

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM Zorgverzekeraar
Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden

Zaak : GGZ, zorgplicht, Villa Ramadas, DBC-systematiek

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv,
2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021, art. 20
Vo. nr. 883/2004

Zaaknummer : 202101155

Zittingsdatum : 9 februari 2022

1. Partijen

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

tegen

OWM Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 10 september 2021 heeft verzoeker per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. Bij brief van 17 september 2021 heeft hij zijn verzoek toegelicht. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan; op 4 oktober 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 16 december 2021 zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 21 december 2021 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 7 januari 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021050820) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op dezelfde dag aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 februari 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de na het voorlopig advies ontvangen stukken zijn op 18 februari 2022 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 7 maart 2022 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Wel heeft het Zorginstituut nog een extra opmerking geplaatst. Partijen zijn daarom in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft op 11 maart 2022 op het definitief advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op dezelfde dag ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende Ziektekostenverzekering Sure (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker is op 8 april 2021 door de huisarts verwezen naar Villa Ramadas in Portugal voor een klinische behandeling van zijn verslavingsproblematiek. Hierover heeft tussen partijen het nodige

telefonisch contact plaatsgevonden, mede naar aanleiding van het uitblijven van een aanvraag. Deze bereikte de ziektekostenverzekeraar uiteindelijk op 29 mei 2021.

- 3.3. Op 31 mei 2021 werd de door Villa Ramadas ingediende aanvraag afgewezen door de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. In de weken daarna is tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar uitgebreid gecorrespondeerd per e-mail. Uiteindelijk heeft verzoeker op 25 juni 2021 verklaard af te zien van de voorgenoemde klinische behandeling in Villa Ramadas.
- 3.5. Het Zorginstituut heeft op 7 januari 2022 per brief meegedeeld:

"(...) Het geschil gaat over een vergoeding van een behandeling in het buitenland, waarvan uit het dossier blijkt dat verzekerde van de behandeling afziet. Hierdoor is er niets meer in geschil. Gelet op artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Dit geschil heeft geen betrekking hierop. Het gaat namelijk niet om geneeskundige zorg, zoals onder meer medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden. Het Zorginstituut heeft daarom geen adviesbevoegdheid en brengt in dit geschil geen advies uit. (...)"

- 3.6. Het Zorginstituut heeft op 7 maart per brief meegedeeld:

"(...)"

Opmerking

Uit het dossier blijkt dat verzekerde van de eerder gewenste behandeling bij Villa Ramadas in Portugal [afziet]. Dit wordt bevestigd in de e-mail d.d. 25 juni 2021. Beoordeling of de aangevraagde behandeling een verzekerde prestatie is en of verzoeker hierop is aangewezen, kan daarom achterwege blijven. Het Zorginstituut is niet bevoegd om te adviseren over het resterende verzoek om een bindend advies over de handelwijze van verweerder.

Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten en/of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven om als nog een voorlopig advies te geven. Het Zorginstituut heeft in dit geschil nog steeds geen adviesbevoegdheid(...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aanvankelijk aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar toestemming moet verlenen voor de klinische behandeling in Villa Ramadas in Portugal. De commissie begrijpt het gewijzigde verzoek zo dat verzoeker:
 - (i) een verklaring voor recht wenst dat de ziektekostenverzekeraar de op hem rustende zorgplicht niet is nagekomen en dat hij hiervoor excuses moet aanbieden;
 - (ii) schadevergoeding vordert, en
 - (iii) publicatie van het bindend advies.

