

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202500502

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd door C. te D.,

en

- 1) Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzekerde heeft bij brief van 17 maart 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 11 juni 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 13 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 3 september 2025 aan verzekerde gestuurd met de vraag of hiermee het geschil is opgelost. Verzekerde heeft op 23 september 2025 meegedeeld dat het geschil nog niet is opgelost.
- 1.3. Bij brief van 3 november 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025018805) aan de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten doen. Een kopie hiervan is op 4 november 2025 aan partijen gezonden. Verzekerde is bij die gelegenheid gevraagd nadere informatie aan te leveren.
- 1.4. Verzekerde heeft bij brief van 1 december 2025 nadere informatie opgestuurd, die op 2 december 2025 in kopie aan de ziektekostenverzekeraar is gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 22 december 2025 gereageerd.
- 1.5. De nagekomen informatie is op 24 december 2025 in kopie aan het Zorginstituut gestuurd, met de vraag een nader voorlopig advies uit te brengen. Het Zorginstituut heeft bij brief van 14 januari 2026 aan de commissie meegedeeld op basis van de beschikbare informatie in het dossier geen advies te kunnen uitbrengen. Een afschrift van deze brief is op 15 januari 2026 aan partijen gezonden.
- 1.6. Verzekerde en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 februari 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.7. Na de hoorzitting zijn partijen in de gelegenheid gesteld een aanvullende reactie te geven. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 februari 2026, onder toezending van Beleidsregel TH/BR-025 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), en bij brief van 24 februari 2026 zijn reactie

aan de commissie gestuurd. Verzekerde heeft bij brief van 2 maart 2026 gereageerd, welke reactie op 3 maart 2026 in kopie ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar is gezonden. Op 3 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie nogmaals een afschrift gestuurd van NZa Beleidsregel TH/BR-025, inclusief toelichting, die op dezelfde dag ter kennisname aan verzekerde is gezonden.

- 1.8. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de na de zitting door partijen ingediende stukken zijn op 4 maart 2026 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het nader voorlopig advies van 14 januari 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 10 maart 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het nader voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzekerde was in de jaren 2022, 2023 en 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekeringen NN Zorgverzekering Combinatie (2022) respectievelijk Zorg Vrij (Combinatie) (2023 en 2024) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Compleet, Tandengaan 100% tot EUR 500 en Fit (2022-2024) (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzekerde is een jongvolwassene met een complexe psychiatrische problematiek. Na een traject van tien jaren in Nederland is in overleg met de huisarts en de behandelend psycholoog en psychiater in Nederland besloten naar de Verenigde Staten te gaan voor behandeling. In 2022 heeft verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een behandeling bij Fulshear in Houston.
- 2.3. Bij brief van 14 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzekerde meegedeeld dat de kosten van de behandeling bij Fulshear worden vergoed tot het wettelijk tarief of, bij ontbreken daarvan, 75% van het afgesproken tarief. Voor de verblijfskosten wordt een bedrag van maximaal € 39.096,78 vergoed. Dit behandeltraject is vervolgens voortijdig afgebroken. De kosten hiervan bedroegen € 11.333,30.
- 2.4. Op 4 januari 2023 is verzekerde opgenomen bij Bridge House in Salt Lake City, Verenigde Staten. Na vier maanden was het behandeltraject hier afgerond. Aansluitend is op 5 mei 2023 een behandeling gestart bij Whipporwill in North Carolina, Verenigde Staten, die liep tot 11 november 2023. Bij e-mailbericht van 29 mei 2023 hebben de ouders van verzekerde de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van de kosten van deze behandelingen. De kosten van de behandeling bij Bridge House bedroegen € 208.020,-- en die van de behandeling bij Whipporwill € 250.949,77. Het verblijf tijdens de behandeling bij Whipporwill is apart in rekening gebracht en de kosten hiervan bedroegen € 10.843,35.
- 2.5. Bij brief van 21 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om aanvullende informatie. Bij brieven van 3 augustus 2023 en 20 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvragen voor de behandelingen bij Bridge House en Whipporwill afgewezen.
- 2.6. Verzekerde heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 25 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzekerde meegedeeld dat alsnog een akkoordverklaring wordt gegeven voor de klinische behandeling bij Bridge House tot een bedrag van maximaal € 36.392,84.
- 2.7. In de daaropvolgende uitvoerige correspondentie hebben de ouders van verzekerde bezwaar gemaakt tegen de berekening van de vergoeding voor de behandeling bij Bridge House en om heroverweging van de afwijzing van vergoeding van de behandeling bij Whipporwill gevraagd. In zijn

heroverweging van 25 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat de behandeling bij Whipporwill niet kan worden vergoed vanuit de zorgverzekering. Bij brief van 28 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar op de klacht over de berekening van de vergoeding van de behandeling bij Bridge House gereageerd. Bij brief van 20 december 2024 heeft de moeder van verzekerde nogmaals om herziening van de beslissingen gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 januari 2025 aan de ouders van verzekerde meegedeeld zijn eerdere standpunt met betrekking tot de vergoeding van de behandeling bij Bridge House en de afwijzing van de vergoeding van de zorg bij Whipporwill te handhaven.

- 2.8. Bij brief van 3 november 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.9. Bij brief van 14 januari 2026 heeft het Zorginstituut een nader voorlopig advies uitgebracht.
- 2.10. Bij brief van 10 maart 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het nader voorlopig advies geen aanpassing behoeft.

3. Standpunt Verzekerde

- 3.1. Verzekerde heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat:

(i) primair: alle facturen van Bridge House, Whipporwill - inclusief verblijfskosten - en Fulshear moeten worden vergoed. Dit betreft een totaalbedrag van € 481.146,42;

(ii) subsidiair: de ziektekostenverzekeraar verplicht is de zorg bij Bridge House, Whipporwill en Fulshear te vergoeden tegen 100% van het tarief van de NZa, en de zwaarteclassificatie als volgt aan te passen:

1. de opname van verzekerde bij Bridge House, met uitzondering van de laatste twee weken, toe te kennen als zorgzwaarteclassificatie E;
2. de laatste twee weken bij Bridge House toe te kennen als zorgzwaarteclassificatie B;
3. de opname bij Whipporwill toe te kennen als zorgzwaarteclassificatie E, met uitzondering van de laatste twee weken;
4. de laatste twee weken bij Whipporwill toe te kennen als zorgzwaarteclassificatie B; en,
5. de opname bij Fulshear toe te kennen als zorgzwaarteclassificatie E;

(iii) meer subsidiair: de ziektekostenverzekeraar alsnog een besluit moet nemen op het bezwaar van verzekerde waarbij (i) als uitgangspunt het oordeel van de behandelaren van Arkin heeft te gelden en (ii) waarvan de ziektekostenverzekeraar alleen gemotiveerd mag afwijken;

in alle gevallen: de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van deze procedure, bestaande uit het vast recht en de kosten advocaat, conform het reglement van de commissie, te vergoeden.

- 3.2. Daartoe is bij brief van 17 maart 2025, gericht aan de commissie, toegelicht dat verzekerde na de geboorte is achtergelaten in een ziekenhuis en na verblijf in een weeshuis is geadopteerd. In 2012 vond een voor verzekerde traumatiserende ervaring plaats. Verzekerde kreeg last van paniekaanvallen, begon te auto-mutileren, kwam regelmatig in een crisis en raakte geïsoleerd. Hoewel verzekerde hiervoor lange tijd werd behandeld in zowel Nederland als Spanje, leidde dit niet tot een blijvende verbetering. Uiteindelijk kwam verzekerde terecht bij Arkin in Nederland. Daar vond men langdurige en intensieve behandeling noodzakelijk, maar men kon geen geschikte plek vinden binnen Nederland, omdat de benodigde langdurige en intensieve zorg die verzekerde nodig had, in Nederland niet meer beschikbaar is. In mei 2022 is verzekerde verwezen naar Fulshear in Houston. Vanwege een incident op de locatie, is de zorg in Houston na enkele weken

stopgezet. Terug in Nederland is opnieuw een traject bij Arkin opgestart. Arkin heeft geconcludeerd dat nog altijd zware zorg nodig was, en dat hiervoor in Nederland geen opties (meer) bestaan. Daarom is verzekerde verwezen voor een intensief behandeltraject bij de zorgaanbieders Bridge House en Whipporwill in de Verenigde Staten. Bridge House was ook als optie genoemd door Fulshear. Dit betreft een zorgaanbieder die de hoge complexiteit van de problematiek van verzekerde aan kan en ook de benodigde intensieve zorg kan bieden. Na afronding van het intensieve traject bij Bridge House is verzekerde doorgestuurd naar Whipporwill. Daar heeft een aansluitende behandeling plaatsgevonden gedurende zes maanden. Door deze behandelingen gaat het nu beter met verzekerde. De angst en paniek zijn afgenomen en verzekerde is op de wachtlijst geplaatst voor een passende vervolgbehandeling in Nederland. Gedurende deze periode wordt met behulp van een persoonsgebonden budget (PGB) door een 'maatje' zorg verleend.

- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag en het bezwaar van verzekerde niet zorgvuldig genoeg behandeld. Het kost zeer veel tijd en moeite om een adequate reactie van de ziektekostenverzekeraar te krijgen. Volgens de ziektekostenverzekeraar zouden nota's ontbreken, die echter in het dossier aanwezig zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft er voorts acht maanden over gedaan om te reageren op het verzoek zijn standpunt toe te lichten over de zorgzwaarteclassificatie. De ziektekostenverzekeraar heeft veel aanvullende informatie opgevraagd, maar de duidelijke inhoudelijke beoordeling van Arkin - in twee verwijzingen en een aanvullende toelichting - is door hem terzijde gelegd. De ziektekostenverzekeraar mag niet op de stoel van de deskundigen gaan zitten en moet relevante informatie van behandelaren bij zijn oordeel betrekken, rekening houdend met het feit dat zorg in het buitenland anders georganiseerd zal zijn. Arkin was helder in het oordeel dat een langdurige en intensieve klinische behandeling nodig was. De verwijzing van Arkin had de ziektekostenverzekeraar als uitgangspunt moeten nemen. Verzekerde heeft gekeken naar een beleidsregel van de NZa (BR/REG-24145a). Op basis daarvan moet worden uitgekomen op zorgzwaarteclassificatie E. Dit sluit ook aan bij de beoordeling van Arkin en Bridge House. De enige uitzondering hierop vormen de laatste twee weken. De ziektekostenverzekeraar noemt hierbij dat het zou gaan om het aantal fte (personeel) per bed of plaats. Dit is eerder niet gevraagd. Dat het ontbreken daarvan relevant of zelfs doorslaggevend zou zijn, blijkt nergens uit de voorafgaande correspondentie.
- 3.4. Verzekerde merkt verder op graag de benodigde zorg in Nederland te hebben verkregen. Dit bleek echter een probleem, aangezien de zorg die er zou moeten zijn niet meer wordt aangeboden. Verzekerde is met de problemen en forse zorgkosten opgezadeld. De zorgkosten die verzekerde heeft moeten maken zijn fors hoger dan die op grond van NZa-tarieven worden vergoed. Verzekerde wordt op kosten gejaagd doordat de ziektekostenverzekeraar het zorgaanbod voor een hele kwetsbare doelgroep niet op orde heeft. Vanwege schending van de zorgplicht (artikel 11 van de Zorgverzekeringswet) is de ziektekostenverzekeraar gehouden de volledige kosten van de in de Verenigde Staten ondergane behandelingen te vergoeden. Voor zover die vergoeding hoger zou zijn dan een door de NZa vastgesteld tarief doet dat in de verhouding van een zorgverzekeraar tot de verzekerde niet ter zake. De NZa tarieven zijn weliswaar maatgevend voor wat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is (artikel 2.2. van het Besluit Zorgverzekering), maar door het ontbreken van Nederlands aanbod zullen die marktomstandigheden in dit geval moeten worden ingevuld met het aanbod dat uit het buitenland nodig is om in de vraag op de Nederlandse markt te voorzien. Uiteraard is de zorg daar anders georganiseerd dan in Nederland, maar uit de facturen blijkt duidelijk dát er zorg is verleend. Deze zorg is bovendien verleend na een verwijzing door Arkin. Als in de situatie van verzekerde met beschermd wonen kon worden volstaan, had Arkin dit wel geadviseerd. Dat was ook mogelijk geweest in Nederland en had iedereen veel tijd en geld bespaard. In elk geval moet de ziektekostenverzekeraar 100 % van de Nederlandse tarieven betalen volgens zijn polisvoorwaarde A.20.2.1.

- 3.5. Bij brief van 23 september 2025 heeft verzekerde, in reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 13 augustus 2025, aan de commissie meegedeeld dat het geschil nog niet is opgelost. Op zich is er vanuit verzekerde waardering voor het feit dat de ziektekostenverzekeraar erkent dat de afhandeling van de oorspronkelijke bezwaren inhoudelijk onzorgvuldig is geweest. Ook is het prettig dat er nu erkenning is voor de zoektocht van (de ouders van) verzekerde naar geschikt zorgaanbod, en dat het noodzakelijk was hiervoor uit te wijken naar het buitenland. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd de zorg te gaan vergoeden als zwaardere zorg, te weten op basis van zorgzwaarteclassificatie E. Niet duidelijk is evenwel wat dit concreet betekent. De ouders van verzekerde hebben aanzienlijke zorgkosten moeten voorschieten. Als vergoeding op basis van zorgzwaarteclassificatie E de volledige kosten van het verblijf bij Bridge House zou dekken, dan kan de klacht ten aanzien van Bridge House als afgehandeld worden beschouwd. Aannemelijk is echter dat er nog een verschil zit tussen de werkelijke kosten en wat de ziektekostenverzekeraar nu heeft toegekend. Daarnaast verschillen verzekerde en de ziektekostenverzekeraar tot op heden van mening over het antwoord op de vraag of de zorg bij Whipporwill voor vergoeding in aanmerking komt. Het verblijf daar is nodig geweest ter vervanging van zorg die in Nederland onder de Zorgverzekeringswet valt. Dat zorgaanbod had er moeten zijn in Nederland, maar was er niet. De combinatie van Bridge House en Whipporwill was het best beschikbare alternatief.
- 3.6. Bij brief van 1 december 2025 heeft verzekerde gereageerd op de vragen van het Zorginstituut in het voorlopig advies van 3 november 2025. Daarbij is verwezen naar eerder ingediende stukken en zijn aanvullende stukken van Whipporwill overgelegd. Whipporwill houdt geen tijdregistratie bij en informatie over individuele behandelsessies is niet meer beschikbaar. Verzekerde heeft informatie overgelegd over de registratie van de behandelaren bij Whipporwill, die overeenkomt met die van een klinisch psycholoog, respectievelijk een psychotherapeut of GZ-psycholoog in Nederland. Verder wijst verzekerde erop dat de behandeling bij Whipporwill ten onrechte wordt beoordeeld als een op zichzelf staand traject, nu door Arkin voor het geheel van beide trajecten is verwezen. Ook benadrukt verzekerde dat het erom gaat of deze zorg, hoewel anders van aard of anders georganiseerd, volgens de beroepsgroep was aangewezen, waarbij wordt verwezen naar het arrest van de Hoge Raad van 11 oktober 2024, ECLI:HR:2024:1416, r.o. 3.1.5. De behandelaren van verzekerde in Nederland hebben de gecombineerde zorg van Bridge House en Whipporwill als passend alternatief voor het gewenste, op grond van de Zorgverzekeringswet verzekerde GGZ-traject in Nederland beoordeeld. Het gaat om geneeskundige zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden en die valt onder het basispakket van de Zorgverzekeringswet.
- 3.7. Ter zitting heeft verzekerde in aanvulling hierop aangevoerd dat de zorg bij Bridgehouse weliswaar wordt vergoed tot 100% van het NZa-tarief, maar dat de totale kosten ruim boven de € 210.000,- liggen. Omdat de benodigde zorg destijds niet tijdig in Nederland beschikbaar was, moeten de volledige kosten worden vergoed. Dat geldt ook voor de kosten van de behandeling bij Whipporwill. Ter zake daarvan moet in elk geval een redelijke inschatting worden gemaakt van wat het bijbehorende NZa-tarief zou zijn geweest. Er wordt thans erkend dat het gaat om ten dele verzekerde zorg, en dit is een verschil ten opzichte van de eerdere reactie van de ziektekostenverzekeraar uit augustus 2025, toen werd gesteld dat het helemaal geen verzekerde zorg zou zijn. Verder geldt dat de zorg bij Bridgehouse en Whipporwill in feite één traject is geweest. De klacht rondom de communicatie is ook relevant voor de inhoud, omdat de informatieachterstand die er nu is, mede komt doordat er twee jaar lang chaos was en er door het tijdsverloop en natuurrampen in de Verenigde Staten informatie verloren is gegaan die nu niet meer kan worden aangeleverd. Verzekerde benadrukt dat sprake is van een verzekeringsovereenkomst en dat de NZa geen wettelijke bevoegdheid heeft om hier iets bindends van te vinden. In een bindend advies van de commissie van vorig jaar was in dat geval een volledige vergoeding van kosten aan de orde. Het betreft dan de schade die moet worden vergoed.

- 3.8. Verzekerde brengt verder in de ter zitting voorgedragen pleitnota naar voren, kort gezegd, dat vaststaat dat de geschikte zorg in Nederland niet beschikbaar was en er daarom geen andere optie bestond dan naar het buitenland uit te wijken. Verzekerde wijst erop dat de ziektekostenverzekeraar dit in zijn reactie aan de commissie van 13 augustus 2025 ook heeft erkend. Het traject rondom het verzoek de kosten van de zorg in de Verenigde Staten te vergoeden is door toedoen van de ziektekostenverzekeraar chaotisch verlopen. Door een combinatie van natuurgeweld en diefstal is informatie over de behandeling bij Whipporwill, op basis waarvan een inschatting van de zorgkosten mogelijk was geweest, begin 2025 blijvend verloren gegaan. Dit kan niet worden afgewenteld op verzekerde. Verzekerde heeft voorts aangevoerd dat het aanbod van Whipporwill niet wezenlijk anders is dan dat van gerenommeerde GGZ-aanbieders in Nederland en heeft daarbij een aantal instellingen geciteerd.
- 3.9. Bij brief van 2 maart 2026 heeft verzekerde herhaald dat de NZa niet bevoegd is om de hoogte van de vergoeding onder een overeenkomst naar civiel recht te normeren. Dat is ook niet het doel van de beleidsregel of de Wet marktordening gezondheidszorg, vgl. Hoge Raad 11 oktober 2024, ECLI:NL:HR:2024:1416 onder 3.1.4 (uitwijken naar het buitenland) en 3.2.4 (Wmg beperkt rechten verzekerde/patiënt niet). Uiteindelijk is sprake van een schadeverzekering voor zorg(kosten). Partijen zijn het erover eens dat in de uitzonderlijke situatie van verzekerde geen geschikt zorgaanbod in Nederland beschikbaar was. Er moesten kosten worden gemaakt voor zorg in het buitenland. Daarvoor dient de ziektekostenverzekeraar verzekerde schadeloos te stellen op grond van de polis, vgl. Gerechtshof 's-Hertogenbosch 5 februari 2019, ECLI:NL:GHSHE:2019:403 onder 6.20. Dat dient te gebeuren op basis van de werkelijke kosten, omdat anders het recht op zorg uit de polis illusoir is. Zou slechts een klein deel worden vergoed, dan is er een te grote financiële drempel om deze zorg te ontvangen, vgl. advies SKGZ van 7 maart 2025, zaaknummer 202401216, onder 6.6. En naar analogie over belemmeringen bij een verzekerde aanspraak: HvJEG 12 juli 2001, zaak C-157/99, ECLI:EU:C:2001:404.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de zorg in Whipporwill en geen hogere vergoeding mogelijk is voor de zorg bij Bridge House. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 25 september 2024 aangevoerd dat de zorg bij Whipporwill niet voor vergoeding in aanmerking komt, omdat geen sprake is van zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden. De behandeling lijkt op een safehouse-traject, dat in Nederland doorgaans wordt gefinancierd door de gemeente via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In de toelichting van Whipporwill staat dat de kosten voor accommodatie niet onder de behandeling vallen en door de patiënt zelf moeten worden gedragen. Omdat de ziektekostenverzekeraar geen gespecificeerde nota heeft ontvangen, is niet duidelijk of de huisvestingskosten zijn begrepen in het totaalbedrag. Deze kosten kunnen in ieder geval niet worden vergoed als deel van de behandeling. Bovendien valt een deel van de behandeling bij Whipporwill niet onder de zorg zoals medisch-specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden. Het gaat dan om Somatic Experiencing, Ketamine Assisted Psychotherapy en verschillende alternatieve therapieën, zoals yoga en acupunctuur. Ketamine-ondersteunde therapie voldoet daarnaast niet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. De overige groepssessies en dagbestedingen worden niet aangemerkt als zorg die onder de Zorgverzekeringswet kan worden vergoed.
- 4.2. In zijn brief aan de ouders van verzekerde van 28 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat de behandeling bij Bridge House voor gedeeltelijke vergoeding in aanmerking komt. In eerste instantie was hierbij uitgegaan van zorgzwaarteclassificatie (verzorgingsgraad) B. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat het normaal is om in de beginfase een hogere klasse (verzorgingsgraad C) toe te wijzen en later over te gaan op klasse B, wanneer een cliënt langere tijd in zorg is en er meer sprake is van een

psychotherapeutische benadering in plaats van bescherming en de-escalatie. In het geval van verzekerde gaat de ziektekostenverzekeraar akkoord met twee maanden klasse C en twee maanden klasse B, op basis van de eerdere beschrijvingen waarin zelfbeschadiging en toenemend paniekgedrag in de avond werden vermeld. Klassen D en E zijn vaak van toepassing bij zorg binnen een gedwongen kader, wat hier niet het geval is, omdat verzekerde dan in Nederland zou zijn opgenomen via de crisisdienst.

