

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202300999

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2023 de kosten van de behandeling door een psychotherapeut in België moet vergoeden. Dit betreft elf zittingen à € 100,-.

De zorgverzekeraar heeft de aanvraag daartoe afgewezen, omdat geen sprake is van geestelijke gezondheidszorg zoals bedoeld in de polisvoorwaarden. Het is niet aangetoond dat de zorg voldoet aan de geldende kwaliteitseisen en aan de samenwerking die vanuit deze kwaliteitseisen wordt verwacht van transgendernetwerken. Zo staat niet vast dat het maandelijkse multidisciplinaire overleg (MDO) daadwerkelijk plaatsvindt. Het psychologische zorgtraject hangt daarnaast onlosmakelijk samen met de medisch specialistische behandeling en moet vanuit dezelfde DBC worden gefinancierd.

- 1.2. De commissie overweegt dat het in dit geval gaat om psychologische begeleiding in het kader van transgenderzorg. Dit is niet aan te merken als geneeskundige of curatieve geestelijke gezondheidszorg, omdat het bij verzoekster niet gaat om het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis of psychiatrische aandoening. Deze zorg kan wel worden vergoed als (onderdeel van) een medisch specialistische behandeling. De zorgverzekeraar heeft in dit kader aangevoerd dat niet is gebleken dat de gestelde maandelijkse MDO's daadwerkelijk hebben plaatsgevonden. Verzoekster heeft echter enkele MDO-verslagen overgelegd, waaruit blijkt dat er in ieder geval vier MDO's zijn geweest. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar niet toegelicht waarop hij baseert dat de MDO's maandelijks moeten plaatsvinden. Deze verplichting volgt niet uit de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg - Somatisch. De commissie concludeert daarom dat de argumenten van de zorgverzekeraar geen stand houden en dat verzoekster aanspraak heeft op de geleverde zorg. Verzoekster heeft aangevoerd dat de benodigde zorg

niet-tijdig in Nederland beschikbaar was en dat zij om die reden is uitgeweken naar België. De zorgverzekeraar heeft dit onvoldoende weersproken. Dit leidt tot de conclusie dat de zorgverzekeraar verzoekster in het kader van Verordening (EG) nr. 883/2004 dan ook ten onrechte zijn toestemming heeft onthouden. Daarom moet de zorgverzekeraar nagaan welk bedrag op basis van de Belgische sociale ziektekostenverzekering zou zijn vergoed. Als de uitkomst lager is dan de werkelijke kosten ten bedrage van € 1.100,- heeft verzoekster normaal gesproken op grond van de zorgverzekering recht op aanvulling tot het Nederlandse tarief voor zover dit de werkelijke kosten niet overschrijdt.

De commissie is, gezien de bijzondere en specifieke omstandigheden van verzoekster en de wijze waarop een en ander is verlopen, van oordeel dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is als verzoekster, wanneer na tarifiering blijkt dat de vergoeding in België lager is dan de onderhavige kosten van € 1.100,-, met een tekort blijft zitten en oordeelt om die reden dat de ziektekostenverzekeraar in dat geval gehouden is verzoekster volledig te suppleren tot het genoemde bedrag van € 1.100,-.

- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 8 november 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 13 november 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld. Verzoekster heeft op 29 november 2023 nog aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Deze is aan het dossier toegevoegd.
- 2.2. Bij brief van 15 januari 2024 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 17 januari 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 8 februari 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024002452) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 9 februari 2024 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster heeft, eveneens op 9 februari 2024, schriftelijk gereageerd op de brief van de zorgverzekeraar van 15 januari 2024. Hierbij heeft zij aanvullende informatie gevoegd. Kopieën van de brief en de aanvullende stukken zijn op 12 februari 2024 aan de zorgverzekeraar gestuurd.
- 2.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 27 maart 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. Tijdens de hoorzitting is afgesproken dat de zorgverzekeraar intern zou overleggen over een eventueel voorstel aan verzoekster. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 april 2024 geïnformeerd over de uitkomst. Een kopie van de brief is op 16 april 2024 aan verzoekster gestuurd. Zij heeft hierop bij e-mailbericht van 16 april 2024 gereageerd. Een kopie hiervan is op 17 april 2024 ter informatie aan de zorgverzekeraar gestuurd.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting, de pleitnota's, de brief van verzoekster van 9 februari met bijlagen, en de nagekomen stukken zijn op 17 april 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 8 februari 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 24 april 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2023 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Eigen Keuze (restitutie) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoekster is in 2022 onder behandeling gekomen bij een psychotherapeut in België in verband met genderdysforie. Zij was toen verzekerd bij een andere verzekeraar. Die verzekeraar heeft haar een machtiging verleend voor zes behandelingen door de psychotherapeut. Verzoekster is sinds 1 januari 2023 verzekerd bij de zorgverzekeraar. Zij heeft op 15 januari 2023 bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor voortzetting van voornoemde zorg.
- 3.3. Bij brief van 23 februari 2023 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen, omdat de desbetreffende behandeling geen verzekerde zorg betreft.
- 3.4. Bij brief van 27 februari 2023 heeft de behandelend klinisch seksuoloog/psychotherapeut verklaard: *"Deze psychotherapie is gekaderd binnen ketenzorg van het Benelux Genderteam en gaat online of in België door. (...) De hulpverlening aan transgenderpersonen wordt volgens het Benelux Genderteam georganiseerd volgens de internationale Standards HGFEDCBA of Care 8 (SOC) van de World Professional Association of Transgender Health (WPATH) en de Nederlandse Zorgstandaard Transgenderzorg. Dit steeds op doorverwijzing van en in samenwerking met de huisarts en in samenwerking met en/of doorverwijzing naar endocrinologen, psychiaters, logopedisten, plastisch chirurgen, dermatologen en andere specialisaties. (...) Ik vraag u als zorgverzekeraar deze kosten te dekken voor deze cliënt. Het niet-dekken van deze essentiële zorg is risicovol voor de verdere continuering van de therapie, het algemeen welzijn en de psychische gezondheid van mijn cliënt."*
- 3.5. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 14 april 2023 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 8 februari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.7. Bij brief van 24 april 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2023 de kosten van de behandeling door een psychotherapeut in België moet vergoeden. Het betreft 11 zittingen à € 100,-, zodat de gevraagde vergoeding in totaal € 1.100,- bedraagt.
- 4.2. Verzoekster heeft in het verzoek om heroverweging van 7 maart 2023 toegelicht waarom zij van oordeel is dat de zorg wél voldoet aan de polisvoorwaarden. Het Benelux Genderteam is een multidisciplinair team dat is gespecialiseerd in geprotocolleerde transgenderzorg. De zorg wordt verleend conform de richtlijnen van de WPATH en dient daarom te worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Verzoekster heeft vanwege de wachttijden in Nederland gekozen voor een behandeltraject in België. Verzoekster merkt tevens op dat zij een restitutiepolis heeft, zodat zij vrije artskeuze heeft en de zorg moet worden vergoed. Aangezien verzoekster in 2022 al onder behandeling was bij deze zorgaanbieder, en de kosten hiervan grotendeels werden vergoed door haar vorige verzekeraar, heeft zij vóór haar overstap naar de zorgverzekeraar goed gekeken of de zorg ook door hem wordt vergoed. Zij heeft in de

polisvoorwaarden of op de website geen informatie gevonden waaruit blijkt dat deze zorg niet wordt vergoed.

Verzoekster verklaart verder dat de zorgverzekeraar ten onrechte stelt dat de kwartiermaker haar behandelaar niet erkent. In het laatste overzicht van de transgenderzorg in Nederland, dat door de kwartiermaker is gepubliceerd, staat namelijk dat het per verzekeraar verschilt of deze zorgaanbieder wordt gezien als onderdeel van een erkend genderteam.