- 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 4.6.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over geneeskundige zorg en de zorgplicht alsmede die uit Vo. nr. 883/2004 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker is vanaf zijn 18e verslaafd aan cannabis en alcohol. Ruim vier jaar geleden deed hij een suïcidepoging en is een ambulante behandeling bij Brijder gestart. Begin 2021 was sprake van een terugval. De relatie van verzoeker werd beëindigd en zijn arbeidsovereenkomst werd niet verlengd, waardoor hij zijn baan heeft verloren. Hij kwam in de schulden omdat hij van de Belastingdienst ontvangen toeslagen moest terugbetalen. In april 2021 nam hij een overdosis medicijnen. Vervolgens bleek een klinische behandeling in Nederland door de lange wachtlijsten niet mogelijk. Wel kon verzoeker "worden opgesloten". Na een gedwongen opname stond hij echter binnen een halve dag weer op straat, waarna hij werd gearresteerd vanwege vermeende stalking.
- 6.3. Verzoeker heeft, met hulp van het UWV, inmiddels een stabiel inkomen, maar is tot werken niet in staat. Hij ziet intussen in dat hulp nodig is. De wekelijkse gesprekken bij Brijder volstaan daartoe niet. Daarom heeft hij zich gewend tot Villa Ramadas in Portugal, alwaar hij klinisch kan worden behandeld voor zijn verslaving en er geen wachtlijsten zijn. Verzoeker heeft hier een intake gehad, maar op 25 juni 2021 heeft hij besloten de behandeling aldaar geen doorgang te laten vinden. Ook van een behandeling bij Rivierduinen, waar hij na een spoedverwijzing terecht kon, werd door verzoeker afgezien. Met deze instelling heeft hij in het verleden namelijk slechte ervaringen opgedaan, en over de doorverwijzing naar deze zorgaanbieder werd hij niet geraadpleegd.
- 6.4. Volgens verzoeker kon hem in Nederland geen effectieve en noodzakelijke zorg worden geboden. De ziektekostenverzekeraar komt toezeggingen bij herhaling niet na, hij belt niet terug en reageert niet op klachten. Daarnaast wordt onzorgvuldig gehandeld, zoals blijkt uit het feit dat zijn dossier is zoekgeraakt. De aanvraag voor de behandeling in Portugal is op onjuiste gronden en zonder behoorlijke onderbouwing afgewezen, volgens verzoeker met als enige reden dat het een zorgaanbieder in het buitenland betreft. De ziektekostenverzekeraar heeft niet proactief en klantvriendelijk geacteerd. Verzoeker concludeert dat de ziektekostenverzekeraar in strijd met de op hem rustende zorgplicht heeft gehandeld. Hij vraagt de commissie zich hierover uit te spreken, hem een schadevergoeding toe te kennen, en de ziektekostenverzekeraar te verplichten het bindend advies te publiceren, dit alles ter voorkoming van herhaling.
- 6.5. Verzoeker heeft ter zitting ter aanvulling aangevoerd dat hij weg wilde uit zijn omgeving, omdat hij teveel werd geconfronteerd met de dingen om hem heen. Hij had vertrouwen in Villa Ramadas, en diende een aanvraag in bij de ziektekostenverzekeraar. Na veel bellen vernam hij uiteindelijk dat er nog een DBC openstond bij Brijder, zodat Villa Ramadas niet kon declareren. Uiteindelijk bleek dat de ziektekostenverzekeraar niet wilde meewerken aan een behandeling bij Villa Ramadas. Door alle gebeurtenissen en het tijdsverloop is het van behandeling bij Villa Ramadas niet meer gekomen en heeft verzoeker zijn eigen pad moeten kiezen en inmiddels elders zorg gevonden. De hele gang van zaken heeft veel psychisch leed veroorzaakt, nog afgezien van het feit dat verzoeker zijn baan heeft verloren.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.6. De ziektekostenverzekeraar bestrijdt wat verzoeker heeft gesteld. Op 27 mei 2021 heeft hij navraag gedaan bij Villa Ramadasnaar de ingediende aanvraag. Deze werd uiteindelijk door hem op 29 mei 2021 ontvangen. Van een zoekgeraakte aanvraag is dan ook geen sprake. De desbetreffende aanvraag werd niet in behandeling genomen omdat al een zorgtraject bij Brijder was geopend. De regelgeving staat eraan in de weg dat voor eenzelfde zorgtraject twee parallelle DBC's worden geopend. Aanvankelijk heeft de ziektekostenverzekeraar hier vanwege de privacy van verzoeker geen actieve rol in willen spelen en heeft hij hem te kennen gegeven dat Brijder en

Villa Ramadas het probleem van de parallelle DBC's onderling zouden moeten oplossen, en dat zij daarom over de overdracht van de behandeling in overleg dienden te treden.

Los daarvan plaatst de ziektekostenverzekeraar kanttekeningen bij een behandeling als de onderhavige in het buitenland. Zo is de kans op recidive in het algemeen meer dan 50 percent, is de aard van de behandeling onduidelijk, is de sociale omgeving van de patiënt niet betrokken, en is het proefverlof niet goed te organiseren. De ziektekostenverzekeraar verwijst hierbij naar 'Verslavingszorg in beeld' van het Zorginstituut Nederland en andere publicaties.

- 6.7. De ziektekostenverzekeraar wijst er verder op dat specifiek voor de door verzoeker ingediende aanvraag geldt dat op grond van artikel 23.2.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering voorafgaande toestemming en onder meer een indicatie voor een klinische opname is vereist die is gesteld door een psychiater of klinisch psycholoog. De door verzoeker overgelegde brief van Brijder is niet aan te merken als een verwijzing van de behandelend psychiater voor een klinische behandeling. Tot slot is in een gesprek met de vader van verzoeker gebleken dat de intake niet werd gedaan door de psychiater van Villa Ramadas, wiens naam onder het (ongedateerde) behandelplan staat, maar alleen door een basispsycholoog. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat hij, mét een machtiging van verzoeker, in overleg is getreden met Brijder, hetgeen ertoe heeft geleid dat er een spoedverwijzing naar Rivierduinen is gekomen. Dat verzoeker slechte ervaringen had opgedaan met deze zorgaanbieder was bij de ziektekostenverzekeraar toen nog niet bekend. Van het hierop volgende aanbod de diagnostiek te laten verrichten door de psychiater van Villa Ramadas werd door verzoeker - voor zover bekend - geen gebruik gemaakt. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat inmiddels een traject bij Brijder is gestart. Van schending van de zorgplicht is geen sprake.
- 6.8. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting ter aanvulling toegelicht dat de aanvraag in de eerste plaats niet in behandeling is genomen vanwege de reeds door Brijder geopende DBC; er kunnen niet tegelijkertijd twee trajecten lopen voor één behandeling. Er kon daarom geen toestemming worden gegeven en dit komt feitelijk neer op een afwijzing van de aanvraag. Verder heeft hij aangevoerd dat verslavingsproblematiek altijd complex is. Er zijn aanbieders in het buitenland die gouden bergen beloven. Helaas is het niet altijd zo als het wordt voorgesteld. Dat alles goed was gekomen als verzoeker naar Villa Ramadas was gegaan, is niet zeker. De ziektekostenverzekeraar probeert hulp te regelen waar mogelijk, maar dat lukt helaas niet voor iedereen. Er is geprobeerd mee te denken, maar dit is helaas niet zo overgekomen.