- 4.3. In zijn brief aan de ouders van verzekerde van 17 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat hij begrijpt dat zij aangeven dat de benodigde zorg in Nederland niet (meer) beschikbaar was. De ziektekostenverzekeraar heeft echter niet de gelegenheid gekregen om te onderzoeken of binnen een redelijke termijn en afstand een (gecontracteerde) zorgaanbieder kon worden gevonden. En zo niet, een andere, passende oplossing te bieden. Ten aanzien van de zorg in Whipporwill heeft hij herhaald dat Health and Wellness Coaching, Individualized Life Skills Coaching, Equine Therapy, en andere, in Nederland grotendeels niet worden aangemerkt als verzekerde zorg. Daarnaast voldoet het "behandelteam" niet aan de vereisten zoals gesteld in het Landelijk Kwaliteitsstatuut (LKS). Dit betekent dat er geen psychiaters of regiebehandelaren betrokken zijn bij de behandeling en het team niet vergelijkbaar is met een multidisciplinair behandelteam conform de richtlijnen. Hierdoor kan niet worden vastgesteld dat de zorg voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Aan de vraag of verzekerde redelijkerwijs was aangewezen op de zorg en of deze doelmatig was wordt om die reden niet toegekomen. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding om op basis van de polisvoorwaarden een andere vergoeding toe te kennen.
- 4.4. In zijn brief aan de commissie van 13 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat:
- de nota's van Fulshear en Bridge House worden vergoed tot 100% van het tarief van de NZa;
 - de zorgkosten bij Fulshear worden gemachtigd tot verzorgingsgraad E gedurende de gehele behandeling;
 - de zorgkosten bij Bridge House worden gemachtigd tot verzorgingsgraad E, en in de laatste twee weken van de behandeling verzorgingsgraad B;
 - de zorgkosten bij Whipporwill blijven afgewezen, omdat niet vaststaat dat de geleverde zorg voor vergoeding in aanmerking komt;
 - het klachtgeld van € 37,-- wordt vergoed.
- 4.5. Voor zover hier van belang, heeft de ziektekostenverzekeraar hiertoe aangevoerd dat GGZ in Nederland behoudens enkele uitzonderingen machtigingsvrij is. Dit maakt dat zorgaanbieders zelf aangeven welke verzorgingsgraad van toepassing is op de geleverde zorg. Bij de zorg geleverd door Bridge House en Fulshear ontbrak een onderbouwing over de toepasselijke verzorgingsgraad. Op basis van de beschikbare informatie over de inzet van verplegend en verzorgend personeel, en de aanwezigheid van andere criteria als beschreven in de beleidsregels, is door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar een inschatting gemaakt van de verzorgingsgraad. Uit het verzoekschrift van verzekerde blijkt dat er behandeling is geweest vanuit een aantal instellingen. Er waren wel degelijk zorgaanbieders die de benodigde zorg konden bieden. Echter is de individuele casus van verzekerde zodanig specifiek dat deze instellingen onvoldoende aansloten bij de zorgbehoefte. Om deze reden is, zoals ook is toegelicht door Arkin, hiervoor uitgeweken naar het buitenland. Hoewel de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie van oordeel was dat de zorg niet voldeed aan de voorwaarden en Nederlandse richtlijnen, heeft hij na de toelichting door Arkin alsnog de benodigde zorg vergoed. Dit betekent dat verzekerde alsnog de zorg heeft gekregen waaraan behoefte bestond en waar recht op was. Gelet op het resultaat brengt dit met zich dat aan de zorgplicht is voldaan. Er is geen formeel verzoek tot bemiddeling gedaan en de ziektekostenverzekeraar heeft niet kunnen onderzoeken of schending van de zorgplicht aan de orde was. De aanvraag voor vergoeding van de behandeling bij Bridge House en

Whipporwill ontving hij op 30 mei 2023, terwijl daarmee al op 4 januari 2023 was gestart. In het individuele geval van verzekerde is vastgesteld dat de situatie dusdanig uitzonderlijk was dat geen zorginstelling in Nederland kon worden gevonden. Het was dan ook feitelijk onmogelijk om de benodigde zorg voor verzekerde in Nederland te bewerkstelligen. Door alsnog in te stemmen met vergoeding van de behandeling bij Fulshear en Bridge House is voldaan aan de zorgplicht. In klacht vier wordt verzocht om 100% van de Nederlandse tarieven te vergoeden, conform artikel A.20 van de verzekeringsvoorwaarden. Hoewel de wachttijden in kwestie niet in het gedrang zijn, omdat de benodigde zorg simpelweg niet beschikbaar was in Nederland, ligt het in de lijn van de bedoeling van deze bepaling om in het geval van verzekerde te voldoen aan het verzoek 100% van het maximale NZA-tarief te vergoeden conform de geadviseerde (gevraagde) verzorgingsgraad.

- 4.6. Bij brief van 22 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat de zorg bij Fulshear (op basis van de ingediende nota's ter hoogte van in totaal € 38.345,-) volledig kan worden vergoed binnen de machtiging. Voor de zorg bij Bridge House, waarvoor in totaal € 208.020,- is gedeclareerd, geldt conform de tarieven van de NZa een maximale vergoeding van € 73.930,64. Overige nota's zijn niet aangevraagd en gemachtigd en komen niet voor vergoeding in aanmerking. Voor Whipporwill is mogelijk sprake van deels verzekerde zorg, maar onvoldoende transparantie en onderbouwing rechtvaardigen geen vergoeding.
- 4.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar erkend dat de communicatie niet optimaal is geweest, waarbij het echter ging om een bijzondere situatie. Een zorgvraag van deze omvang, waarvoor simpelweg geen zorg kon worden gevonden in Nederland heeft de ziektekostenverzekeraar nog niet eerder meegemaakt. Er moest worden nagedacht over hoever de zorgplicht reikt. De eerste aanvraag voor Fulshear was een brief van Arkin, waarin stond dat geen zorg kon worden gevonden. Er bestaat recht op vrije artskeuze, en dan mag de ziektekostenverzekeraar niet ineens zeggen dat er ook gecontracteerde zorg beschikbaar is. Er is op dat moment een kostenplaatje gemaakt en op basis daarvan is een beoordeling uitgevoerd. Er bestaat altijd de ruimte om te vragen om bemiddeling, maar hiervan is geen gebruik gemaakt. In Nederland is de klinische zorg onderdeel van het ambulante traject. Na een aantal weken is het niet zo dat klinische opname niet meer nodig kan zijn, maar de ziektekostenverzekeraar wil dan wel een nieuwe aanvraag om het vervolg te beoordelen. Daarom wordt eerst een toekenning voor een korte periode gegeven, zoals in het geval van Fulshear, zodat de doelmatigheid kan worden getoetst en om te kijken of er nog een medische noodzaak aanwezig is. Verzekerde leek in eerste instantie bij deze zorgaanbieder terecht te kunnen, maar moest na een incident naar Nederland terugkeren. Via eigen bemiddeling is verzekerde daarna wederom terechtgekomen in de Verenigde Staten. De aanvraag is gedaan toen de behandeling bij Bridgehouse al was begonnen en er was geen gelegenheid om nog te zoeken naar een passend alternatief. Het gaat ook om de vraag waarmee een verzekerde redelijkerwijs moet kunnen uitkomen in Nederland. Het gaat dan om de noodzaak van een klinisch traject en of er iets kan worden gevonden binnen Nederland dat hierop aansluit. Er is gezocht naar elementen die aansluiten bij de zorg in Nederland en daarop is besloten de kosten van de zorg bij Bridgehouse te vergoeden en die van de zorg bij Whipporwill af te wijzen. Er zijn bij Whipporwill namelijk behandelingen gegeven die niet vallen onder de verzekerde zorg. Een deel betreft bijvoorbeeld begeleiding, die in Nederland niet wordt vergoed. Als iemand naar een gecontracteerde zorgaanbieder wil maar deze zorg is niet beschikbaar, is er de mogelijkheid om 100% in de zin van de polisvoorwaarden te vergoeden, dat wil zeggen tot aan het NZa tarief. Dat is een andere bepaling dan over de zorgplicht. Bij restitutiepolissen wordt aangegeven dat bij schending hiervan volledige vergoeding mogelijk is, maar nooit tot een hoger bedrag dan het marktconforme tarief. Zelfs bij schending van de zorgplicht kan daarom geen hogere vergoeding dan op basis van het marktconforme tarief volgen. Een en ander blijkt uit de beleidskaders van de NZa. Inforsa had de zorg kunnen verlenen, maar werd gesloten. Er kan dan niet worden gesteld dat de zorg in Nederland niet mogelijk was. Deze zorg kon evenwel feitelijk niet worden ingekocht, en daarom kan er geen sprake zijn van een schending van de zorgplicht. Dit betekent dat de

ziektekostenverzekeraar er alles aan heeft gedaan, maar onderaan de streep was de zorg er nog steeds niet.