- 4.3. In de brief van 8 november 2023, gericht aan de commissie, heeft verzoekster voorts aangevoerd dat in de door haar overgelegde overeenkomsten van de psychiater, de endocrinoloog, de chirurg en de psychotherapeut expliciet is vermeld dat partijen zich committeren aan de samenwerking in MDO-verband zoals is vereist in de Kwaliteitsstandaard. Ook is er centrale regie vanuit de zorgcoördinator en de regiebehandelaar (de psychotherapeut). Volgens de zorgverzekeraar zijn niet alle relevante disciplines vertegenwoordigd in de MDO-samenwerking, maar hij vermeldt hierbij niet welke disciplines volgens hem dan ontbreken. De Nederlandse Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg stelt bij zorg voor een transgender vrouw alleen de disciplines psychiatrie, endocrinologie en chirurgie verplicht. Andere disciplines kunnen ook een rol spelen, maar zijn niet verplicht.
- De zorgverzekeraar heeft verwezen naar een eerder bindend advies van de commissie (SKGZ 202200378). Verzoekster benadrukt dat de situatie van betrokkene in dat bindend advies anders is dan haar situatie. Zij is namelijk onder behandeling bij een andere psychotherapeut. Daarnaast heeft zij, anders dan voornoemde betrokkene, bewijsstukken die ouder zijn dan de aanvraag. Bovendien gaat het niet om een genderbevestigende operatie, maar om psychotherapie. Verzoekster merkt op dat zij zonder vergoeding van deze zorg haar transitietraject halverwege had moeten stoppen om van behandelaar te wisselen. Gezien de huidige wachtlijsten zou dit een vertraging van enkele jaren betekenen.
- 4.4. Verzoekster heeft op 9 februari 2024 schriftelijk gereageerd op de brief van de zorgverzekeraar van 15 januari 2024. In aanvulling op het bovenstaande heeft zij aangevoerd dat de zorgverzekeraar niet eerder heeft verzocht om toezending van MDO-verslagen, en alleen de samenwerkingsovereenkomsten heeft opgevraagd. Het door de zorgverzekeraar genoemde argument over de aard van de zorg is volgens verzoekster een nieuwe afwijzingsgrond, die nog niet eerder door hem is aangevoerd. Deze afwijzingsgrond heeft verzoekster bovendien verbaasd, omdat zowel haar vorige als haar huidige verzekeraar de kosten van de psychologische zorg heeft vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- Verzoekster heeft ook de brief van 9 februari 2024 van haar advocaat meegestuurd. Deze voert namens haar aan, dat het binnen het systeem van de wet niet uitmaakt of de aanvraag ziet op geestelijke gezondheidszorg of medisch specialistische zorg, omdat het allemaal geneeskundige zorg is zoals bedoeld in artikel 10, sub a, Zvw en artikel 2.4, eerste lid, Bzv. Het (wettelijke) beoordelingskader is daarmee hetzelfde. Als de aangevraagde zorg niet ziet op geestelijke gezondheidszorg, dan zou de zorgverzekeraar moeten onderzoeken of het als medisch specialistische zorg voor vergoeding in aanmerking komt. De vraag onder welke DBC-code de zorg kan worden gedeclareerd, is een kwestie die speelt tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Eventuele onduidelijkheid hierover kan verzoekster niet worden tegengeworpen. De advocaat verwijst naar een procedure bij de rechtbank tussen een andere verzekerde en de zorgverzekeraar. Deze procedure eindigde in een schikking, waarbij "het veronderstelde gebrek aan een multidisciplinaire aanpak geen onderwerp van discussie meer was". De zorgverzekeraar heeft in die zaak dus erkend dat het Benelux Genderteam voldoet aan de gestelde eisen. Ook in het geval van verzoekster heeft de zorgaanbieder aantoonbaar multidisciplinair gewerkt. De advocaat wijst erop dat op grond van de Handreiking [Netwerksamenwerking Transgenderzorg] slechts vereist is dat alle relevante disciplines zijn vertegenwoordigd.
- 4.5. Tijdens de hoorzitting heeft verzoekster verklaard dat zij in 2023 11 zittingen heeft gehad bij de betreffende psychotherapeut. De kosten waar het geschil om draait bedragen dus totaal € 1.100,--. Verzoekster is ervan overtuigd dat de door haar ontvangen zorg voldoet aan de voorwaarden en dat de kwaliteit niet onderdoet aan de zorg van alle andere decentraal werkende netwerken voor transgenderzorg. Het tegendeel is volgens haar ook niet aannemelijk gemaakt door de

zorgverzekeraar. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar de door haar aangedragen stukken in het geheel niet meegenomen in zijn besluitvorming of hij heeft deze zonder onderbouwing in twijfel getrokken.

Verzoekster heeft herhaald dat als zij van genderteam zou moeten wisselen, dit voor veel vertraging zou zorgen, omdat hiervoor lange wachtlijsten bestaan.

Daarnaast meent verzoekster dat de zorgverzekeraar in de procedure een nieuw argument heeft aangevoerd, te weten dat de psychische begeleiding moet worden bekostigd uit de DBC voor de endocrinologische behandeling. Het Zorginstituut heeft alleen geschreven dat dit een mogelijkheid is. Verzoekster vindt dit ingewikkeld en bureaucratisch.

Verder heeft verzoekster toegelicht dat de behandelaren maandelijks met elkaar overleggen over alle patiënten. De door haar overgelegde MDO-verslagen zijn van de keren dat haar zaak specifiek is besproken. Verzoekster heeft voorts gesteld dat de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg - Somatisch een uitwerking is van de WAPTH. De Handreiking [Netwerksamenwerking Transgenderzorg] is het advies van de kwartiermaker.

Verzoekster heeft tevens opgemerkt dat het Maasstadziekenhuis bekend is met de onderhavige constructie en ook de behandelend psychotherapeut kent. Alle andere patiënten die in behandeling zijn bij het Benelux Genderteam kunnen de kosten ter declaratie indienen bij de verzekeraar, en dan worden deze vergoed.

Daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, heeft verzoekster meegedeeld dat zij voor de vergoeding niet specifiek een beroep doet op Verordening (EG) nr. 883/2004 of de voorwaarden van de zorgverzekering. Zij wil gewoon de € 1.100,- die zij heeft betaald voor de psychische begeleiding vergoed krijgen.

- 4.6. Verzoekster schrijft in haar e-mailbericht van 16 april 2024 dat zij heeft gelezen dat de zorgverzekeraar toch niet tot een voorstel is gekomen. Zij sluit zich aan bij het verzoek van de zorgverzekeraar om een bindend advies uit te brengen.

5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat hij de onderhavige zorg niet vergoedt. Hij heeft in de afwijzende beslissing van 23 februari 2023 hiertoe aangevoerd dat geen sprake is van verzekerde zorg, omdat het Benelux Genderteam volgens de kwartiermaker geen erkend transgenderteam is. In de heroverweging van 14 april 2023 heeft de zorgverzekeraar de volgende toelichting gegeven: *"Onderlinge afstemming tussen de zorgverleners vindt plaats in structurele MDO's (conform de richtlijn), dat komt nu niet duidelijk naar voren in de gestuurde informatie. Daarom is nog steeds het standpunt dat Benelux Genderzorg niet voldoet aan de gestelde eisen."*

In de brief van 25 augustus 202, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft de zorgverzekeraar verklaard dat uit de door verzoekster overgelegde overeenkomsten niet blijkt dat sprake is van transgenderzorg die voldoet aan de geldende kwaliteitseisen en aan de samenwerking die vanuit deze kwaliteitseisen wordt verwacht van transgendernetwerken. Benelux Genderteam voldoet niet aan meerdere punten uit hoofdstuk 2.2 van de Handreiking Netwerksamenwerking Transgenderzorg. Zo zijn niet alle relevante disciplines vertegenwoordigd in dit genderteam. De disciplines die wél zijn vertegenwoordigd, worden niet door minimaal twee personen met een toelatingsovereenkomst of loondienstverband vertegenwoordigd. Verder ziet de zorgverzekeraar niet wie de zorgcoördinator is, wie de hoofdbehandelaar is voor de medisch specialistische zorg en wie de regiebehandelaar is voor de GGZ. Ook ziet de zorgverzekeraar geen criteria voor diagnostiek en de somatische indicatiestelling. Daarnaast blijkt niet hoe onderling wordt doorverwezen en hoe betrokkenen de doorlooptijden waarborgen. Voorts is volgens de zorgverzekeraar het MDO onvoldoende beschreven. De zorgverzekeraar verwijst naar het bindend advies van de commissie, SKGZ 202200378. Hierin stelt de commissie onder andere dat T-Cendent niet voldoet aan de te stellen kwaliteitseisen, omdat er bijvoorbeeld geen sprake lijkt te zijn van een MDO. Op dat moment maakte T-Cendent al deel uit van Benelux Genderteam.