Overwegingen commissie

- 6.9. Verzoeker wenste aanvankelijk naar een andere EU/EER-lidstaat, namelijk Portugal, te gaan om daar een behandeling te ondergaan. In die situatie is sprake van planbare zorg. Hierop ziet artikel 20 Vo. nr. 883/2004. Op grond van dit artikel heeft een verzekerde recht op zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) de zorg niet tijdig in Nederland beschikbaar is. Daarnaast geldt de eis dat een verzekerde voorafgaand aan de behandeling toestemming moet vragen aan de ziektekostenverzekeraar. Doet de verzekerde dit niet dan blijft de verordening in beginsel buiten beschouwing. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05). Zoals valt op te maken uit het arrest Elchinov van het Hof van Justitie kan sprake zijn van bijzondere omstandigheden die aan het vooraf vragen van toestemming in de weg staan.
- 6.10. Naar uit de stukken valt op te maken, heeft de intake bij Villa Ramadas plaatsgevonden naar aanleiding van een verwijzing van de huisarts van 8 april 2021. De aanvraag werd pas na de intake, namelijk op 29 mei 2021, bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Verzoeker heeft weliswaar aangevoerd dat dit eerder zou zijn gebeurd, en dat zijn dossier is zoek geraakt, maar hij heeft zulks niet aannemelijk gemaakt, hoewel dit op zijn weg lag. Dit betekent dat voor het behandeltraject in Portugal geen voorafgaande toestemming is gevraagd. Nu van bijzondere omstandigheden, die het voor verzoeker niet mogelijk maakten vooraf toestemming te vragen niet is gebleken, is de conclusie dat de verordening buiten toepassing blijft en dat het recht op

vergoeding van de onderhavige behandeling uitsluitend dient te worden beoordeeld op grond van de zorgverzekering.

- 6.11. De zorgverzekering biedt dekking voor klinische gespecialiseerde GGZ vanaf 18 jaar. Gaat een verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorginstelling voor specialistische GGZ met verblijf, zoals Villa Ramadas, dan dient vooraf schriftelijk toestemming te worden gevraagd, zo volgt uit artikel 23.2.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Daarvoor is, naast een verwijsbrief van een huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts (artikel 23.2.1 van de voorwaarden, onder kopje 'Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid', sub a.) een klinische opname indicatie, gesteld door een psychiater of klinisch psycholoog, vereist (artikel 23.2.1 onder voormeld kopje, sub b.). Als gezegd, is de verwijzing naar Villa Ramadas afkomstig van de huisarts. Verder is een aanbevelingsbrief overgelegd, afkomstig van Brijder, maar dit betreft geen verwijzing of klinische opname indicatie door een psychiater of klinisch psycholoog. Het stuk werd ondertekend door een verpleegkundig specialist GGZ. Ten aanzien van het behandelplan is door de ziektekostenverzekeraar gesteld, en door verzoeker niet bestreden, dat daaronder weliswaar de naam van een psychiater staat, maar dat verzoeker bij de intake alleen is gezien door een basispsycholoog. De commissie stelt verder vast dat ook een checklist LGGZ ontbreekt. Dit alles zou reeds voldoende grond zijn de op basis van de verzekeringsvoorwaarden vereiste toestemming voor de klinische behandeling in Villa Ramadas te weigeren. De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel in eerste instantie geoordeeld dat de aanvraag niet in behandeling kon worden genomen, omdat door Brijder voor de zelfde zorgvraag al een DBC werd geopend. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat dit feitelijk neerkomt op een afwijzing. Hierbij is door hem verwezen naar hoofdstuk 5 van de Regeling gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (NR/REG-2113a) van de Nederlandse Zorgautoriteit. De commissie stelt vast dat parallelle zorgtrajecten volgens genoemde regeling alleen mogelijk zijn bij verschillende diagnoses en als sprake is van substantieel verschillende behandelingen. Dat alles is in de situatie van verzoeker niet aan de orde. Terecht werd dan ook besloten de aanvraag niet in behandeling te nemen dan wel deze af te wijzen.
- 6.12. De vraag is of de ziektekostenverzekeraar anderszins heeft gehandeld in strijd met de op hem rustende zorgplicht, zoals bedoeld in artikel 11, eerste lid, Zvw. Naar het oordeel van de commissie is dit niet het geval. De ziektekostenverzekeraar was niet gehouden op eigen initiatief zaken te gaan regelen met de betrokken zorgaanbieders. Dit zou in strijd zijn met de privacywetgeving en de vrijheid van verzoeker zelf zijn zorgaanbieder te kiezen. Een vrijheid waarvan hij gebruik heeft willen maken door zich te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, en waardoor het probleem met de parallelle zorgtrajecten mede is ontstaan. Het recht op vergoeding ten laste van de zorgverzekering is voor deze zorg immers gekoppeld aan de DBC-systematiek, en er liep al een zorgtraject in verband met dezelfde diagnose bij Brijder. De ziektekostenverzekeraar legde het initiatief tot wijziging van deze situatie bij de zorgaanbieders en verzoeker, en dit was naar het oordeel van de commissie op dat moment geen onjuiste beslissing. Vervolgens heeft (de medisch adviseur van) de ziektekostenverzekeraar zich ingespannen om een spoedverwijzing te regelen in overleg met Brijder en Rivierduinen. Dat verzoeker met laatstgenoemde zorgaanbieder slechte ervaringen had opgedaan, was niet bekend en kan (de medisch adviseur van de) ziektekostenverzekeraar daarom niet worden verweten. Van de nadien door (de medisch adviseur van) de ziektekostenverzekeraar geboden mogelijkheid een diagnose voor een klinische behandeling te laten stellen door de psychiater van Villa Ramadas werd door verzoeker om hem moverende redenen geen gebruik gemaakt, zodat (de medisch adviseur van) de ziektekostenverzekeraar ook in die zin geen verwijt valt te maken. Ook overigens strookt het beeld dat verzoeker schetst niet met dat wat uit de stukken naar voren komt. Er is voorafgaand aan het indienen van de aanvraag het nodige telefonisch contact geweest en daaropvolgende correspondentie werd steeds inhoudelijk beantwoord. Dat verzoeker en zijn vader wellicht een ander beeld hebben gehad van de rol van de ziektekostenverzekeraar en diens medisch adviseur, doet niet af aan de conclusie dat - binnen de grenzen van de wet- en regelgeving en de verzekeringsvoorwaarden - is getracht verzoeker te voorzien van de voor hem noodzakelijke zorg, waarmee invulling is gegeven aan eerder genoemde zorgplicht. Onder deze omstandigheden behoeft hetgeen de ziektekostenverzekeraar in algemene zin heeft gesteld ten aanzien van de problemen bij klinische verslavingszorg in het buitenland geen bespreking meer.