De ziektekostenverzekeraar merkt verder, naar aanleiding van het feit dat informatie bij Whipporwill kennelijk inmiddels blijvend verloren is gegaan, op dat in juli 2024 al informatie is opgevraagd over Whipporwill. Er waren toen ook al twijfels of de zorg voldeed aan de stand van wetenschap en praktijk. Het is aan degene die zich beroept op dekking om informatie voor de beoordeling aan te leveren.

- 4.8. Bij brief van 17 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar, onder toezending van Beleidsregel TH/BR-025 van de NZa een nadere reactie gegeven. In zijn brief verwijst hij naar artikel 6 van deze beleidsregel in samenhang met paragraaf 5.7 van zijn reactie aan de commissie van 13 augustus 2025 alsmede naar artikel 7 van de beleidsregel betreffende de beperking tot een markconform tarief bij restitutiepolissen. In de bedoelde paragraaf in zijn reactie aan de commissie van 13 augustus 2025 voerde de ziektekostenverzekeraar aan dat de sluiting van zorginstelling Inforsa niet meebrengt dat sprake is van schending van de zorgplicht, Voor patiënten die destijds werden behandeld in deze KIB (Kliniek Intensieve Behandeling) zijn passende alternatieven gevonden, Daarnaast is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat hij voldoende zorg heeft ingekocht voor de behandeling van vastgestelde diagnoses in een eventuele klinische setting, dan wel in een KIB. Bij brief van 24 februari 2026 berichtte de ziektekostenverzekeraar geen mogelijkheid te zien voor een oplossing in der minne. Bij brief van 3 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie nogmaals een afschrift gestuurd van NZa Beleidsregel TH/BR-025, inclusief de toelichting.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 3 november 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt dat verzoeker voor een periode van circa zes maanden, van 4 mei 2023 tot en met 11 november 2023, in behandeling is geweest bij Whipporwill in de Verenigde Staten. Ook blijkt dat er bij Whipporwil diverse therapieën werden aangeboden, waaronder braf[i]nspotting, hippisch psychotherapie, acupunctuur in combinatie met neurofeedback, EMDR, traumagerichte CGT en vaktherapie en meer. Uit het dossier blijkt echter niet welke specifieke behandelingen bij verzoeker zijn uitgevoerd en wat de omvang van dit aanbod is geweest. Het Zorginstituut heeft deze informatie nodig om te kunnen beoordelen of verzoeker aanspraak maakt op vergoeding van de geleverde zorg.

Nader onderzoek

Om te beoordelen of verzoeker aanspraak kan maken op de vergoeding van de geleverde zorg bij Whipporwill in de Verenigde Staten, dient de volgende informatie aan het dossier te worden toegevoegd:

- *Nadere specifieke informatie over de bij verzoeker uitgevoerde behandelingen en omvang hiervan bij Whipporwill, opgesteld door een ter zake kundige.*

Advies

Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande.”

- 5.2. In het nader voorlopig advies van 14 januari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Uit de beschikbare informatie blijkt dat de behandeling van verzoeker uit verschillende therapieën bestond. Dit betreft in ieder geval cognitieve gedragstherapie (CGT), EMDR, neurofeedback, QEEG (kwantitatieve elektro-encefalografie) en brainspotting. Voor het overgrote deel van de behandeling blijft echter onduidelijk welke therapievormen verzoeker heeft gehad bij Whipporwill.

Uit de aanvullende informatie blijkt dat (de vader van) verzoeker heeft getracht dit te verhelderen. Uit de mail van 26 november 2025 van Whipporwill blijkt echter dat het door omstandigheden niet meer mogelijk is om te onderscheiden welke therapievorm voor hoe lang bij verzoeker is uitgevoerd.

Ook na ontvangst van de aanvullende informatie blijft onvoldoende duidelijk welke therapieën verzoeker heeft ondergaan. Daarom kan het Zorginstituut niet beoordelen of de bij Whipporwill ondergane behandeling zorg is zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden en of deze zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en voor vergoeding in aanmerking komt vanuit de basisverzekering.

Conclusie

Uit de beschikbare informatie wordt onvoldoende duidelijk uit welke therapievormen de behandeling van verzoeker [uit] heeft bestaan. Het Zorginstituut kan dan ook niet beoordelen of de behandeling bij Whipporwill zorg is zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden en of deze zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dus verzekerde zorg is. Verzoeker kan dan ook geen aanspraak maken op vergoeding voor de behandeling uit de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut kan op basis van de beschikbare informatie in het dossier geen advies uitbrengen. Er is onvoldoende informatie beschikbaar om te beoordelen of de bij Whipporwill uitgevoerde specialistische ggz-behandeling verzekerde zorg is.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over geestelijke gezondheidszorg, de zorgplicht, de vergoeding indien gebruik wordt gemaakt van niet-gecontracteerde zorg, en de criteria ‘plegen te bieden’ en de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, en die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw TH/BR-025 van de NZa en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 7.2. De commissie stelt voorop dat is gebleken en door de ziektekostenverzekeraar is erkend dat de communicatie niet steeds goed is verlopen. Gelet op de complexiteit van het dossier is ook niet altijd snel op vragen gereageerd. Hoewel dit niet de schoonheidsprijs verdient, zal de commissie dit punt verder laten rusten en een beoordeling geven van de inhoud van het geschil. Hiertoe geldt allereerst dat tussen de Verenigde Staten en Nederland geen verdrag is afgesloten inzake de sociale ziektekostenverzekering, zodat moet worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

Zorgverzekering

- 7.3. De aanspraak op geestelijke gezondheidszorg is geregeld in artikel B.19 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Deze bepaling is gebaseerd op de artikelen 2.4 en 2.12 Bzv. Verzekerde heeft bij drie verschillende zorgaanbieders in de Verenigde Staten zorg gehad. Deze drie verschillende zorgaanbieders zal de commissie separaat van elkaar behandelen.

Fulshear

- 7.4. Ten aanzien van de zorg bij Fulshear in 2022 is tussen partijen niet in geschil dat het gaat om een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering – dat wil zeggen dat is voldaan aan de criteria ‘plegen te bieden’ en de ‘stand van de wetenschap en praktijk’- en dat verzekerde hierop redelijkerwijs was aangewezen. Gelet op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 22 december 2025 is de aldaar afgenomen zorg volledig gedekt onder de afgegeven machtiging, zodat hierover thans geen geschil meer bestaat.

Bridge House

- 7.5. Ten aanzien van de zorg bij Bridge House in 2023 is eveneens niet (meer) in geschil dat het gaat om een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering en dat verzekerde hierop redelijkerwijs was aangewezen. Wat partijen nog verdeeld houdt, is uitsluitend de hoogte van de vergoeding. De aanspraak op geestelijke gezondheidszorg met opname is geregeld in artikel B.19.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering (2023). Voor de tarieven wordt verwezen naar artikel A.20. van de voorwaarden van de zorgverzekering. In artikel A.20.2.1 sub c is bepaald dat bij zorg die in natura wordt geleverd – en hieronder valt blijkens het Vergoedingen Overzicht ook geestelijke gezondheidszorg – door een gekozen niet-gecontracteerde zorgverlener, 75% van het wettelijk tarief wordt vergoed. Als een dergelijk tarief niet is vastgesteld, noemt de bepaling een aantal alternatieven. De ziektekostenverzekeraar heeft ten aanzien van deze zorg besloten 100% van het wettelijk tarief - namelijk 100 % van het maximaal door de NZa vastgestelde tarief - te vergoeden en aldus kennelijk aangesloten bij artikel A.20.2.1 sub b, de situatie waarin een gecontracteerde zorgaanbieder niet tijdig bereikbaar of niet beschikbaar is en een verzekerde noodgedwongen naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 22 december 2025 uiteengezet dat dit neerkomt op een bedrag van totaal € 73.930,64. Voor zover het gaat om de verzorgingsgraad heeft de ziektekostenverzekeraar graad E toegekend, met uitzondering van de laatste twee weken, waarvoor hij is uitgegaan van graad B. Dit komt overeen met hetgeen verzekerde hierover in de brief aan de ziektekostenverzekeraar van 20 december 2024 heeft gesteld.
- 7.6. Het voorgaande neemt niet weg dat de toegezegde vergoeding niet kostendekkend is. Verzekerde heeft in dit verband gesteld dat de benodigde zorg destijds niet beschikbaar was in Nederland. Hierbij heeft verzekerde verwezen naar artikel 11 Zvw en de uit deze bepaling voor de ziektekostenverzekeraar voortvloeiende zorgplicht. Vanwege schending van deze zorgplicht zou de ziektekostenverzekeraar zijn gehouden de gemaakte kosten volledig te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat (i) niet is gevraagd om zorgbemiddeling en (ii) bij schending van de zorgplicht de vergoeding nooit hoger kan zijn dan het maximale NZa-tarief.