- 5.2. De zorgverzekeraar heeft in zijn brief aan de commissie van 15 januari 2024 toegelicht dat er twee redenen zijn dat hij de onderhavige zorg niet vergoedt. De eerste reden is de aard van de zorg. De zorg die verzoekster ontvangt is geen geestelijke gezondheidszorg zoals bedoeld

in de polisvoorwaarden. De zorgverzekeraar voert in dit verband aan dat genderdysforie in 2018 door de WHO uit de lijst van psychische stoornissen is geschrapt. Het zorgtraject dat verzoekster doorloopt is niet gericht op herstel of het voorkomen van verergering van haar genderdysforie. Het psychologische zorgtraject is ondersteunend aan de (medisch specialistische) endocrinologische en operatieve behandelingen die zij ontvangt in het kader van haar geslachtstransitie. Dit maakt dat het psychologische zorgtraject onlosmakelijk samenhangt met haar medisch specialistische behandeling en ook op dezelfde manier moet worden gefinancierd. Concreet betekent dit dat de psychologische zorg moet worden bekostigd vanuit dezelfde DBC als die waaruit de endocrinologische behandeling wordt bekostigd. Voor deze zorg is een speciale, verzwaarde DBC beschikbaar (059899070 Polikliniekbezoek(en)/ consultatie(s) op afstand tijdens real-life fase bij incongruentie genderidentiteit). De psychologische zorg die verzoekster ontvangt, komt niet zelfstandig voor vergoeding in aanmerking.

De tweede reden is de kwaliteit van de zorg. Deze is volgens de zorgverzekeraar onvoldoende. Er is gesteld dat maandelijks een MDO plaatsvindt, maar de zorgverzekeraar heeft hiervan geen verslaggeving ontvangen. Hij kan dus niet vaststellen dat deze overleggen daadwerkelijk hebben plaatsgevonden. Dat verzoekster heeft aangetoond dat meerdere disciplines zijn betrokken bij de behandeling, maakt dit niet anders.

Daarnaar door de commissie gevraagd, heeft de zorgverzekeraar verklaard dat hij met het Maasstad ziekenhuis een contractafpraak heeft voor medisch specialistische zorg. Deze zorg vergoedt hij binnen de afspraken van dit contract. De zorg van de Medische Kliniek Velsen zal pas worden beoordeeld als de factuur is ingediend.

- 5.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat in de polisvoorwaarden is bepaald dat bij transgenderzorg de diagnostiek en behandeling worden uitgevoerd conform de internationale richtlijnen van de WPATH voor de behandeling en begeleiding van transgenders en door een multidisciplinair samengesteld genderteam in een centrum of erkend netwerk dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde behandeling van transgenders. Het Benelux Genderteam voldoet niet aan deze voorwaarden, omdat onvoldoende sprake is van samenhang en integraliteit. Uit de overgelegde samenwerkingsovereenkomsten volgt dat onvoldoende sprake is van een bestendige en structurele samenwerking. Er lijken slechts ad hoc samenwerkingen te zijn, waarbij de behandelteams per patiënt wisselend worden samengesteld. De onderhavige psychische begeleiding betreft de ondersteuning van een medische behandeling. En de kosten hiervan moeten worden bekostigd vanuit het ziekenhuis (dat wil zeggen: vanuit de DBC). Het betreft geen zelfstandige geestelijke gezondheidszorg. Het ziekenhuis had moeten vaststellen dat de ondersteuning nodig was en deze moeten faciliteren. De zorgverzekeraar merkt hierbij op dat de medisch specialistische zorg tijdig beschikbaar was en ook is geleverd. Daarom mocht de zorgverzekeraar de aanvraag afwijzen. De zorgverzekeraar concludeert dat de Verordening (EG) 883/2004, vanwege de tijdige beschikbaarheid van de zorg, buiten toepassing blijft, zodat de beoordeling beperkt blijft tot de vraag of de zorg ten laste van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt. Hij merkt op dat ook in het geval de verordening wordt toegepast op grond van de zorgverzekering aanspraak moet bestaan op de zorg. Daarnaast door de commissie gevraagd, heeft de zorgverzekeraar toegezegd dat hij zal nagaan of het mogelijk is dat de onderhavige zorg alsnog onder de DBC van het ziekenhuis kan worden gebracht, waarbij de kosten met het ziekenhuis worden verrekend. Daarnaast zal hij intern overleggen of hij eventueel nog een schikkingsvoorstel zal doen aan verzoekster.
- 5.4. De zorgverzekeraar heeft in zijn brief van 10 april 2024 aan de commissie meegedeeld dat het overleg met het ziekenhuis tot op heden niet tot resultaat heeft geleid. Daarom stelt de zorgverzekeraar voor dat de commissie alsnog een bindend advies uitbrengt in het onderhavige geschil.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 8 februari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het geschil betreft de vraag of de psychotherapeutische behandelingen geneeskundige ggz betreffen of dat deze behandelingen behoren tot de medisch-specialistische zorg, die verzoekster krijgt in het kader van genderdysforie, en ook op deze manier gefinancierd moet worden. Daarnaast heeft het geschil betrekking op de kwaliteit van de zorg.

Kwaliteit Benelux Genderteam

Het is van belang dat patiënten goede zorg krijgen. Mogelijk heeft verweerder een bepaling in de polis opgenomen waaruit blijkt dat de behandeling moet voldoen aan de SOC of de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg somatisch 2018. Alleen dan is het mogelijk om de aanvraag af te wijzen op deze grond. Het behoort niet tot de taken van het Zorginstituut om hierover te adviseren.

Geneeskundige ggz

Verzoekster heeft in 2022 een psychotherapeutisch traject in het kader van transgenderzorg doorlopen en dient in 2023 bij verweerder een aanvraag in voor de voortzetting van de psychotherapeutische zorg.

Uit de brief van verzoekster d.d. 28 maart 2023 blijkt dat het bij de psychotherapeutische zorg in 2022 ging om een diagnostisch traject in het kader van transgenderzorg en dat zij deze psychotherapeutische ondersteuning tijdens de transitie graag wil behouden.

In de 'Machtiging/toestemmingsaanvraag Transgenderzorg (buitenland)' voor voortzetting van het psychotherapeutisch traject in 2023 staat:

"De verwijzingen of aanbevelingen, die in het kader van de behandeling gesteld worden, hebben als doel de wens van de cliënt om in de andere genderrol te leven, zo goed mogelijk te ondersteunen. In hoofdzaak gaat het hier om hormoontherapie onder behandeling van een endocrinoloog en de geslachtsverbeterende chirurgie. De indicatiestellingen worden door de GGZ partners gedaan, conform de regelgeving van de WPATH."

Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt niet dat er bij verzoekster sprake zou zijn van comorbide psychiatrische problematiek. De psychotherapeutische behandeling is ingezet met de intentie om het genderdysfore multidisciplinaire behandeltraject te kunnen doorlopen. Het psychotherapeutische traject is onlosmakelijk verbonden met de wens van verzoekster voor een andere genderrol en de daarvoor noodzakelijke transitie.

Geneeskundige ggz is gericht op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis (of psychiatrische aandoening). Hiervan is bij verzoekster geen sprake. De kosten van psychologische zorg in het kader van somatische medisch-specialistische behandelingen zijn verdisconteerd in de geldende diagnose behandelingscombinatie (DBC).

Conclusie

Het geschil betreft niet de vragen of er sprake is van verzekerde zorg en of verzoekster een indicatie heeft voor de behandeling. Het behoort niet tot de taken van het Zorginstituut om in een geschil te adviseren over de kwaliteit van zorg. Het Zorginstituut merkt wel op dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier geconcludeerd kan worden dat in het geval van verzoekster sprake is van psychologische zorg in het kader van een somatisch medisch-

specialistische behandeling en niet van geneeskundige ggz. De psychologische zorg inzake de somatisch medisch-specialistische behandeling kan vergoed worden vanuit de geldende DBC.

Het advies

Het Zorginstituut brengt geen advies uit in onderhavig geschil. Het Zorginstituut merkt wel op dat sprake is van psychologische zorg in het kader van een somatisch medisch-specialistische behandeling."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over geneeskundige zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Europese regelgeving

- 8.2. Verzoekster heeft op 15 januari 2023 bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor vergoeding van de begeleiding door een psycholoog in het kader van transgenderzorg. Uit het dossier blijkt dat de intake en diagnostiek reeds in 2022 hebben plaatsgevonden. Verzoekster is naar België gegaan om daar de zorg af te nemen. Dit is een andere EU-lidstaat waarop Europese regelgeving van toepassing is, waaronder de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004. Uit artikel 8, derde lid, van de in de nationale wetgeving van de lidstaten geïmplementeerde Richtlijn 2011/24/EU (hierna: de Patiëntenrichtlijn) volgt dat bij verzoeken om voorafgaande toestemming van een verzekerde om grensoverschrijdende gezondheidszorg te verkrijgen, de lidstaat van aansluiting nagaat of is voldaan aan de voorwaarden van Verordening (EG) nr. 883/2004. Is dit inderdaad het geval, dan wordt de voorafgaande toestemming overeenkomstig die verordening verleend, tenzij de patiënt anderszins verzoekt. Gesteld noch gebleken is dat verzoekster de keuze heeft gemaakt voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering, dus met voorbijgaan van de verordening. Om die reden - in lijn met de systematiek van de Patiëntenrichtlijn - toetst de commissie hierna allereerst of de toestemming op grond van de verordening verzoekster terecht werd onthouden.

In artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 is geregeld dat de verzekerde recht heeft op planbare zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat. Voorwaarde is dat de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van zijn verzekeraar. Deze moet toestemming verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt, en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan bestaat in beginsel geen aanspraak op grond van de verordening. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05).

- 8.3. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar tijdig voorafgaande toestemming gevraagd. Deze heeft op de aanvraag afwijzend beslist. De commissie merkt op dat het niet de bedoeling van de verordening is het verzekerde pakket uit te breiden. Om die reden zal achtereenvolgens worden beoordeeld of sprake is van verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering, of verzoekster op de zorg redelijkerwijs is aangewezen, en of de zorg voldoet aan eventuele in de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering opgenomen kwaliteitseisen.

Zorgverzekering

- 8.4. Op grond van artikel 18.12 van de verzekeringsvoorwaarden bestaat aanspraak op geneeskundige of curatieve geestelijke gezondheidszorg. Hierbij is vermeld dat het moet gaan om het vaststellen en behandelen van een (complexe) psychische stoornis. De zorgverzekeraar heeft in zijn brief van 15 januari 2024 toegelicht dat genderdysforie niet meer wordt aangemerkt als psychische stoornis, en dat het zorgtraject niet is gericht op herstel of het voorkomen van verergering van de genderdysforie. Dit is door verzoekster niet weersproken. Ook het Zorginstituut heeft in het voorlopige advies van 8 februari 2024 geconcludeerd dat het bij verzoekster niet gaat om het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis of psychiatrische aandoening. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan, aldus het Zorginstituut, worden geconcludeerd dat in het geval van verzoekster sprake is van psychologische zorg in het kader van een somatisch medisch-specialistische behandeling. De commissie neemt deze conclusie over. Het betreft hier dus geen geneeskundige of curatieve geestelijke gezondheidszorg, zoals is bedoeld in artikel 18.12 van de polisvoorwaarden.
- 8.5. In artikel 18.17 van de verzekeringsvoorwaarden is de aanspraak op medisch specialistische zorg geregeld, waaronder transgenderzorg. Hiertoe behoort ook de in dat verband noodzakelijke psychologische zorg. Aldus staat vast dat sprake is van verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering. Dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op transgenderzorg vormt tussen partijen geen punt van geschil.
- 8.6. Zoals onder 8.3 is opgemerkt, kunnen in de verzekeringsvoorwaarden kwaliteitseisen ten aanzien van de zorg zijn opgenomen. Artikel 18.17 van de verzekeringsvoorwaarden bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

"Transgenderzorg

Diagnostiek en behandeling moeten worden uitgevoerd conform de internationale richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van transgenders van de WPATH (voorheen HBGDA) en door een multidisciplinair samengesteld genderteam in een centrum of erkend netwerk dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde behandeling van transgenders. (...)"

In zijn brief aan de commissie van 15 januari 2024 heeft de zorgverzekeraar gesteld dat er twee redenen zijn dat hij vergoeding afwijst. De eerste reden is dat het niet gaat om geestelijke gezondheidszorg zoals bedoeld in artikel 18.12 van de polisvoorwaarden. Dat punt is hiervoor reeds besproken. De tweede reden is dat niet is voldaan aan de geldende kwaliteitseisen. Zo is volgens de zorgverzekeraar niet gebleken dat de gestelde maandelijkse MDO's daadwerkelijk hebben plaatsgevonden. Verzoekster heeft in deze procedure, op 9 februari 2024, enkele MDO-verslagen overgelegd, waaruit blijkt dat er in ieder geval vier MDO's zijn geweest waarin haar casus is besproken, te weten na de screening, na de diagnostische fase, vóór aanvang van de hormonale behandeling en vóór aanvang van de chirurgische fase. Volgens de zorgverzekeraar moeten de MDO's maandelijks plaatsvinden, maar hij heeft niet toegelicht waarop hij dit baseert. In de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg - Somatisch is te lezen dat over de behandelingen structureel multidisciplinair moet worden overlegd. Er wordt echter geen verplichting tot of aanbeveling gedaan over de frequentie van een dergelijk overleg, zodat de commissie, zonder nadere onderbouwing die ontbreekt, aan deze stelling van de zorgverzekeraar voorbij gaat.