Het zelfde geldt voor de stelling van verzoeker dat de aanvraag werd afgewezen omdat het zorg in het buitenland betreft. Zoals hiervoor is toegelicht waren hiervoor andere gronden aanwezig, en is de aanvraag afgewezen, althans kon deze niet in behandeling worden genomen met het oog op de reeds door Brijder geopende DBC voor de zelfde diagnose.

- 6.13. Nog daargelaten dat de door verzoeker gevorderde schadevergoeding niet is gesubstantieerd of gespecificeerd, hetgeen al voldoende reden is dit onderdeel van het verzoek af te wijzen, bestaat tot toekenning van enige vergoeding wegens geleden schade - zo daarvan al sprake is - gezien hetgeen hiervoor is overwogen geen grond.
- 6.14. Bij het derde onderdeel van het verzoek heeft verzoeker geen belang, nu publicatie van de bindende adviezen van de commissie, en daarom ook van dit bindend advies, in geanonimiseerde vorm al plaatsvindt via de website van de SKGZ.
- 6.15. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 april 2022,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

3. Europese wet- en regelgeving
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

Artikel 22 Buitenland

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op (naar keuze):

- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener. De hoogte van de vergoeding vindt u in Rubriek A onder artikel 1.5. Als u toestemming van ons heeft gekregen voor de behandeling, krijgt u maximaal 100% van het Wmg-(maximum)tarief vergoed. Is er geen Wmg-(maximum)tarief? Dan krijgt u de kosten tot maximaal 100% van het Nederlandse marktconforme tarief vergoed;
- spoedeisende zorg: dit is medisch noodzakelijke zorg binnen 24 uur na het ontstaan van de klacht, die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar het woonland. U krijgt bij spoedeisende zorg een vergoeding van de kosten tot maximaal 100% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief? Dan krijgt u de kosten tot maximaal 100% van het Nederlandse marktconforme tarief vergoed;
- zorg waar u recht op heeft op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of een verdrag. De vergoeding van de kosten wordt ook geregeld door de EU-sociale zekerheidsverordening of het verdrag.

Let op! Het is mogelijk dat bijbetalingen van het betreffende land van toepassing zijn, bijvoorbeeld Belgische remgelden. Deze tellen wel mee voor het toepasselijke eigen risico of eigen bijdrage.

Wat zijn de voorwaarden?