- 7.7. Ten aanzien van het eerste punt merkt de commissie op dat de door verzekerde benodigde zorg volgens de ziektekostenverzekeraar kon worden geleverd door Inforsa, maar dat deze zorgaanbieder zijn werkzaamheden heeft gestaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft enerzijds in algemene zin gesteld dat hij voldoende zorg heeft ingekocht, maar uiteindelijk in zijn reactie aan de commissie van 13 augustus 2025 en ter zitting anderzijds erkend dat voor de specifieke zorgvraag van verzekerde in Nederland geen alternatief beschikbaar was. Dat dit buiten Nederland anders zou zijn, bij een al dan niet gecontracteerde zorgaanbieder, heeft de ziektekostenverzekeraar niet gesteld en hiervan is in de procedure ook niet gebleken. De commissie concludeert daarom dat het niet vragen om zorgbemiddeling verzekerde niet kan worden tegengeworpen. Dit klemt temeer nu de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de zorg in Nederland machtigingsvrij is, en de Nederlandse zorgaanbieder (Arkin) gericht heeft verwezen naar onder andere Bridge House.
- 7.8. Ten aanzien van het tweede punt geldt dat uit de toelichting op artikel 6.1 van de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zwv TH/BR-025 van de NZa blijkt dat bij prestaties in natura, zoals hier aan de orde, op de zorgverzekeraar een resultaatsverplichting rust. Deze beleidsregel heeft weliswaar geen directe werking, maar wordt door de commissie gehanteerd als kader om de reikwijdte van de zorgplicht op grond van artikel 11 Zwv te beoordelen. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, heeft de ziektekostenverzekeraar niet voorzien in de verzekerde zorg waarop verzekerde redelijkerwijs was aangewezen, en werd deze verplichting dus niet nagekomen. Daarmee is sprake van schending van de zorgplicht als bedoeld in artikel 11 Zwv.
- 7.9. Waar het vervolgens gaat om de hoogte van de vergoeding kan de commissie de verwijzing, door de ziektekostenverzekeraar, naar artikel 7 van de eerdergenoemde NZa beleidsregel niet volgen. Deze bepaling ziet op verplichtingen bij een restitutiepolis. De onderhavige zorg betreft echter zorg in natura en daarop heeft artikel 7 geen betrekking. Het uitgangspunt van een naturapolis/natura-aanspraak in het kader van een combinatiepolis is dat aanspraak bestaat op de verzekerde zorg in natura en alleen een eventuele eigen bijdrage of nog openstaand eigen risico voor rekening van betrokkene komt. Hiervóór is vastgesteld dat Inforsa haar werkzaamheden had gestaakt. Er was daarmee, zoals de ziektekostenverzekeraar heeft erkend, in de situatie van verzekerde in het geheel geen zorgaanbieder die de desbetreffende verzekerde zorg kon leveren, waardoor verzekerde geen andere mogelijkheid had dan uit te wijken naar Bridge House in de Verenigde Staten, met de hieraan verbonden aanzienlijk hogere kosten. Onder verwijzing naar artikel A.20.2.1 sub b van de verzekeringsvoorwaarden heeft de ziektekostenverzekeraar de vergoeding gemaximeerd tot 100% van het wettelijk (NZa) tarief. Zoals hiervóór is vastgesteld, is in dit verband sprake van een resultaatsverplichting, en is in deze procedure niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar heeft geanticipeerd op het staken van de werkzaamheden door Inforsa of dat hij naar aanleiding daarvan maatregelen heeft genomen om te zorgen dat de specifieke zorg, zoals die waarop verzekerde was aangewezen, kon worden geleverd. Daarmee is de op hem rustende zorgplicht door de ziektekostenverzekeraar geschonden. De situatie waarin er geen enkele andere zorgaanbieder voor verzekerde is, is een andere situatie dan bedoeld in artikel A.20.2.1 sub b van de verzekeringsvoorwaarden, wanneer een gecontracteerde zorgaanbieder niet tijdig bereikbaar of beschikbaar is. Daarom is de commissie van oordeel dat in dit specifieke geval, gelet op de schending van de zorgplicht door de ziektekostenverzekeraar en het ontbreken van een (al dan niet gecontracteerde) zorgaanbieder die de voor verzekerde aangewezen zorg kon leveren, waardoor verzekerde geen andere mogelijkheid had dan uit te wijken naar Bridge House in de Verenigde Staten met zeer hoge kosten als gevolg, uit de eisen van redelijkheid en billijkheid, bedoeld in artikel 6:248, eerste lid, BW volgt dat de nota's van Bridge House, voor zover deze zijn overgelegd en overigens met inachtneming van de voorwaarden van de zorgverzekering, volledig moeten worden vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Voor zover artikel A.20.2.1 sub b van de verzekeringsvoorwaarden al van toepassing zou zijn, overweegt de commissie dat, gelet op de hiervoor weergegeven omstandigheden, de beperking van de vergoeding tot 100% van het NZa tarief naar maatstaven

van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is in de zin van artikel 6: 248, tweede lid, BW en verzekerde in dit specifieke geval niet kan worden tegengeworpen. Daarom oordeelt de commissie dat de nota's van Bridge House, voor zover deze zijn overgelegd en overigens met inachtneming van de voorwaarden van de zorgverzekering, volledig moeten worden vergoed door de ziektekostenverzekeraar.

Whipporwill

- 7.10. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de kosten van de zorg die in 2023 is verleend bij Whipporwill afgewezen, omdat volgens hem niet vaststaat dat deze zorg voldoet aan de criteria 'plegen te bieden' en de 'stand van de wetenschap en praktijk' zodat geen sprake is van verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering. Verzekerde is in de procedure in de gelegenheid gesteld specifieke informatie over de behandeling en de omvang daarvan aan te leveren. Naar aanleiding van hetgeen verzekerde heeft aangeleverd komt het Zorginstituut in zijn nader voorlopig advies van 14 januari 2026 tot de conclusie dat onvoldoende informatie beschikbaar is om te kunnen beoordelen of sprake is van verzekerde zorg. De commissie overweegt dat het, gelet op de algemene bewijsregels, met name artikel 150 Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering en de jurisprudentie hierover, aan de verzekerde is die aanspraak maakt op verzekeringsdekking, om aan te tonen dat is voldaan aan de in dat verband geldende voorwaarden. In dit geval is verzekerde daarin niet geslaagd, zodat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de bij Whipporwill verleende zorg ten laste van de zorgverzekering.

De stelling van verzekerde in dit verband dat intussen stukken verloren zijn gegaan door tijdsverloop en natuurrampen kan niet overtuigen. Niet alleen ligt dit in de risicosfeer van verzekerde, bovendien hadden die stukken in een eerder stadium bij Whipporwill kunnen worden opgevraagd. Dat dit toen niet is gebeurd, is verzekerde aan te rekenen en heeft overigens geen relatie met de aanvankelijk moeizame communicatie met de ziektekostenverzekeraar. Daarbij is de vraag of het tijdig opvragen tot een andere uitkomst zou hebben geleid. Zo heeft één van de behandelaars – zo blijkt uit hetgeen ter zitting naar voren is gebracht – verklaard: *"I also wouldn't know the time of the sessions bc I never track time"*. Nu de kosten van de behandeling bij Whipporwill niet voor vergoeding in aanmerking komen, geldt hetzelfde voor de hiermee samenhangende, apart in rekening gebrachte verblijfskosten.

- 7.11. Gelet op het voorgaande moet het verzoek de ziektekostenverzekeraar te verplichten alsnog een besluit te nemen op het bezwaar van verzekerde waarbij (i) als uitgangspunt het oordeel van de behandelaren van Arkin heeft te gelden en (ii) waarvan de ziektekostenverzekeraar alleen gemotiveerd mag afwijken, worden afgewezen.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.12. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor onvoorziene spoedeisende zorg tijdens verblijf in het buitenland. Hiervan is bij verzekerde geen sprake, zodat geen aanspraak bestaat op een aanvulling op de vergoeding, ten laste van die verzekering.

Vergoeding klachtgeld

- 7.13. De ziektekostenverzekeraar heeft al meegedeeld het in het kader van deze procedure door verzekerde betaalde klachtgeld van € 37,-- te vergoeden. Om die reden zal de commissie daarover geen beslissing nemen.

Kosten rechtsbijstand

- 7.14. Verzekerde heeft vergoeding van de kosten van de procedure, bestaande uit het vast recht en de kosten advocaat gevorderd. Uit artikel 21, eerste lid, van het reglement van de commissie blijkt

dat het uitgangspunt is dat de kosten voor rekening zijn van de partij die deze maakt. Hiervóór werd al ingegaan op het klachtgeld bedoeld in artikel 21, lid 2, sub a waarvan de ziektekostenverzekeraar vergoeding heeft toegezegd. Op grond van artikel 21, lid 2, sub b kan de commissie beslissen dat de ziektekostenverzekeraar een vergoeding betaalt voor de door hem gemaakte kosten van de klachtbehandeling, op verzoek van een verzoeker, wanneer deze geheel of gedeeltelijk in het gelijk is gesteld en alleen als het redelijk is dat deze kosten zijn gemaakt en ook de omvang van de kosten redelijk is. Verzekerde heeft in de brief van 27 maart 2025 slechts geschreven dat desgewenst de facturen van de gemachtigde kunnen worden nagezonden, aangezien de facturatie daarvan op de datum van de brief nog niet heeft plaatsgevonden. Verzekerde heeft niet concreet aangevoerd noch aannemelijk gemaakt dat deze in redelijkheid kosten van rechtsbijstand heeft moeten maken, terwijl daarbij tot de procedure bij de commissie de contacten met de ziektekostenverzekeraar rechtstreeks door verzekerde, althans de ouders van verzekerde werden gevoerd. De commissie oordeelt dat reeds daarom de advocaatkosten niet kunnen worden toegewezen.

Slotsom

7.15. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de behandeling van verzekerde bij Bridge House alsnog volledig te vergoeden voor zover hiervan door verzekerde nota's zijn overgelegd, en overigens met inachtneming van de voorwaarden van de zorgverzekering;
- (ii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 8 mei 2026,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of

- bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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

- Door u ingestuurde rekeningen, bijlagen en bescheiden geven wij u niet terug, ook niet als u slechts een deel vergoed hebt gekregen, verrekening met eigen risico heeft plaatsgevonden of zelfs als u niets vergoed hebt gekregen. U kunt bij ons wel een gewaarmerkte kopie opvragen.
- Rekeningen van medicijnen die in het buitenland zijn verkregen moeten leesbaar (indien handgeschreven) en volledig zijn. Staat de naam van het medicijn, de hoeveelheid, de sterkte en de toedieningsvorm niet volledig op de rekening? Stuur dan de bijsluiter, het doosje en/of etiketten mee op.

A.19.3. Rechtstreekse betaling aan de zorgverlener

Bij het aangaan van uw verzekering hebt u ons toestemming gegeven om met zorgverleners een contract te sluiten. Wij kunnen onder andere afspreken dat zij alle of bepaalde rekeningen rechtstreeks bij ons indienen en dat wij deze rechtstreeks aan hen betalen. U bent verplicht hieraan mee te werken. Als wij van een dergelijke zorgverlener een rekening ontvangen die voor vergoeding in aanmerking komt, wordt u dus geacht aan ons toestemming te hebben gegeven om die rekening rechtstreeks aan die zorgverlener te betalen. Als wij de rekening aan de zorgverlener betalen, vervalt daarmee onze plicht de kosten aan u te vergoeden. Betaling van de rekening aan de zorgverlener/zorginstelling kan ook plaatsvinden door compensatie met voorschotten die wij al aan de zorgverlener/zorginstelling hebben verstrekt.

A.19.4. Teveel vergoed aan de zorgverlener

Als wij aan de zorgverlener meer betalen dan wij volgens uw verzekering(en) zouden moeten vergoeden, dan gaan wij ervan uit dat u aan ons een volmacht tot incasso hebt gegeven voor het bedrag dat wij teveel aan de zorgverlener hebben betaald. Als u op grond van deze verzekeringsvoorwaarden geen recht hebt op zorg of op minder zorg of voor een kleinere vergoeding dan het bedrag dat wij aan de zorgverlener betaald hebben, bent u verplicht ons het verschil te betalen. Dit kan bijvoorbeeld voorkomen als u een (wettelijke) eigen bijdrage of eigen risico hebt of als een (wettelijke) maximumvergoeding geldt.