- 8.7. De zorgverzekeraar heeft voorts aangevoerd dat Benelux Genderteam niet voldoet aan meerdere punten uit hoofdstuk 2.2 van de Handreiking Netwerksamenwerking Transgenderzorg (hierna: de Handreiking). Daargelaten of de Handreiking al dan niet voortvloeit uit de internationale richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van transgenders van de WPATH - daarnaar door de commissie gevraagd gaf de zorgverzekeraar hierop geen eenduidig antwoord - is niet aannemelijk gemaakt en ook niet anderszins gebleken dat de Handreiking en de kwaliteitseisen die de zorgverzekeraar daaruit afleidt voor verzoekster voldoende kenbaar waren. Daar komt nog bij dat in hoofdstuk 2.2. van de Handreiking is vermeld dat bij het vormen van netwerken alle

relevante disciplines moeten zijn vertegenwoordigd. Hierbij wordt niet vermeld of alle relevante disciplines gedurende het gehele proces bij de betreffende patiënt moeten zijn betrokken. Uit de door verzoekster overgelegde MDO-verslagen blijkt dat de op dat moment relevante disciplines met minimaal twee vertegenwoordigers bij het betreffende MDO waren betrokken. Tevens komt uit de MDO-verslagen naar voren dat de genoemde GZ-psycholoog de coördinator is. En uit de overgelegde afspraken van het Benelux Genderteam blijkt dat het regiebehandelaarschap/de coördinatie bij de GZ- of klinisch psycholoog ligt.

Een hoofdbehandelaar voor de medisch specialistische zorg is niet bekend, maar verzoekster was in 2023 nog niet zover dat zij toe was aan de chirurgische fase. Het MDO chirurgie heeft pas plaatsgevonden op 1 februari 2024.

Rest nog het door de zorgverzekeraar genoemde ontbreken van criteria voor diagnostiek en de somatische indicatiestelling, alsmede dat niet blijkt hoe onderling wordt doorverwezen en hoe betrokkenen de doorlooptijden waarborgen. De commissie heeft hiervoor gekeken naar de overeenkomst tussen het Maasstad ziekenhuis en het Benelux Genderteam. Met de overige zorgaanbieders is een vergelijkbare overeenkomst gesloten. Uit artikel 1 van deze overeenkomst blijkt dat de behandelaar van het Benelux Genderteam betrokkene kan verwijzen naar het Maasstad ziekenhuis. Betrokkene wordt in dat geval eerst besproken in het MDO en indien akkoord bevonden, wordt een intake gepland. In artikel 4 van de overeenkomst is bepaald dat de indicatiestelling conform de "richtlijnen vanuit de zorgstandaard psychische en somatische transgenderzorg" plaatsvindt. Gezien al het voorgaande concludeert de commissie dat de argumenten van de zorgverzekeraar met betrekking tot de geldende kwaliteitseisen geen stand houden.

Vergoeding

- 8.8. Nu is geconcludeerd dat verzoekster aanspraak heeft op de geleverde zorg, dient nog de vraag naar de vergoeding van de kosten te worden beantwoord. Ook in dat kader komt de eerder genoemde verordening in beeld. De zorgverzekeraar mocht op grond daarvan zijn toestemming alleen weigeren als (i) de zorg niet onder de dekking van de zorgverzekering valt en/of (ii) de zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Hiervoor is vastgesteld dat sprake is van zorg die onder de dekking van de zorgverzekering valt (i). Ten aanzien van (ii) heeft verzoekster aangevoerd dat zij niet-tijdig in Nederland kon worden geholpen en dat bij het staken van de behandeling bij deze psychotherapeut haar transitie langdurige vertraging zou oplopen. De zorgverzekeraar heeft dit onvoldoende weersproken. Hij heeft ter zitting slechts in het algemeen gesteld dat deze zorg tijdig in Nederland beschikbaar zou zijn geweest omdat de endocrinologische behandeling bij het Maasstad ziekenhuis tijdig beschikbaar was en in Nederland deze zorg met dezelfde DBC als de psychische begeleiding wordt gedeclareerd. De zorgverzekeraar heeft echter niet onderbouwd dat de psychische begeleiding door het Maasstad ziekenhuis op dat moment feitelijk kon worden aangeboden of door hem, de zorgverzekeraar, - tijdig - kon worden geregeld bij een andere zorgaanbieder. Daarnaast blijkt uit openbare informatie, afkomstig van bijvoorbeeld ZonMw en het Radboud UMC, dat er in 2023 lange wachttijden waren voor transgenderzorg. Een en ander voert de commissie tot de conclusie dat de zorgverzekeraar verzoekster de gevraagde toestemming voor de behandeling in België op grond van Verordening (EG) nr. 883/2004 ten onrechte heeft onthouden.
- 8.9. De artikelen 25 en 26 van Verordening (EG) nr. 987/2009 bevatten nadere regels voor die situatie. Verzoekster heeft niet expliciet ingestemd met - uitsluitend - toepassing van de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie beslist daarom dat de zorgverzekeraar in dit geval moet nagaan welk bedrag volgens de Belgische sociale ziektekostenverzekering zou zijn vergoed voor de onderhavige zorg. Dit wordt 'tarifieren' genoemd. Als na tarifiering blijkt dat de vergoeding op grond van de Belgische sociale ziektekostenverzekering lager is dan de werkelijke kosten, in dit geval € 1.100,-, bestaat daarnaast - gelet op artikel 26, zevende lid, van de uitvoeringsverordening - mogelijk aanspraak op een aanvullende vergoeding op grond van de zorgverzekering tot dat bedrag. Het te vergoeden bedrag kan echter nooit hoger zijn dan de werkelijk gemaakte kosten. Daarnaast moet bij de vaststelling van een eventuele aanvullende

vergoeding rekening worden gehouden met kosten die op grond van de zorgverzekering voor eigen rekening blijven. Daarbij valt te denken aan eventuele eigen bijdragen en het eigen risico.

- 8.10. Ten aanzien van de hoogte van de (eventuele) aanvullende vergoeding op grond van de zorgverzekering overweegt de commissie voorts het volgende. Zoals het Zorginstituut in het voorlopig advies van 8 februari 2024 heeft opgemerkt, is in het geval van verzoekster sprake van psychologische zorg in het kader van een somatisch medisch-specialistische behandeling en deze kan in beginsel worden vergoed vanuit de hiervoor geldende DBC. Ook de zorgverzekeraar heeft in zijn brief van 15 januari 2024 gesteld dat de psychologische zorg moet worden vergoed vanuit dezelfde DBC als die waaruit de endocrinologische behandeling wordt bekostigd. Voor deze zorg is een speciale, verzwaarde DBC beschikbaar (059899070 *Polikliniekbezoek(en)/consultatie(s) op afstand tijdens real-life fase bij incongruentie genderidentiteit*). Verzoekster heeft dit niet weersproken. De commissie gaat er daarom vanuit dat de onderhavige psychologische zorg normaal gesproken kan worden vergoed vanuit de DBC 059899070.
- 8.11. Het bijzondere in deze situatie is echter dat een deel van de zorg, die onder voornoemde DBC valt, in België is afgenomen en een deel in Nederland, bij twee verschillende zorgaanbieders. Dit zou normaal gesproken niet leiden tot een hogere vergoeding dan het tarief dat op grond van eerder genoemde DBC in rekening mag worden gebracht. In de specifieke situatie van verzoekster is de commissie van oordeel dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is dat de zorgverzekeraar verzoekster overschrijding van het tarief van de DBC zou kunnen tegenwerpen, met als gevolg dat de onderhavige kosten van € 1.100,- niet volledig aan haar worden vergoed. De commissie overweegt hiertoe dat de zorgverzekeraar ten onrechte aan verzoekster geen toestemming op grond van Verordening (EG) nr. 883/2004 heeft verleend. Ook heeft hij verzoekster niet in een vroeg stadium erop gewezen dat de kosten van de medisch specialistische behandeling en de psychologische begeleiding vanuit één tarief (de DBC) worden vergoed en dat zij het ziekenhuis, dat haar in dit verband behandelt, hierop moet aanspreken. Daarnaast kan van verzoekster niet worden verlangd dat zij tracht de kosten van de psychologische begeleiding te verhalen op het Nederlandse ziekenhuis dat de toepasselijke DBC bij de zorgverzekeraar in rekening brengt, nu een poging tot overleg hierover van de zorgverzekeraar niet succesvol is gebleken. Alles overwegende ziet de commissie in de specifieke omstandigheden aanleiding om de zorgverzekeraar eerst te laten tarifieren en - in het geval de uitkomst hiervan lager is dan € 1.100,- - de vergoeding volledig te suppleren. Het is naar het oordeel van de commissie naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar als verzoekster, wanneer na tarifiering blijkt dat de vergoeding in België lager is dan de onderhavige kosten van € 1.100,-, met een tekort blijft zitten, met name indien het DBC-tarief voor het gehele behandeltraject niet toereikend blijkt te zijn.