- de zorg voldoet aan de voorwaarden zoals opgenomen in deze polisvoorwaarden;
- de zorgverlener is bevoegd de zorg te verlenen in het betreffende land;
- de verwijzing naar een zorgverlener buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland;
- voor nota's die niet in het Nederlands, Frans, Duits of Engels zijn opgesteld moet de verzekerde een vertaling, door een beëdigd tolk, bijvoegen. De originele anderstalige nota's moeten op een zodanige wijze zijn opgemaakt en/of vertaald dat zonder verdere navraag kan worden vastgesteld tot welke vergoeding Zorg en Zekerheid is gehouden.

Heb ik toestemming nodig?

Voor intramurale zorg (opname van tenminste één nacht) heeft u voorafgaande toestemming nodig.

Artikel 23 Geestelijke Gezondheidszorg

23.1 Generalistische Basis GGZ vanaf 18 jaar

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op Generalistische Basis GGZ zoals klinisch psychologen en psychiaters als zorg plegen te bieden. Deze zorg is toegankelijk vanaf 18 jaar en bestaat uit vijf prestaties, namelijk: kort, middel, intensief, chronisch en onvolledig behandeltraject.

U heeft recht op Generalistische Basis GGZ in een vrije vestiging geleverd door de volgende regiebehandelaren:

- a. een gezondheidszorgpsycholoog;
- b. een psychotherapeut;
- c. een klinisch (neuro)psycholoog;
- d. verzekerden die gedurende de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereiken, mogen de zorg ook ontvangen van de volgende regiebehandelaren:
 - een kinder- en jeugdpsycholoog;
 - een orthopedagoog generalist.

Mocht u Generalistische Basis GGZ ontvangen in een GGZ-instelling dan kan de voorgaande lijst van regiebehandelaren aangevuld worden met:

- de verpleegkundig specialist GGZ;
- de specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater (als dementie de hoofddiagnose is);
- de verslavingsarts in profielregister KNMG (als verslaving en/of gokproblematiek de hoofddiagnose is).

Wat zijn de voorwaarden?

- de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar bij direct contact (activiteiten die in direct contact met u plaatsvinden) zijn:
 - a. het vaststellen, mede beoordelen van de diagnose en vaststellen van het dossier tijdens de diagnostiefase. De diagnose wordt tevens onderbouwd;
 - b. het opstellen van een behandelplan gericht op verantwoorde behandeling naar de stand van de wetenschap en conform de richtlijn;
 - c. het evalueren van de behandeling en als nodig bijstellen van het behandelplan.

- de zorgverlener heeft een kwaliteitsstatuut GGZ dat geregistreerd is bij www.ggzkwaliteitsstatuut.nl, dat voldoet aan het meest actuele model kwaliteitsstatuut GGZ en wordt nageleefd.

Waar heb ik geen recht op?

De zorg omvat niet:

- de specialistische zorg bedoeld in artikel 23.2;
- een intelligentieonderzoek;
- schoolpsychologische zorg;
- begeleiding zoals cursussen en trainingen;
- orthopedagogische zorg;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen, tenzij dit voortvloeit uit eerder genoemde stoornis volgens DSM-5;
- hulp bij overspanning en burn-out, tenzij dit zich uit in eerder genoemde stoornis volgens DSM-5;
- hulp bij psychische klachten zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Interventies die niet door het Zorginstituut Nederland zijn beoordeeld, worden beoordeeld door Zorg en Zekerheid aan de stand van de wetenschap en praktijk. Leidraad hierbij is het advies van Zorgverzekeraars Nederland 'Therapieën GGZ' of opvolgend(e)/aanvullend(e) advies(s)(zen). Dit advies kunt u vinden in de 'brochure therapieën' op zorgzekerheid.nl/ggzdocumenten.

Heb ik een verwijzing nodig?

Voor de Generalistische Basis GGZ is een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Op de verwijsbrief moeten de volgende gegevens vermeld worden:

- persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
- reden van verwijzing (diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn);
- waarnaar wordt verwezen (Generalistische Basis GGZ);
- naam, functie en AGB-code van de verwijzer;
- handtekening verwijzer;
- datering (voorafgaand aan de start van de behandeling).

Een verwijzing is uiterlijk negen maanden geldig. Voor een vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is geen nieuwe verwijzing nodig. Wanneer de behandeling langer dan negen maanden wordt onderbroken is er voor de vervolgbehandeling een nieuwe verwijzing nodig.

Wij volgen het 'besluit verwijzingen GGZ' van het ministerie van VWS van 21 april 2017. U kunt dit document (brochure afspraken verwijzing GGZ) vinden op zorgzekerheid.nl/ggzdocumenten.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

23.2 Gespecialiseerde GGZ vanaf 18 jaar

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op Gespecialiseerde GGZ zoals een psychiater en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg is toegankelijk vanaf 18 jaar. De zorg omvat niet de Generalistische Basis GGZ als bedoeld in artikel 23.1.

Wat zijn de voorwaarden?

