kunt u contact opnemen met de Artsen Alarm Service (AAS) voor het regelen van de zorg waarvoor de zorgverzekering Basis dekking biedt. De procedure daarvoor kunt u nalezen in deel C (Zorgdiensten).

- lid 5 De zorgverzekeraar vergoedt nota's van zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

Artikel 26 Algemeen

In voorkomende gevallen kunt u aanspraak maken op vergoeding van de kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze verzekering als vaststaat dat:

- deze zorg naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en
- de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft gegeven, en
- deze zorg niet bij of krachtens de wet is uitgesloten.

Deel B Omvang Dekking

VvAA zorg op reis

Als er volgens de zorgverzekering Basis of een andere (ziektelkosten)verzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en de VvAA zorg op reis een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de zorgverzekering Basis of die andere (ziektelkosten) verzekering.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij zijn deel A-1 en A-2 ook van toepassing.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal:

1. het wettelijk geldende tarief in het land waarin de behandeling plaatsvindt,
2. als er geen wettelijk tarief bestaat, een marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat de zorgverzekeraar: het bedrag dat de zorgverlener rekent en dat niet onredelijk hoog is gelet op het bedrag dat andere zorgverleners in het land van behandeling rekenen.

De zorgverzekeraar vergoedt nota's van zorgverleners in euro's. Daarbij geldt de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

Vergoeding vindt alleen plaats als sprake is van medische noodzaak. Als meer personen op één verzekering verzekerd zijn, gelden de (maximale) vergoedingen per verzekerde, tenzij anders is aangegeven.

U moet contact opnemen met de Artsen Alarm Service voordat u kosten maakt als bedoeld in de Zorg op reis, tenzij dit redelijkerwijs niet mogelijk is. Als dit niet is gedaan, kan dit gevolgen hebben voor vergoeding van kosten. Dit geldt niet voor de dekking in artikel 5.

U kunt daarnaast contact opnemen voor advies over geneeskundige zorg.

De Artsen Alarm Service is altijd bereikbaar op telefoonnummer + 31 (0)30 241 29 08. De zorgverzekeraar vergoedt de telefoonkosten gemaakt vanuit het buitenland naar de Artsen Alarm Service.

Artikel 1 Nadere algemene bepalingen

lid 1 Wie zijn verzekerd?

Verzekerd zijn de personen zo genoemd op het polisblad, als zij ook een zorgverzekering hebben als bedoeld in de Zorgverzekeringswet.

lid 2 Waar bent u verzekerd?

U bent in het buitenland verzekerd. In uw woonland bent u ook verzekerd, maar alleen als sprake is van minimaal één betaalde overnachting. De voorwaarde dat sprake moet zijn van minimaal één betaalde overnachting geldt niet bij voorziene zorg.

lid 3 Voor hoe lang bent u verzekerd?

U bent verzekerd als u voor een periode van maximaal 180 dagen naar het buitenland vertrekt (dit geldt niet bij voorziene zorg). U bent voor dezelfde periode verzekerd in uw woonland, buiten uw woonplaats, als sprake is van minimaal één betaalde overnachting.

lid 4 Eisen voor zorgverleners

Bij zorg in een land buiten Nederland moet de zorgverlener zijn ingeschreven in de door de overheid gehanteerde registers. Zonder zo'n register moet de zorgverlener ingeschreven staan in het eventuele register van de erkende beroepsgroep. De beroepsgroep moet de zorg als gebruikelijk zien.

lid 5 Medische gegevens

U geeft – voor zover nodig – toestemming aan de medisch adviseur van de Artsen Alarm Service om bepaalde gegevens over te dragen aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar. Dit betreft gegevens over de reden en achtergrond van behandeling of repatriëring.

- lid 6 **(Zieken)vervoer**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van passend vervoer. Bij vliegen worden vergoed de kosten van de economy class, tenzij dit redelijkerwijs onmogelijk is. Bij gebruik van een auto vergoedt de zorgverzekeraar € 0,27 per kilometer. De zorgverzekeraar gaat bij het vaststellen van de vergoeding uit van de optimale route. Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed.
- lid 7 **Verblijf**
De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van verblijf (daaronder begrepen overnachting en maaltijden) in de hierna genoemde gevallen, tot maximaal € 150,- per persoon per dag.

Artikel 2 Onvoorziene zorg

- lid 1 **Onvoorziene zorg**
Bij acute ziekte of ongeval van verzekerde vergoedt de zorgverzekeraar, na contact met de Artsen Alarm Service, de kosten van:
- zorg die voor eigen rekening blijven. Dit geldt alleen voor zover de kosten onder de zorgverzekering Basis vallen en hoger zijn dan het bedrag dat was vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het wettelijke tarief of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de zorgverzekering Basis of een andere ziektekostenverzekering maakt hiervan deel uit;
 - in Nederland of in het buitenland geregistreerde geneesmiddelen die niet worden vergoed volgens de zorgverzekering Basis of een andere ziektekostenverzekering;
 - middelen die in Nederland geregistreerd staan als Niet Geneesmiddel tot maximaal € 250,- per kalenderjaar;
 - bij de behandeling horende hulpmiddelen en verbandmiddelen;
 - het ziekenvervoer van verzekerde naar en van de zorgverlener volledig.
- lid 2 **Repatriëring**
De zorgverzekeraar vergoedt:
- bij ernstig letsel door een ongeval of ernstige ziekte de medisch noodzakelijke repatriëring van verzekerde naar het door de Artsen Alarm Service aangewezen land, met de voorgeschreven medische begeleiding;
 - de noodzakelijke extra kosten van verblijf van de te repatriëren verzekerde als repatriëring om medische reden noodzakelijk maar (nog) niet mogelijk is;
 - eenmalig de kosten van vervoer en verblijf voor bezoek aan de te repatriëren verzekerde van één persoon als repatriëring om medische reden noodzakelijk maar (nog) niet mogelijk is;
 - de extra kosten van vervoer als u door ziekte of letsel niet met het geplande vervoersmiddel naar huis kan terugkeren.

De Artsen Alarm Service regelt het vervoer en verblijf voor u.

Artikel 3 Aanvullende dienstverlening

- lid 1 **Opsporing en redding**
Als u vanwege ziekte of ongeval in een noodsituatie belandt waarbij opsporing of redding noodzakelijk is, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten hiervan tot maximaal € 25.000,-.
- lid 2 **Vervoer naar ziekenhuis bij opname en verblijf voor onvoorziene zorg**
Vervoer en verblijf verzekerde bij opname reisgenoot
De zorgverzekeraar vergoedt de extra kosten van vervoer en verblijf van verzekerde als een reisgenoot in het ziekenhuis is opgenomen of door andere medische redenen niet naar huis kan terugkeren.
- Vervoer en verblijf verzekerde reisgenoten*
De zorgverzekeraar vergoedt de extra kosten van vervoer van verzekerde reisgenoten naar het ziekenhuis waar verzekerde is opgenomen. Ook worden vergoed de extra kosten van verblijf van verzekerde reisgenoten in verband met de ziekenhuisopname van verzekerde.
- Vervoer en verblijf bezoekers*
De volgende vergoeding geldt alleen bij een opname van verzekerde die naar verwachting langer dan 5 dagen duurt of bij een levensbedreigende situatie. De zorgverzekeraar vergoedt eenmalig de extra kosten van vervoer en verblijf van maximaal twee personen voor bezoek

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.

Zorgverzekeringswet

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 zeven 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°. 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;
 - 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 verslachte 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 gehemeltespelen, 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.