A.19.5. Controle van originele rekening

Als u rekeningen via internet hebt ingestuurd, moet u de papieren, originele rekeningen nog minimaal 2 jaar bewaren omdat wij deze kunnen opvragen voor controles.

A.19.6. Volgorde van vergoeding

Rekeningen worden afgehandeld op volgorde van ontvangst door ons. Bij de vaststelling van de (hoogte van) vergoeding van rekeningen hanteren wij een bepaalde volgorde:

- eerst een voorliggende volksverzekering of sociale verzekering zoals de Wlz (of voorheen AWBZ), Jeugdwet of Wmo;
- vervolgens de zorgverzekering;
- dan een collectieve aanvullende verzekering die alleen kan worden gesloten voor de werknemers van het bedrijf dat of de instelling die de collectieve overeenkomst met ons heeft gesloten;
- dan een individuele aanvullende verzekering. Dat is een aanvullende verzekering, die vergoeding geeft voor meerdere, verschillende soorten zorg;
- tot slot een specifieke aanvullende verzekering. Dat is een aanvullende verzekering, die vergoeding geeft voor maar één of enkele soort(en) zorg.
Bijvoorbeeld voor mondzorg of voor een luxe-arrangement in een ziekenhuis.

A.20. Tarieven

A.20.1. Omschrijving van de tarieven

In de artikelen van Hoofdstuk B en op uw Vergoedingen Overzicht staat op welke zorg u recht hebt of hoe hoog de vergoeding is die u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat wij dan uw rekening volledig vergoeden. Wij gaan uit van verschillende tarieven:

1. Afgesproken tarief

Dit is het (gemiddelde) tarief dat wij in de contracten met gecontracteerde zorgverleners hebben afgesproken voor de betreffende zorg / behandeling. Hoe hoog het tarief voor de verschillende zorgvormen is, vindt u op onze website.

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan kan zich een van de volgende situaties voordoen:

- a. Wij hebben met andere zorgverleners voor dezelfde zorg/behandeling (als de zorg die u krijgt) dezelfde, gelijke tarieven afgesproken. Dan is dat tarief het afgesproken tarief.
- b. Wij hebben met andere zorgverleners voor dezelfde zorg/behandeling (dezelfde als de zorg die u krijgt) verschillende tarieven afgesproken. Dan is het gemiddelde van deze tarieven het afgesproken tarief.

2. Vast, wettelijk (punt)tarief

Dit is het vaste tarief dat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg door de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) is vastgesteld voor bepaalde zorg. Het tarief dat een zorgverlener hanteert, mag dus niet hoger maar ook niet lager zijn. Deze tarieven worden ook wel punttarieven genoemd.

3. Maximaal, wettelijk tarief

Dit is het maximale tarief dat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg door de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) is vastgesteld voor bepaalde zorg. Het tarief dat een zorgverlener hanteert, mag dus wel lager maar niet hoger zijn.

4. Marktconforme tarief

Dit is het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is, als bedoeld in artikel 2.2., tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering.

Toelichting:

De gedeclareerde kosten van de zorg moeten in redelijke verhouding staan tot de prijs van soortgelijke zorg die soortgelijke zorgverleners in Nederland declareren. In principe vergoeden wij de rekening volledig. Behalve als een ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is en daardoor buitensporig afwijkt van rekeningen voor soortgelijke zorg door soortgelijke zorgverleners: wij betalen dan maximaal het marktconforme tarief en we wijzen extreem hoge kosten af voor zover die uitkomen boven dit marktconforme tarief.

5. Gedeclareerde tarief

Het bedrag dat op de rekening staat.

De vergoeding is nooit hoger dan de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt en aan u in rekening zijn gebracht.

A.20.2. Hoogte van de tarieven

Kijk op uw polisblad welke verzekering u hebt:

1. Zorgverzekering Natura (zie A.20.2.1.)
2. Zorgverzekering Natura Select (zie A.20.2.1.)
3. Zorgverzekering Natura JUST (zie A.20.2.1.)
4. Zorgverzekering Natura Direct (zie A.20.2.1.)
5. Zorgverzekering Restitutie (zie A.20.2.2.)
6. Zorgverzekering Combinatie (zie A.20.2.1. voor verzekerde zorg (in natura) en A.20.2.2 voor vergoeding van kosten van zorg (restitutie))

Andere verzekeringen:

7. Aanvullende verzekering en particuliere ziektekostenverzekering (zie A.20.2.2.)
8. Aanvullende gemengde verzekering (zie A.20.2.1. en A.20.2.2.)

Hebt u een Zorgverzekering Natura, Zorgverzekering Natura Select, Zorgverzekering Natura JUST of Zorgverzekering Natura Direct?

Dan hebt u recht op zorg (in natura) bij gecontracteerde zorgverleners. U hebt met een zorgverzekering in natura ook recht op vergoeding van de kosten van zorg bij niet-gecontracteerde zorgverleners. Maar deze vergoeding is niet volledig; zie hiervoor artikel A.20.2.1.

Hebt u een Zorgverzekering Restitutie?

Dan hebt u recht op vergoeding (restitutie) van de kosten van zorg. Zie artikel A.20.2.2.

Hebt u een Zorgverzekering Combinatie?

Dan bent u verzekerd voor zorg (in natura) bij gecontracteerde zorgverleners. U hebt dan ook recht op vergoeding van de kosten van zorg bij niet-gecontracteerde zorgverleners. Maar deze vergoeding is niet volledig; zie daarvoor artikel A.20.2.1. Op uw premiebijlage en Vergoedingen Overzicht staat voor welke zorg u verzekerd bent in natura.

Voor de overige zorg hebt u recht vergoeding van de kosten van zorg (restitutie). Zie artikel A.20.2.2.

A.20.2.1. Hoe werkt een (aanvullende) zorgverzekering met zorg in natura?

Als u een zorgverzekering met zorg in natura hebt dan geldt onderstaande situatie voor:

- de Zorgverzekering Natura;
- de Zorgverzekering Natura Select;
- de Zorgverzekering Natura JUST;
- de Zorgverzekering Natura Direct.

En voor de verzekerde zorg in natura geldt dit ook voor:

- de Zorgverzekering Combinatie;
- de aanvullende verzekering.

Situatie 1:

- a. U gaat naar een gecontracteerde zorgverlener of
- b. U wilt naar een gecontracteerde zorgverlener maar kunt dat redelijkerwijs niet, omdat deze niet tijdig bereikbaar of niet beschikbaar is of omdat sprake is van spoedeisende zorg in Nederland of in het buitenland. Wat tijdig bereikbare zorgverlening is, hangt af van wat als wachttijd medische inhoudelijk verantwoord en algemeen maatschappelijk geaccepteerd is. U gaat dan noodgedwongen naar een niet-gecontracteerde zorgverlener.

U hebt recht op de verzekerde zorg van deze zorgverlener, volgens deze tarieven:

- het vast wettelijk (punt)tarief, of
- als dat niet bestaat: het afgesproken tarief of (in situatie b) het gemiddelde afgesproken tarief, of
- als dat niet kan worden vastgesteld: het gedeclareerde tarief tot ten hoogste het maximaal wettelijk tarief, of
- als ook dat niet kan worden vastgesteld: het gedeclareerde tarief tot maximaal het marktconforme tarief, of
- een percentage of een bedrag (vergoeding) zoals genoemd op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering.

Als u een zorgverzekering met zorg in natura hebt dan geldt onderstaande situatie voor:

- de Zorgverzekering Natura;
- de Zorgverzekering Natura Select;
- de Zorgverzekering Natura JUST;
- de Zorgverzekering Natura Direct.

En voor de verzekerde zorg in natura geldt dit ook voor:

- de Zorgverzekering Combinatie;
- de aanvullende verzekering.

Situatie 2:

U kunt naar een gecontracteerde zorgverlener, maar u gaat naar een niet-gecontracteerde zorgverlener omdat dit uw voorkeur heeft.

We verlagen de vergoeding en rekenen met een percentage *) van:

- a. het vast wettelijk (punt)tarief of
- b. als dat niet bestaat: het gemiddelde afgesproken tarief, of
- c. als dat niet kan worden vastgesteld: het gedeclareerde tarief tot ten hoogste het maximaal wettelijk tarief, of
- d. als ook dat niet kan worden vastgesteld: het gedeclareerde tarief tot maximaal het marktconforme tarief of
- e. een percentage of een bedrag (vergoeding) zoals genoemd op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering, als er geen maximaal wettelijk tarief bestaat.

Percentage *)

Dat percentage *) is:

- 75% bij een Zorgverzekering Natura;
- 75% bij een Zorgverzekering Combinatie voor de verzekerde zorg in natura;
- 70% bij een Zorgverzekering Natura Select;
- 65% bij een Zorgverzekering Natura Direct;
- 60% bij een Zorgverzekering Natura JUST.

Voor de Zorgverzekering Natura Select, Zorgver-

zekering Natura Direct en Zorgverzekering Natura JUST geldt de hardheidsclausule.

U kunt zich hierop beroepen als de lagere vergoeding (70% van het afgesproken tarief bij de Zorgverzekering Natura Select, 65% van het afgesproken tarief bij de Zorgverzekering Natura Direct of 60% van het afgesproken tarief bij de Zorgverzekering Natura JUST) uw keuze belemmert voor het vinden van een zorgverlener die past bij uw situatie. U moet ons dan schriftelijk laten weten waarom deze lagere vergoeding uw keuze belemmert en ons vragen om alsnog 75% van het afgesproken tarief te vergoeden. Binnen 4 weken laten wij u dan weten of wij aan uw verzoek kunnen voldoen.

Voorbeelden voor verschillende verzekeringen:

- Wanneer ontvangt u voor zorg in natura een vergoeding van een lager tarief dan het vaste of afgesproken tarief?