- er moet sprake zijn van een regiebehandelaar;
- de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar bij direct contact (activiteiten die in direct contact met u plaatsvinden) zijn:
 - het vaststellen, mede beoordelen van de diagnose en vaststellen van het dossier tijdens de diagnostiekfase. De diagnose wordt tevens onderbouwd;
 - het vaststellen van een behandelplan gericht op verantwoorde behandeling naar de stand van de wetenschap en conform de richtlijn;
 - het evalueren van de behandeling en als nodig bijstellen van het behandelplan.
- de regiebehandelaar draagt hiernaast de verantwoordelijkheid voor:
 - de bevoegdheid en bekwaamheid van de medebehandelaars in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor het hulppersoneel verantwoordelijk is;
 - het voldoen van de dossiervoering aan de gestelde eisen. Medebehandelaars hebben daarin ook een eigen verantwoordelijkheid;
 - zich te laten informeren door medebehandelaars en andere bij de behandeling betrokken professionals, zoveel als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de patiënt. De regiebehandelaar toetst of de activiteiten bijdragen aan, en passen in, het vastgestelde behandelplan;

- d. de zorg dat hij en medebehandelaars elkaar treffen in persoonlijk contact en in teamverband met de daartoe noodzakelijke frequentie op geleide van de problematiek van de patiënt;
 - e. goede communicatie met de patiënt en diens naasten (als van toepassing en akkoord door patiënt) over het beloop van de behandeling in relatie tot het behandelplan;
 - f. het afsluiten van de behandeling conform de DBC-spelregels.
- bij een instelling voor Gespecialiseerde GGZ kan gebruik worden gemaakt van hulppersoneel. Hulppersoneel is bevoegd om een gedeelte van de behandeling onder supervisie van de regiebehandelaar uit te voeren;
 - uitsluitend zorgverleners die zijn opgenomen in de beroepentabel DBC-GGZ, zoals opgenomen in bijlage 3 bij de geldende Regeling gespecialiseerde GGZ van de NZa, kunnen taken als hulppersoneel vervullen. Deze regeling kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten;
 - de zorg wordt verleend in de praktijk of kliniek van de zorgverlener. Voor thuisbehandeling wordt een uitzondering gemaakt wanneer er sprake is van medische noodzaak;
 - de zorgverlener heeft een kwaliteitsstatuut GGZ dat geregistreerd is bij www.ggzkwaliteitsstatuut.nl, dat voldoet aan het meest actuele model kwaliteitsstatuut GGZ en wordt nageleefd.

Heb ik een verwijzing nodig?

Voor de Gespecialiseerde GGZ is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg/crisiszorg.

Op de verwijsbrief moeten de volgende gegevens vermeld worden:

- persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
- reden van verwijzing (diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn);
- waarnaar wordt verwezen (Gespecialiseerde GGZ);
- naam, functie en AGB-code verwijzer;
- handtekening verwijzer;
- datering (voorafgaand aan de start van de behandeling).

U moet ten aanzien van de periode waarvoor de verwijzing is verleend, beschikken over een geldige verwijzing, die niet ouder is dan negen maanden ten opzichte van de aanvang van de zorg. Voor een vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is geen nieuwe verwijzing nodig, als de vervolgbehandeling binnen negen maanden na einde van de eerdere behandeling aanvangt. Wanneer de behandeling langer dan negen maanden wordt onderbroken, is er voor een vervolgbehandeling een nieuwe verwijzing nodig.

Wij volgen het 'Besluit verwijzingen GGZ' van het ministerie van VWS van 21 april 2017. U kunt dit document (brochure afspraken verwijzing GGZ) vinden u op zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten.

23.2.1 Klinische gespecialiseerde GGZ vanaf 18 jaar

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- opname in een GGZ-instelling, een instelling voor specialistische verslavingszorg of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste drie jaar (1.095 dagen). Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als een onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de drie jaar (1.095 dagen). Onderbrekingen wegens weekend- of vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de drie jaar (1.095 dagen);
- specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- de opname is medisch noodzakelijk in het kader van de behandeling;
- er moet sprake zijn van een regiebehandelaar. Bij klinische specialistische GGZ zijn dat:
 - a. de psychiater in alle gevallen;
 - b. de klinisch psycholoog in alle gevallen;
 - c. de verpleegkundig specialist in geval van patiënten/cliënten waar de primaire focus van de behandeling niet (meer) gericht is op biologische en psychologische factoren, maar meer op de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft in het (inter)persoonlijk functioneren, op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);
 - d. de psychotherapeut bij vormen van psychotherapie binnen verschillende therapeutische referentiekaders op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);
 - e. de GZ-psycholoog bij patiënten waar de primaire focus van de behandeling niet gericht is op biologische factoren of de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft, maar meer op de psychologische factoren. Het gaat om patiënten met een stoornis die behandeld kunnen worden met grotendeels psychologische behandelmethoden waarbij geen sprake is van een spoedeisend

- karakter of de noodzaak tot opname. Dit alles op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);
- f. de verslavingsarts in profielregister KNMG bij preventie, diagnostiek en behandeling van misbruik en verslaving van middelen, waaronder alcohol en tabak, illegale middelen en geneesmiddelen alsook zogenaamde gedragsverslavingen; wanneer er geen sprake is van comorbiditeit met ernstige, complexe psychiatrische stoornissen, op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);
 - g. de klinisch neuropsycholoog bij zorgvragen met specifieke neuropsychologische componenten, op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);
 - h. de klinisch geriater, specialist ouderengeneeskunde voor patiënten van (biologisch) oudere leeftijd waarbij multimorbiditeit (van zowel psychiatrische als somatische aard) een grote rol speelt in de klachtenpresentatie, op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);
 - i. verzekerden die gedurende de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereiken, mogen, op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO), de zorg ook ontvangen van de volgende regiebehandelaren:
 - een kinder- en jeugdpsycholoog;
 - een orthopedagoog generalist.