Slotom

- 8.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. Bindend advies

- 9.1. De commissie beslist dat:
- (i) de zorgverzekeraar moet nagaan welk bedrag volgens de Belgische sociale ziektekostenverzekering zou zijn vergoed voor de onderhavige psychologische zorg (tarifieren) en het desbetreffende bedrag aan verzoekster moet vergoeden, maximaal tot aan het bedrag van de werkelijk gemaakte kosten van € 1.100,-;
 - (ii) als de uitkomst van tarifiering lager is dan de werkelijke kosten, moet de vergoeding door de zorgverzekeraar worden aangevuld tot € 1.100,-;
 - (iii) de zorgverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 16 mei 2024,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Artikel 17 Heroverweging en klacht

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Verzoek om heroverweging

Bent u het niet eens met onze beslissing? Dan kunt u ons vragen om deze beslissing te heroverwegen. Dit kan door een e-mail te sturen naar zorg.medisch@asr.nl. Ook kunt u een brief sturen aan a.s.r., t.a.v. de afdeling Zorg Medisch, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht. Voor vragen kunt u met ons bellen op (030) 278 36 30. Vermeld er in alle gevallen duidelijk bij dat het om een heroverweging gaat.

SKGZ

Reageren wij niet binnen vier weken op uw verzoek tot heroverweging of geven wij aan bij onze beslissing te blijven en bent u het daar niet mee eens? Dan kunt u naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Deze bemiddelt bij het oplossen van het probleem. Lukt dat niet, dan kan de Geschillencommissie van de SKGZ een bindende uitspraak doen. U kunt met uw verzoek tot heroverweging ook naar de bevoegde rechter.

Klacht

Hebt u een klacht, neemt u dan eerst contact op met uw verzekeringsadviseur. Deze zoekt, zo nodig in overleg met ons, naar een passende oplossing.

Als het overleg met uw verzekeringsadviseur geen oplossing biedt, kunt u een klacht bij ons indienen. Dit kan via het klachtenformulier op onze website www.asr.nl/over-asr/klachtenformulier of door een brief te sturen aan a.s.r. Klachtenservice, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht. U kunt ons ook bellen op (030) 278 36 30.

Vindt u dat uw klacht niet goed is afgehandeld? Leg uw klacht dan voor aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

U kunt met uw klacht ook naar de bevoegde rechter.

Klachten over standaardformulieren

Als u onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vindt, kunt u daarover een klacht indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa kan hierover een bindende uitspraak doen.

Artikel 18 Geneeskundige zorg

18.1 Audiologische zorg

Audiologische zorg is het voorkomen, onderzoeken en behandelen van stoornissen aan het gehoor. Het is een vorm van medisch specialistische zorg.

Wij vergoeden zorg verleend door een audiologisch centrum. De zorg houdt in dat het centrum:

- onderzoek doet naar uw gehoorfunctie;
- u adviseert over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- u voorlichting geeft over het gebruik van de gehoorapparatuur;
- psychosociale zorg verleent als dat voor uw gehoorprobleem noodzakelijk is;
- u helpt bij het stellen van een diagnose bij een spraak- en taalstoornis bij uw kind.

U heeft een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

18.2 Buitenland

Aanleveren van een declaratie

U dient de declaratie aan te leveren in een van de volgende talen: Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als de nota niet in een van deze talen wordt aangeleverd bent u zelf verantwoordelijk voor een vertaling middels een beëdigd vertaalbureau. Indien en zolang de nota niet is gesteld in een van deze talen of niet is voorzien van een vertaling door een beëdigd vertaler, wordt de nota niet in behandeling genomen. Na drie jaar vervalt het recht op vergoeding.

Spoedeisende zorg

Bij spoedeisende zorg in het buitenland dient u direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International. De arts van SOS International treedt in een dergelijke situatie op namens onze medisch adviseur.

SOS International kunt u bereiken op +31 (0)30 257 35 75 (staat ook achter op uw zorgpas) of via www.sosinternational.nl/nl-NL/smartmelden

Niet-spoedeisende zorg vooraf aanvragen

Alleen in specifieke gevallen wordt niet-spoedeisende zorg in het buitenland (gedeeltelijk) vergoed. U heeft bij niet-spoedeisende zorg in het buitenland vooraf onze toestemming nodig. U verneemt dan van tevoren of en tot welk bedrag een vergoeding mogelijk is. Wij vergoeden tot het marktconforme tarief.

U woont in Nederland en gebruikt zorg buiten Nederland

Wij vergoeden uw zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer u in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan. Wij vergoeden maximaal tot het Nederlandse marktconforme tarief.

Meer informatie over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg kunt u vinden op onze website: www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/restitutiepolis.

U woont of verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland. U heeft dan de keuze:

- wij vergoeden uw zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- wij vergoeden uw zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer u in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan.

U woont in een ander EU/EER-land of verdragsland en verblijft tijdelijk in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland. U heeft dan de keuze:

- wij vergoeden uw zorg volgens de wettelijke regeling van dat land waar u de zorg krijgt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- wij vergoeden uw zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer u in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan.

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

Wij vergoeden uw zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer u in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

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

Meer informatie over het gebruik van uw EHIC kaart kunt u vinden op www.hetCAK.nl/regelingen/buitenland.

Betaling

Uw declaratie betalen wij uit in euro's. Wij gebruiken daarbij de omrekenkoers die geldt op het moment dat wij uw declaratie in behandeling nemen. Wij maken gebruik van de koers volgens www.oanda.com. Wij betalen uit aan de verzekeringnemer op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

18.3 Dialyse

Er zijn 2 soorten dialyse. Peritoneaaldialyse en haemodialyse. Bij peritoneaaldialyse wordt uw buikholte gespoeld met een vloeistof om uw bloed te zuiveren. Haemodialyse is een therapie waarbij uw nierfunctie overgenomen wordt door filters, de kunstnieren. Dialyse kan plaatsvinden in een instelling of thuis.

18.12 Geneeskundige of curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

Geestelijke Gezondheidszorg is het vaststellen en behandelen van een (complexe) psychische stoornis. Het doel is daarbij uw geestelijke gezondheid te herstellen of te verbeteren. Voor sommige psychische behandelingen kunt u worden opgenomen in een psychiatrische kliniek of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.

Algemeen

Als u 18 jaar of ouder bent vergoeden wij GGZ bij (online) behandeling, herstel of het voorkomen van een verergering van psychische klachten op grond van een DSM-classificatie. Hieronder wordt verstaan: diagnostiek (het vaststellen van de aandoening) en behandeling van psychische aandoeningen. Het gaat om zorg zoals omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

Voor de GGZ geldt vanaf 2022 het volgende: het eigen risico wordt maandelijks berekend en in rekening gebracht. Indien uw behandeling is gestart in 2021 en doorloopt in 2022, kunt u te maken krijgen met een eigen risico factuur over 2021 en 2022.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van uw huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts, straatdokter (indien u geen huisarts heeft) of van uw regiebehandelaar, conform de 'Verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg'.

Een verwijsbrief is niet nodig bij crisiszorg. Er is wel een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die begint als de crisis voorbij is.

Zorgaanbieder

Kwaliteitsstatuut

- De zorgaanbieder levert de zorg volgens haar eigen Kwaliteitsstatuut, dat als zodanig is geregistreerd bij www.ggzkwaliteitsstatuut.nl. Wij vergoeden alleen zorg geleverd door zorgaanbieders met een Kwaliteitsstatuut dat voldoet aan de criteria van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.