Voorbeeld 1

U gaat naar een fysiotherapeut. U hebt de zorgverlener opgezocht op onze website en u hebt gezien dat de fysiotherapeut waar u naar toe wilt, niet gecontracteerd is. U ziet op onze website dat er andere fysiotherapeuten zijn die wel gecontracteerd zijn, maar u wilt liever naar de fysiotherapeut van uw keuze. Er is geen vast, wettelijk tarief voor fysiotherapie. Er is wel een afgesproken tarief, want wij hebben met andere fysiotherapeuten afspraken over tarieven. U krijgt 75% vergoed van het afgesproken tarief.

Voorbeeld 2

Uw fysiotherapeut rekent € 28,50 voor een behandeling. Wij hebben hem niet gecontracteerd en volgens uw zorgverzekering vergoeden wij dan 75% van het afgesproken tarief. Wij hebben met fysiotherapeuten een tarief van € 28,50 afgesproken. U krijgt vergoed: 75% van € 28,50 = € 21,38.

- Wanneer ontvangt u voor zorg in natura een vergoeding van 100% van het afgesproken tarief?

Voorbeeld 3

U moet behandeld worden voor een liesbreuk. In Nederland komt u op een onacceptabel lange wachtlijst te staan. Er is voor u niet binnen een redelijke termijn de noodzakelijke zorg beschikbaar in uw omgeving. U doet daarom een aanvraag bij ons voor het buitenland. Na beoordeling krijgt u van ons een akkoordverklaring, maar de zorgverlener die u behandelt is niet voor deze zorg gecontracteerd. Er is voor deze behandeling geen vast, wettelijk tarief. Wij hebben voor deze

behandeling wel afspraken gemaakt met andere zorgverleners in Nederland. Het afgesproken tarief is bijvoorbeeld € 100,-. Bij de zorgverlener waar u naartoe gaat kost de behandeling € 150,-. U krijgt 100% van het afgesproken tarief vergoed. U krijgt dus 100% van € 100,- vergoed = € 100,-.

Zorgverzekering Natura JUST

Onderstaande situatie geldt uitsluitend voor de Zorgverzekering Natura JUST bij gebruik van bepaalde hulpmiddelen. Voor deze zorgverzekering hebben wij voor bepaalde hulpmiddelen specifieke leveranciers geselecteerd. Op de website van JUST en in het Reglement Hulpmiddelen kunt u zien voor welke zorg dit geldt en welke leveranciers dit zijn.

Situatie 3:

U kunt gebruik maken van een geselecteerde leverancier, maar u wilt een niet-gecontracteerde leverancier of een gewone gecontracteerde leverancier die niet specifiek geselecteerd is voor de zorgverzekering Natura JUST, omdat dit uw voorkeur heeft.

We verlagen de vergoeding en rekenen met een percentage (60%) van:

- het vast wettelijk tarief of
- het gemiddelde afgesproken tarief als er geen vast wettelijk tarief bestaat of
- het in rekening gebrachte tarief als dit lager is dan het gemiddelde afgesproken tarief of
- het in rekening gebrachte tarief (ten hoogste het maximaal wettelijk tarief) als er geen (gemiddeld) afgesproken tarief bestaat of
- een percentage of een bedrag (vergoeding) zoals genoemd op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering.

A.20.2.2. Hoe werkt een (aanvullende) zorgverzekering of particuliere ziektekostenverzekering waarbij de kosten van zorg worden vergoed (restitutie)?

Hebt u een:

- Zorgverzekering Restitutie,
- Zorgverzekering Combinatie voor het restitutiegedeelte,
- aanvullende verzekering voor het restitutiegedeelte of
- particuliere ziektekostenverzekering:

Dan vergoeden wij maximaal:

- het vast wettelijk (punt)tarief of
- als op uw Vergoedingen Overzicht een bedrag, aantal, percentage, uren en/of termijnen staat: het maximale bedrag, aantal, percentage, uren en/of termijnen of

- als we dat niet vermelden: het gedeclareerde tarief tot ten hoogste het maximaal wettelijk tarief of
- als dat er niet is: het gedeclareerde tarief tot maximaal het marktconforme tarief.

Tip!

Als u naar een voor die zorg gecontracteerde zorgverlener gaat dan vergoeden we volgens het afgesproken tarief. We hebben bijna altijd lagere tarieven afgesproken met gecontracteerde zorgverleners dan de tarieven die een niet-gecontracteerde zorgverlener rekent. Dit betekent dat het eigen risico dat u voor die zorg uit uw basisverzekering moet betalen, dan ook lager is. U heeft dan dus voordeel van de lagere tarieven die wij contracteren.

- Wanneer ontvangt u met een aanvullende verzekering een vergoeding van het gedeclareerde tarief tot een maximum bedrag?

Voorbeeld:

U gaat naar een acupuncturist. De behandeling kost € 60,-. De acupuncturist is erkend volgens de voorwaarden. Wij hebben met alternatieve zorgverleners geen contracten afgesloten. Alternatieve zorgverleners mogen zelf bepalen wat een behandeling kost. Er is dus voor alternatieve zorg ook geen vast, wettelijk tarief en bovendien is het marktconforme tarief niet of nauwelijks vast te stellen. U krijgt daarom maximaal het gedeclareerde tarief vergoed. Hebt u een aanvullende verzekering waarin bijvoorbeeld maximaal € 40,- per behandeldag wordt vergoed, dan krijgt u € 40,- vergoed (als u uw maximale vergoeding per jaar nog niet hebt opgebruikt).

A.20.2.3. Vervallen

A.20.3. PGB (Persoons Gebonden Budget)

De bepalingen in artikel A.20.2. over tarieven zijn niet van toepassing op wijkverpleging (artikel B.26.) als die zorg betaald wordt met een Persoons Gebonden Budget (PGB) volgens het Reglement PGB Verpleging & Verzorging.

A.20.4. Omzetbelasting

Als een zorgverlener die wettelijk daartoe verplicht is, over het bedrag van de verleende zorg omzetbelasting berekent en bij u in rekening brengt, valt deze omzetbelasting ook onder de vergoeding.

Kwaliteitsstatuut GGZ, is eindverantwoordelijk voor de zorg.

- Voor verzekerden die de behandeling zijn gestart onder de Jeugdwet en waarvan de behandeling doorloopt bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd, kan deze doorlopen onder deze reeds aanwezige regiebehandelaar. Voorwaarde is dat deze regiebehandelaar opgenomen is in de overgangsregeling zoals die staat beschreven in het meest recentelijk landelijk kwaliteitsstatuut. Dit kan maximaal voor een termijn van 365 dagen vanaf de dag dat de verzekerde 18 is geworden.
- Hoogspecialistische GGZ mag alleen gegeven worden door een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener. Het gaat hierbij om zeer ernstige of zeldzame problemen of een combinatie van klachten die moeilijk te behandelen is. De zorg is zeer gespecialiseerd en wordt gegeven in een instelling.

Verwijzing

U bent vóór aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, een bedrijfsarts, een spoedeisende hulp (SEH)-arts, een medisch specialist, regiebehandelaar of straatdokter (arts voor dak- en thuislozen).

De nadere voorwaarden en uitzonderingen met betrekking tot de verwijzing kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 2.2.

Behandelvoorstel

De regiebehandelaar heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is, toetst of de zorg binnen de GGZ past en legt het voorschrift vast in een behandelplan. Dit behandelplan wordt met u besproken en vastgesteld.

Akkoordverklaring

- De voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener beoordeelt namens ons of uw aandoening valt onder de zorg waarvoor u verzekerd bent. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.
- Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig voorafgaand aan de behandeling (zie artikel A.18.).
- U hebt altijd een akkoordverklaring nodig voor de behandeling met Esketamine neusspray.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.19.2. Vervallen

B.19.3. GGZ met opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor medisch noodzakelijke opname voor behandeling van (zeer) complexe (ingewikkelde) psychische aandoeningen. Het gaat hierbij om een opname:

- van een onafgebroken periode van maximaal 1.095 (3 x 365) dagen. Extra voorwaarden over opname en vergoeding daarvan kunt u vinden in het Reglement GGZ;
- inclusief dagbesteding en vaktherapie (bijvoorbeeld muziek- of psychomotore therapie).

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.

Voorwaarden

Algemeen

- Binnen de opname kan de zorg individueel of in groepsverband worden gegeven.
- Meer en nadere informatie over de voorwaarden dan hieronder vermeld, kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 3.
- De zorg vindt plaats in een in Nederland werkzame instelling conform de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) zijnde:
 - een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis voor zorg onder de Zorgverzekeringswet (Zvw);
 - een instelling voor gespecialiseerde GGZ voor zorg onder de Zvw en/of de Wet langdurige zorg (Wlz).

Zorgverlener

- Iedere zorgverlener beschikt over een goedgekeurd geldend Kwaliteitsstatuut dat is getoetst op basis van het meest recentelijke geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden en Meetinstrumenten van het Zorginstituut Nederland (ZiNI). De zorgverleners zijn terug te vinden op www.zorginzicht.nl. Voor bevoegde medewerkers in loondienst, bijvoorbeeld psychologen, dient de instelling voor dit kwaliteitsstatuut te zorgen
- De (indicerend en coördinerend) regiebehandelaar zoals deze is aangeduid en aangewezen in het meest recentelijk geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, is eindverantwoordelijk voor de zorg. Een vaak voorkomende eindverantwoordelijke regiebehandelaar is bijvoorbeeld een psychiater, klinisch psycholoog of

klinisch neuropsycholoog.

- Voor verzekerden die de behandeling zijn gestart onder de Jeugdwet en waarvan de behandeling doorloopt bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd, kan deze doorlopen onder deze reeds aanwezige regiebehandelaar. Voorwaarde is dat deze regiebehandelaar opgenomen is in de overgangsregeling zoals die staat beschreven in het meest recentelijk landelijk kwaliteitsstatuut. Dit kan maximaal voor een termijn van 365 dagen vanaf de dag dat de verzekerde 18 is geworden.
- Hoogspecialistische GGZ mag alleen gegeven worden door een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener. Het gaat hierbij om zeer gespecialiseerde zorg in een instelling bij zeer ernstige of zeldzame problemen of een combinatie van klachten die moeilijk te behandelen is.

Verwijzing

U bent vóór aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, bedrijfsarts, een spoedeisende hulp (SEH)-arts, medisch specialist, regiebehandelaar of straatdokter (arts voor dak- en thuislozen). De nadere voorwaarden en uitzonderingen met betrekking tot de verwijzing kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 3.

Behandelvoorstel

De regiebehandelaar heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is, toetst of de zorg binnen de GGZ past en legt het voorschrift vast in een behandelplan.