Waar heb ik geen recht op?

- neurofeedback;
- psychoanalyse;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen, tenzij dit voortvloeit uit een diagnose volgens DSM-5;
- hulp bij overspanning en burn-out, tenzij dit voortvloeit uit een diagnose volgens DSM-5;
- een intelligentieonderzoek dat geen onderdeel uitmaakt van de geneeskundige behandeling;
- schoolpsychologische zorg;
- begeleiding zoals cursussen en trainingen van niet-geneeskundige aard;
- orthopedagogische zorg;
- hulp bij psychische klachten zonder dat er sprake is van een psychische stoornis volgens de DSM-5;
- interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Interventies die niet door het Zorginstituut Nederland zijn beoordeeld, worden beoordeeld door Zorg en Zekerheid aan de stand van de wetenschap en praktijk. Leidraad hierbij is het advies van Zorgverzekeraars Nederland 'Therapieën GGZ' of opvolgend(e)/aanvullend(e) advies(s)(zen). Dit advies kunt u vinden in de 'brochure therapieën' op zorgzekerheid.nl/ggzdocumenten;
- gespecialiseerde (verslavings)zorg waarbij resocialisatie het primaire doel betreft;
- opname op basis van een sociale indicatie (bijvoorbeeld bij het niet beschikken over huisvesting).

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- u dient vooraf schriftelijk toestemming aan te vragen als u naar een niet-gecontracteerde zorginstelling gaat voor specialistische GGZ met verblijf. Om deze toestemming aan te vragen, stuurt de zorgverlener aan Zorg en Zekerheid, namens u:
 - a. een verwijsbrief van een huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts;
 - b. de klinische opname-indicatie, die is vastgesteld door een psychiater of een klinisch psycholoog;
 - c. het voorgestelde geneeskundige behandelplan opgesteld door een psychiater of een klinisch psycholoog, inclusief aantal behandelminuten en de uit te voeren activiteiten en verrichtingen;
 - d. de namen van de zorgverleners, inclusief regiebehandelaar (onder vermelding van BIG-registratienummer), die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg;
 - e. de onderbouwing van de te declareren deelprestatie inclusief inzet VOV-personeel in relatie tot de stoornis;
 - f. de DBC-declaratiecode en de prestatiecode.
- voor verblijf dat (naar verwachting) langer duurt dan één jaar, (tweede en derde jaar verblijf) moet, voor het voortzetten van het verblijf, vooraf, te weten uiterlijk twee maanden voor afloop van het eerste verblijfsjaar, schriftelijke toestemming worden aangevraagd bij Zorg en Zekerheid.

In de toestemmingsaanvraag moet de motivatie voor de noodzaak van verblijf worden vastgelegd, evenals het zorgzwaartepakket en een indicatie van de verwachte duur van het voortgezet verblijf. In individuele gevallen kan de adviserend geneeskundige verzoeken om inzage in het behandelplan. Er dient een checklist LGGZ aanwezig te zijn die de indicatie tot langdurige GGZ aangeeft. Een dergelijke checklist LGGZ kunt u vinden op zorgzekerheid.nl/ggzdocumenten.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

23.2.2 Ambulante gespecialiseerde GGZ vanaf 18 jaar

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op gespecialiseerde GGZ:

- in een vrije vestiging door één van de volgende regiebehandelaren:
 - a. psychotherapeut;
 - b. klinisch (neuro)psycholoog;
 - c. psychiater.
- in een GGZ-instelling door één van de volgende regiebehandelaren:
 - a. de psychiater in alle gevallen;
 - b. de klinisch psycholoog in alle gevallen;
 - c. de verpleegkundig specialist in geval van patiënten/cliënten waar de primaire focus van de behandeling niet (meer) gericht is op biologische en psychologische factoren, maar meer op de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft in het (inter)persoonlijk functioneren, op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);
 - d. de psychotherapeut bij vormen van psychotherapie binnen verschillende therapeutische referentiekaders, op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);
 - e. de GGZ-psycholoog bij patiënten waar de primaire focus van de behandeling niet gericht is op biologische factoren of de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft, maar meer op de psychologische factoren. Het gaat om patiënten met een stoornis die behandeld kunnen worden met grotendeels psychologische behandelmethoden waarbij geen sprake is van een spoedeisend karakter of de noodzaak tot opname. Dit alles op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);
 - f. de verslavingsarts in profielregister KNMG bij preventie, diagnostiek en behandeling van misbruik en verslaving van middelen, waaronder alcohol en tabak, illegale middelen en geneesmiddelen alsook de zogenaamde gedragsverslavingen; wanneer er geen sprake is van comorbiditeit met ernstige, complexe psychiatrische stoornissen, op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);
 - g. de klinisch neuropsycholoog bij zorgvragen met specifieke neuropsychologische componenten, op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);
 - h. de klinisch geriater, specialist ouderengeneeskunde voor patiënten van (biologisch) oudere leeftijd waarbij multimorbiditeit (van zowel psychiatrische als somatische aard) een grote rol speelt in de klachtenpresentatie op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);
 - i. verzekerden die gedurende de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereiken, mogen de zorg ook ontvangen van de volgende regiebehandelaren, op voorwaarde dat een klinisch psycholoog/psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO):
 - een kinder- en jeugdpsycholoog;
 - een orthopedagoog generalist.