Regiebehandelaar

- De (indicierend en coördinerend) regiebehandelaar zoals deze is aangeduid en aangewezen in het meest recentelijk geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, is eindverantwoordelijk voor de zorg. Uw regiebehandelaar is daarmee een psychiater, klinisch (neuro)psycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog, orthopedagoog-generalist, physician assistant, verpleegkundig specialist ggz, specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater of verslavingsarts. Niet ieder beroepsgroep mag in alle gevallen optreden als regiebehandelaar. De voorwaarden die hieraan verbonden zijn staan uitgewerkt in het Landelijk Kwaliteitsstatuut. Zie hiervoor: <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-landelijk-kwaliteitsstatuut>.
- Als u tijdens de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereikt, kunt u zorg blijven ontvangen van de orthopedagoog generalist, postmaster orthopedagoog en kinder- en jeugdpsycholoog als onderdeel van de GGZ. Dit geldt alleen voor behandelingen die vóór de 18e verjaardag zijn gestart en pas na de 18e verjaardag afgerond worden. De prestatie GGZ dient aansluitend vanaf de 18e verjaardag te zijn geopend en geldt maximaal tot 1 jaar daarna.

GGZ zonder en met verblijf

Als u 18 jaar of ouder bent vergoeden wij GGZ van een vrijgevestigde psychiater, klinisch (neuro)psycholoog, GZ-psycholoog of psychotherapeut. Tevens vergoeden wij GGZ in een GGZ-instelling, psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

De opname in een GGZ-instelling, psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis vergoeden wij voor een periode van maximaal 1.095 dagen. Hieronder wordt verstaan: gespecialiseerde psychiatrische behandeling. Het verblijf moet nodig zijn voor de behandeling.

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking. Die tellen we niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Bij een onderbreking van langer dan 30 dagen begint de telling van de 1.095 dagen opnieuw.

Na 1.095 dagen kan nog recht bestaan op deze zorg op grond van de Wlz.

MachtigingsvereistenVoor niet gecontracteerde GGZ-instellingen:

Wij hebben met het merendeel van de instellingen overeenkomsten afgesloten. Als u toch naar een niet-gecontracteerde GGZ-instelling wil gaan, dan moet u, of uw zorgaanbieder namens u, voor de start van de behandeling een machtiging bij ons aanvragen. Voor ieder zorgtraject, verblijf of een combinatie ervan moet een aparte machtigingsaanvraag worden ingediend.

Dit geldt ook voor een zorgtraject in het buitenland, dat onder de verzekerde zorg valt.

Voor de eerste 300 minuten diagnostiek geldt er geen machtigingsvereiste.

Voor langdurige opname

Indien u langer dan 365 dagen aaneengesloten opgenomen bent in een GGZ-instelling, psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, dan moet u, of uw zorgaanbieder namens u, een machtiging bij ons aanvragen. Deze moet vooraf en minimaal 3 maanden voor afloop van het jaar aangevraagd worden. We hanteren hiervoor de landelijk afgesproken "Checklist LGGZ". Deze wordt gebruikt om in te kunnen schatten of er na 365 dagen nog steeds sprake is van medisch noodzakelijk verblijf of dat de weg naar de Wlz passender is.

Om een machtiging af te kunnen geven ontvangen wij van u of de zorgaanbieder een 'aanvraagformulier Machtiging GGZ'. Zie hiervoor onze website:

www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/machtiging-aanvragen.

Uw aanvraag behandelen wij vertrouwelijk. U kunt deze sturen aan onze medisch adviseur:

a.s.r.

t.a.v. medisch adviseur GGZ

Postbus 2072

3500 HB UTRECHT

Vermeld op de envelop: 'Vertrouwelijk'

Of per mail naar: zorg.medisch@asr.nl

Privacyverklaring

Als u niet wil dat er een diagnosecode op uw declaratie staat, moet u er uiterlijk bij de eerste declaratie voor zorgen dat er een privacyverklaring bij ons aanwezig is. De privacyverklaring is geldig voor het gehele zorgtraject. U moet deze privacyverklaring samen met de zorgaanbieder ondertekenen en sturen naar het volgende adres:

a.s.r.

t.a.v. afdeling Declaraties GGZ

Postbus 2072

3500 HB UTRECHT

Of per mail naar: zorg.medisch@asr.nl

Wij vergoeden onder andere geen:

- Jeugd GGZ (leeftijd onder 18 jaar), welke onder de Jeugdwet valt;
- hulp en ondersteuning die ten laste van de Wmo komt;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- psychosociale hulp;
- zorg bij leer- en ontwikkelingsstoornissen;
- therapieën die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals vermeld in de ZN-circulaire "Therapieën GGZ";
- diagnostiek door niet gecontracteerde aanbieders vanaf 300 minuten;

Een overzicht van "Therapieën GGZ" die wel of niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk kunt u vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

18.13 Huisarts

Bij vragen over uw gezondheid of ziekte is de huisarts het eerste aanspreekpunt. In de avond, nacht of in het weekend kunt u hiervoor terecht bij een huisartsenpost.

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 gehemertespleten, 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.

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. (...)*”

Artikel 18.17 Medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

- aandoening of wanneer een verworven verlamming of verslapping uw gezichtsveld ernstig beperkt;
- het plaatsen of het vervangen van een borstprothese, na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie, of bij het ontbreken van borstvorming (agenesie/aplasie van de borst) bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij vastgestelde transseksualiteit (man-vrouw transgenders);
 - de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemeltespelen;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Voor deze behandelingen heeft u vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Wij beoordelen uw aanvraag aan de hand van de Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard.

Om sommige behandelingen te kunnen beoordelen kan het nodig zijn dat er foto's en/of een eigen verklaring wordt opgevraagd. Als u deze niet verstrekt kan geen schriftelijke toestemming gegeven worden voor de behandeling en wordt deze niet vergoed.

Deze zorg kan ook door andere medisch specialisten dan de plastisch chirurg worden uitgevoerd. Ook voor andere medisch specialisten zijn deze voorwaarden van toepassing.

De Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard kunt u vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Wij vergoeden onder andere geen:

- liposuctie van de buik;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

Transgenderzorg

Diagnostiek en behandeling moeten worden uitgevoerd conform de internationale richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van transgenders van de WPATH (voorheen HBIGDA) en door een multidisciplinair samengesteld genderteam in een centrum of erkend netwerk dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde behandeling van transgenders. Epilatie moet worden uitgevoerd door een gecertificeerde huidtherapeut voor transgenderzorg die is vermeld op de lijst van de NVH (Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten).

Second Opinion

Wij vergoeden een second opinion wanneer er sprake is van het vragen van een beoordeling van een door een arts/medisch specialist gestelde diagnose/voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts/medisch specialist die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste geconsulteerde arts. U moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

U heeft een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg .

Voorwaardelijke toelating en veelbelovende zorg

Sommige vormen van zorg zijn door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorwaardelijk tot de basisverzekering toegelaten en worden onder die voorwaarden vergoed. Deze zijn opgenomen in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit nog niet bewezen is. De totale lijst van voorwaardelijk toegelaten behandelingen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. Nieuwe voorwaardelijk toegelaten zorg wordt per 2020 in principe onder de subsidieregeling 'veelbelovende zorg' vergoed.

Een actuele versie van de Regeling zorgverzekering kunt u vinden op wetten.overheid.nl/zoeken.