Wat zijn de voorwaarden?

De zorgverlener heeft een kwaliteitsstatuut GGZ dat geregistreerd is bij www.ggzkwaliteitsstatuut.nl, dat voldoet aan het meest actuele model kwaliteitsstatuut GGZ en wordt nageleefd.

Waar heb ik geen recht op?

- neurofeedback;
- psychoanalyse;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen, tenzij dit voortvloeit uit een diagnose volgens DSM-5;
- hulp bij overspanning en burn-out, tenzij dit voortvloeit uit een diagnose volgens DSM-5;
- een intelligentieonderzoek dat geen onderdeel uitmaakt van de geneeskundige behandeling;
- schoolpsychologische zorg;
- begeleiding zoals cursussen en trainingen van niet-geneeskundige aard;
- orthopedagogische zorg;
- hulp bij psychische klachten zonder dat er sprake is van een psychische stoornis volgens de DSM-5;
- interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Interventies die niet door het Zorginstituut Nederland zijn beoordeeld, worden beoordeeld door Zorg en Zekerheid aan de stand van de wetenschap en praktijk. Leidraad hierbij is het advies van Zorgverzekeraars Nederland 'Therapieën GGZ' of opvolgend(e)/aanvullend(e) advie(s)(zen). Deze adviezen kunt u vinden op zorgzekerheid.nl/ggzdocumenten.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U dient vooraf schriftelijk toestemming aan te vragen als u naar een niet-gecontracteerde zorginstelling gaat voor ambulante specialistische GGZ. Om deze toestemming aan te vragen, stuurt de zorgverlener aan Zorg en Zekerheid, namens u:

- a. een verwijfsbrief van een huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts;
- b. de indicatie (de onderbouwing dat u aangewezen bent op specialistische GGZ) inclusief DSM-5-diagnose zoals vastgesteld door de geneeskundig behandelaar;
- c. het voorgestelde geneeskundige behandelplan zoals opgesteld door de geneeskundig behandelaar en vastgesteld door de regiebehandelaar, inclusief aantal behandelminuten en de uit te voeren activiteiten en verrichtingen;
- d. de zorgverleners en diens beroep, inclusief regiebehandelaar (onder vermelding van BIG-registratienummer), die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg;
- e. de DBC-declaratiecode en de prestatiecode.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 24 Ketenzorg

24.1 Ketenzorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op multidisciplinaire gecoördineerde zorg, ook wel ketenzorg genoemd, als u een specifieke chronische aandoening heeft. Voor de definitie van ketenzorg verwijzen wij naar de begripsomschrijvingen.

Waar heb ik geen recht op?

Zelfmanagementcursussen (niet door een huisarts of praktijkondersteuner gegeven) vallen uitdrukkelijk niet onder de keten. Deze zorg wordt vergoed in sommige van onze aanvullende verzekeringen.

Wat zijn de voorwaarden?

De ketenzorg wordt geleverd bij een specifieke chronische aandoening (COPD, astma, CVRM en diabetes mellitus type 2). De zorg wordt door verschillende zorgverleners op een gecoördineerde wijze geleverd en is conform de vastgestelde zorgstandaard van de desbetreffende aandoening. Voor een overzicht van welke zorgaanbieders deelnemen aan de keten, kunt u terecht op onze website zorgzekerheid.nl. Onder het kopje Zorg en gezondheid en vervolgens onder ketenzorg is het overzicht te vinden.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

24.2 Voetzorg buiten de keten

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op voetzorg zoals huisartsen die plegen te bieden aan verzekerden met diabetes mellitus type 1 of 2. Deze zorg kan geleverd worden door podotherapeuten en/of door pedicures in opdracht van een podotherapeut. Deze zorg kan zowel binnen de ketenzorg (artikel 24.1) als buiten de ketenzorg verleend worden.

Wat zijn de voorwaarden?

- er moet sprake zijn van medisch noodzakelijke zorg;
- er moet sprake zijn van minimaal een Zorgprofiel 2. Uitzondering hierop is de jaarlijkse voetcontrole, waarvoor een Zorgprofiel 1 als minimum geldt;
- de zorg moet worden verleend door een podotherapeut of pedicure die onder contract staat van een podotherapeut. Meer informatie kunt u vinden op zorgzekerheid.nl;
- de podotherapeut dient geregistreerd te staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd).

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist als de zorg niet verleend wordt door de huisarts of medisch specialist.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of 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 gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
 - c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

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

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*

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