Artikel 25

Verblijf in een andere dan de bevoegde lidstaat

1. Voor de toepassing van artikel 19 van de basisverordening verstrekt de verzekerde de zorgverlener in de lidstaat van verblijf een door het bevoegd orgaan uitgereikt document waaruit blijkt dat hij recht heeft op verstrekkingen. Indien de verzekerde niet in het bezit is van een dergelijk document, vraagt het orgaan van de verblijfplaats het document op verzoek, of indien anderszins noodzakelijk, bij het bevoegde orgaan op.
2. Uit dat document moet blijken dat de verzekerde volgens de voorwaarden van artikel 19 van de basisverordening recht heeft op verstrekkingen onder dezelfde voorwaarden als die welke gelden voor verzekerden ingevolge de wetgeving van de lidstaat van verblijf.
3. Met de in artikel 19, lid 1, van de basisverordening genoemde verstrekkingen worden verstrekkingen bedoeld die in de lidstaat van verblijf volgens zijn wetgeving worden verleend en die medisch noodzakelijk worden om te voorkomen dat de verzekerde vóór het einde van zijn geplande verblijf naar de bevoegde lidstaat moet terugkeren om er de behandeling te ontvangen die hij nodig heeft.
4. Indien de verzekerde de kosten van alle of een deel van de op grond van artikel 19 van de basisverordening verleende verstrekkingen zelf heeft betaald en indien de door het orgaan van de verblijfplaats toegepaste wetgeving voorziet in de mogelijkheid van vergoeding van deze kosten aan de verzekerde, kan hij een verzoek om vergoeding aan het orgaan van de verblijfplaats richten. In dat geval vergoedt dat orgaan hem het bedrag van de kosten van de verstrekkingen rechtstreeks, binnen de grenzen en onder de voorwaarden van de volgens de wetgeving van het orgaan geldende vergoedingstarieven.
5. Indien het verzoek om vergoeding van zulke kosten niet rechtstreeks bij het orgaan van de verblijfplaats is ingediend, worden de kosten door het bevoegde orgaan aan de betrokkene vergoed tegen het vergoedingstarief dat het orgaan van de verblijfplaats in het betrokken geval toepast, dan wel ten bedrage van de vergoeding die door het orgaan van de verblijfplaats zou zijn uitbetaald indien artikel 62 van de toepassingsverordening van toepassing was geweest.

Het orgaan van de verblijfplaats is verplicht het bevoegde orgaan desgevraagd de nodige inlichtingen over die tarieven of bedragen te verstrekken.
6. In afwijking van lid 5 kan het bevoegde orgaan de gemaakte kosten vergoeden binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving, op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.
7. Indien de wetgeving van de lidstaat van verblijf in het betrokken geval niet voorziet in vergoeding overeenkomstig de leden 4 en 5, mag het bevoegde orgaan de gemaakte kosten binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving vergoeden zonder instemming van de verzekerde.
8. De vergoeding voor de verzekerde mag het bedrag van de werkelijk door hem gemaakte kosten nooit overschrijden.
9. Indien het om aanzienlijke uitgaven gaat, kan het bevoegde orgaan een passend voorschot aan de verzekerde uitbetalen zodra deze de aanvraag tot vergoeding bij dit orgaan indient.
10. De leden 1 tot en met 9 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de verzekerde.

Artikel 26

Geplande geneeskundige verzorging

A) Toestemmingsprocedure

1. Voor de toepassing van artikel 20, lid 1, van de basisverordening wordt door de verzekerde een door het bevoegde orgaan verstrekt document aan het orgaan van de verblijfplaats overgelegd. Voor de toepassing van dit artikel wordt onder bevoegd orgaan verstaan het orgaan dat de kosten van de geplande behandeling voor zijn rekening neemt; in de in artikel 20, lid 4, en artikel 27, lid 5, van de basisverordening bedoelde gevallen, waarin de in de lidstaat van de woonplaats toegekende verstrekkingen op basis van vaste bedragen worden vergoed, is het bevoegde orgaan het orgaan van de woonplaats.
2. De verzekerde die niet in de bevoegde lidstaat woont verzoekt om de toestemming aan het orgaan van de woonplaats, dat het verzoek onverwijld aan het bevoegde orgaan doorzendt. In dat geval geeft het orgaan van de woonplaats in een verklaring aan dat in de lidstaat van de woonplaats is voldaan aan de voorwaarden van artikel 20, lid 2, tweede zin, van de basisverordening. De gevraagde toestemming kan door het bevoegde orgaan alleen geweigerd worden indien, in overeenstemming met het oordeel van het orgaan van de woonplaats, in de lidstaat van de woonplaats van de verzekerde niet is voldaan aan de voorwaarden van artikel 20, lid 2, tweede zin, van de basisverordening, of indien dezelfde behandeling binnen een medisch verantwoorde termijn, gelet op de gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop van de betrokkene, in de bevoegde lidstaat zelf kan worden gegeven. Het bevoegde orgaan stelt het orgaan van de woonplaats in kennis van zijn besluit. Is binnen de in de nationale wetgeving vastgestelde termijnen geen antwoord ontvangen, dan wordt de toestemming geacht door het bevoegde orgaan te zijn verleend.
3. Indien een niet in de bevoegde lidstaat woonachtige verzekerde een dringende levensreddende behandeling nodig heeft en de toestemming niet kan worden geweigerd op grond van de tweede zin van artikel 20, lid 2, van de basisverordening, wordt de toestemming door het orgaan van de woonplaats verleend namens het bevoegde orgaan, dat onverwijld door het orgaan van de woonplaats wordt ingelicht. Het bevoegde orgaan aanvaardt de bevindingen en behandelingskeuzen van artsen die zijn erkend door het orgaan van de woonplaats dat toestemming verleent met betrekking tot de noodzaak van een dringende levensreddende behandeling.
4. Tijdens de procedure voor het verlenen van de toestemming behoudt het bevoegde orgaan steeds de mogelijkheid de verzekerde door een door het orgaan gekozen arts in de lidstaat van de woon- of verblijfplaats te laten onderzoeken.
5. Het orgaan van de verblijfplaats stelt, onverminderd enige beslissing inzake de toestemming, het bevoegde orgaan in voorkomend geval ervan in kennis dat een aanvulling op de door de toestemming gedekte behandeling uit medisch oogpunt nodig blijkt.

B) Rechtstreekse betaling van de door de verzekerde gemaakte kosten in verband met verstrekkingen

6. Onverminderd lid 7, is artikel 25, leden 4 en 5, van de toepassingsverordening van overeenkomstige toepassing.
7. Indien de verzekerde de kosten voor een medische behandeling waarvoor toestemming is verleend geheel of gedeeltelijk zelf heeft betaald en de kosten die het bevoegde orgaan op grond van lid 6 verplicht is aan het orgaan van de verblijfplaats of aan de verzekerde zelf te vergoeden (werkelijke kostprijs) lager zijn dan de kosten die het voor dezelfde behandeling in de bevoegde lidstaat zou hebben moeten dragen (fictieve kostprijs), dan vergoedt het bevoegde orgaan op verzoek de door de verzekerde gemaakte kosten van de behandeling tot het bedrag waarmee de fictieve kostprijs de werkelijke kostprijs overstijgt. Het vergoede bedrag mag evenwel niet hoger zijn dan de werkelijke kosten van de verzekerde, waarbij ook rekening kan worden gehouden met het bedrag dat de verzekerde zou hebben moeten betalen indien de behandeling in de bevoegde lidstaat had plaatsgevonden.

C) Reis- en verblijfkosten in het kader van een geplande behandeling

8. Indien toestemming is verleend voor een behandeling in een andere lidstaat, en de nationale wetgeving van het bevoegde orgaan voorziet in de vergoeding van de aan de behandeling verbonden reis- en verblijfkosten van de verzekerde, worden deze kosten voor de betrokkene en zo nodig voor een begeleider door dat orgaan betaald.

D) Gezinsleden

9. De leden 1 tot en met 8 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de verzekerden.