Dit behandelplan wordt met u besproken en vastgesteld.

Akkoordverklaring

- De voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener beoordeelt namens ons of uw aandoening valt onder de zorg waarvoor u verzekerd bent. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.
- Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig voorafgaand aan de opname (zie artikel A.18.).
- U hebt altijd een akkoordverklaring nodig voor behandeling met Esketamine neusspray.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.20. Vervallen

B.21. Preventie

B.21.1. Vervallen

B.21.2. Stoppen-met-roken

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor 1x per kalenderjaar Stoppen-met-roken (SMR-)begeleiding. Medicijnen of nicotinevervangende middelen (farmacotherapie) worden alleen vergoed in combinatie met gedragsmatige ondersteuning in de vorm van individuele (persoonlijke, telefonische, internet-) of groepsbegeleiding met een stopcoach, volgens een geaccrediteerd SMR programma. De medicijnen of nicotinevervangende middelen worden vanuit dit artikel vergoed. Behalve als de middelen voorkomen in het GeneesmiddelenVergoedingsstelsel (GVS) want dan komt de vergoeding vanuit artikel B.15.1.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- U bent alleen verzekerd voor medicijnen of nicotinevervangende middelen als zij onderdeel zijn van de SMR-begeleiding.
- Het SMR programma wordt niet verrekend met het verplicht eigen risico als de zorg wordt geleverd door een gecontracteerde zorgverlener SMR.
- De medicijnen of nicotinevervangende middelen worden niet verrekend met het verplicht eigen risico als:
 - deze zijn voorgeschreven door een gecontracteerde zorgverlener SMR; en
 - onderdeel zijn van het SMR programma.
- In alle andere situaties worden de zorg en medicijnen/middelen wel verrekend met het eigen risico.

Voorwaarden

Algemeen

Het SMR-begeleidingstraject bestaat uit op gedragsverandering gerichte interventies, indien nodig met ondersteuning van effectief bewezen farmacotherapie (medicijnen of nicotinevervangende middelen). De farmacotherapie kan nooit zonder gedragsmatige ondersteuning worden ingezet.

De daadwerkelijke zorg en begeleiding binnen het SMR-traject wordt op u persoonlijk afgestemd en, indien nodig, geleidelijk in het zorgproces aangepast door de zorgverlener.

Zorgverlener

- gesloten;
- dan een individuele aanvullende verzekering. Dat is een aanvullende verzekering, die vergoeding geeft voor meerdere, verschillende soorten zorg;
- tot slot een specifieke aanvullende verzekering. Dat is een aanvullende verzekering, die vergoeding geeft voor maar één of enkele soort(en) zorg.
Bijvoorbeeld voor mondzorg of voor een luxe-arrangement in een ziekenhuis.

A.20. Tarieven

A.20.1. Omschrijving van de tarieven

In de artikelen van Hoofdstuk B en op uw Vergoedingen Overzicht staat op welke zorg u recht heeft of hoe hoog de vergoeding is die u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat wij dan uw rekening volledig vergoeden. Wij gaan uit van verschillende tarieven:

1. Afgesproken tarief

Dit is het (gemiddelde) tarief dat wij in de contracten met gecontracteerde zorgverleners hebben afgesproken voor de betreffende zorg/behandeling. Hoe hoog het tarief voor de verschillende zorgvormen is, vindt u op onze website.

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan kan zich een van de volgende situaties voordoen:

- a. Wij hebben met andere zorgverleners voor dezelfde zorg/behandeling (als de zorg die u krijgt) dezelfde, gelijke tarieven afgesproken. Dan is dat tarief het afgesproken tarief.
- b. Wij hebben met andere zorgverleners voor dezelfde zorg/behandeling (dezelfde als de zorg die u krijgt) verschillende tarieven afgesproken. Dan is het gemiddelde van deze tarieven het afgesproken tarief.

2. Vast, wettelijk (punt)tarief

Dit is het vaste tarief dat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg door de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) is vastgesteld voor bepaalde zorg. Het tarief dat een zorgverlener hanteert, mag dus niet hoger maar ook niet lager zijn. Deze tarieven worden ook wel punttarieven genoemd.

3. Maximaal, wettelijk tarief

Dit is het maximale tarief dat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg door de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) is vastgesteld voor bepaalde zorg. Het tarief dat een zorgverlener

hanteert, mag dus wel lager maar niet hoger zijn.

4. Marktconform tarief

Dit is het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is, als bedoeld in artikel 2.2., tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering.

Toelichting:

De gedeclareerde kosten van de zorg moeten in redelijke verhouding staan tot de prijs van soortgelijke zorg die soortgelijke zorgverleners in Nederland declareren. In principe vergoeden wij de rekening volledig. Behalve als een ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is en daardoor buitensporig afwijkt van rekeningen voor soortgelijke zorg door soortgelijke zorgverleners. In dat geval betalen wij maximaal het marktconform tarief en we wijzen extreem hoge kosten af voor zover die uitkomen boven dit marktconform tarief.

5. Gedeclareerde tarief

Het bedrag dat op de rekening staat.

De vergoeding is nooit hoger dan de kosten van zorg die u werkelijk heeft gemaakt en aan u in rekening zijn gebracht.

A.20.2. Hoogte van de tarieven

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft:

1. Zorgverzekering Natura (zie A.20.2.1.)
2. Zorgverzekering Natura Select (zie A.20.2.1.)
3. Zorgverzekering Natura Basis (zie A.20.2.1.)
4. Zorgverzekering Natura JUST (zie A.20.2.1.)
5. Zorgverzekering Natura Direct (zie A.20.2.1.)
6. Zorgverzekering Restitutie (zie A.20.2.2.)
7. Zorgverzekering Combinatie (zie A.20.2.1. voor verzekerde zorg (in natura) en A.20.2.2 voor vergoeding van kosten van zorg (restitutie)
Andere verzekeringen:
8. Aanvullende verzekering en particuliere ziektekostenverzekering (zie A.20.2.2.)
9. Aanvullende gemengde verzekering (zie A.20.2.1. en A.20.2.2.)

Heeft u een Zorgverzekering Natura, Zorgverzekering Natura Select, Zorgverzekering Natura Basis, Zorgverzekering Natura JUST of een Zorgverzekering Natura Direct?

Dan heeft u recht op zorg (in natura) bij gecontracteerde zorgverleners. U heeft met een zorgverzekering in natura ook recht op vergoeding van de kosten van zorg bij niet-gecontracteerde zorgverleners. Maar deze vergoeding is niet volledig; zie hiervoor artikel A.20.2.1.

Heeft u een Zorgverzekering Restitutie?

Dan heeft u recht op vergoeding (restitutie) van de kosten van zorg. Zie artikel A.20.2.2.

Heeft u een Zorgverzekering Combinatie?

Dan bent u verzekerd voor zorg (in natura) bij gecontracteerde zorgverleners. U heeft dan ook recht op vergoeding van de kosten van zorg bij niet-gecontracteerde zorgverleners. Maar deze vergoeding is niet volledig; zie daarvoor artikel A.20.2.1. Op uw premiebijlage en Vergoedingen Overzicht staat voor welke zorg u verzekerd bent in natura. Voor de overige zorg heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg (restitutie). Zie artikel A.20.2.2.

A.20.2.1. Hoe werkt een (aanvullende) zorgverzekering met zorg in natura?

Als u een zorgverzekering met zorg in natura heeft dan gelden onderstaande situaties voor:

- de Zorgverzekering Natura;
- de Zorgverzekering Natura Select;
- de Zorgverzekering Natura Basis;
- de Zorgverzekering Natura JUST;
- de Zorgverzekering Natura Direct;

Voor de verzekerde zorg in natura geldt dit ook voor:

- de Zorgverzekering Combinatie;
- de aanvullende verzekering.

U heeft zorg nodig die verzekerd is als zorg in natura

Naar welke zorgverlener gaat u?

- a. U gaat naar een gecontracteerde zorgverlener; of
- b. u wilt naar een gecontracteerde zorgverlener maar kunt dat redelijkerwijs niet:
 - omdat de zorg spoedeisend is, of
 - omdat een gecontracteerde zorgverlener niet beschikbaar is, of
 - omdat een gecontracteerde zorgverlener niet tijdig bereikbaar is. Tijdig bereikbare zorg heeft een wachttijd die medisch inhoudelijk verantwoord is. Ook is deze wachttijd algemeen maatschappelijk geaccepteerd.

We vergoeden 100% van de verzekerde zorg van deze zorgverlener maar niet meer dan:

- het wettelijk vast tarief, of als dat niet bestaat:
 - in situatie a.: het afgesproken tarief of
 - in situatie b.: het gemiddeld afgesproken tarief (nooit meer dan het wettelijk maximum tarief of het marktconform tarief).

Wij vergoeden nooit meer dan het gedeclareerde tarief of het maximum dat bij de verzekerde zorg staat.

- c. U kunt naar een gecontracteerde zorgverlener, maar u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgverlener.

We vergoeden dan het hieronder vermelde lagere percentage van:

- het wettelijk vast tarief, of als dit niet bestaat;
- het gemiddeld afgesproken tarief (nooit meer dan het wettelijk maximum tarief of het marktconform tarief); of
- het gedeclareerde tarief als dat lager is.

We vergoeden nooit meer dan het maximum dat bij de verzekerde zorg staat.

Het percentage is:

- 75% bij een Zorgverzekering Natura;
- 75% bij een Zorgverzekering Combinatie voor de verzekerde zorg in natura;
- 70% bij een Zorgverzekering Natura Select;
- 70% bij een Zorgverzekering Natura Basis;
- 65% bij een Zorgverzekering Natura Direct;
- 60% bij een Zorgverzekering Natura JUST;
- In een aanvullende verzekering kunnen voor de verzekerde zorg in natura verschillende percentages gelden. Welke percentage voor uw zorg geldt ziet u op uw Vergoedingen Overzicht.

Voor de Zorgverzekering Natura Select, Zorgverzekering Natura Basis, Zorgverzekering Natura Direct en Zorgverzekering Natura JUST geldt de hardheidsclausule.

U kunt zich hierop beroepen als de lagere vergoeding (70% van het afgesproken tarief bij de Zorgverzekering Natura Select en de Zorgverzekering Natura Basis, 65% van het afgesproken tarief bij de Zorgverzekering Natura Direct of 60% van het afgesproken tarief bij de Zorgverzekering Natura JUST) uw keuze belemmert voor het vinden van een zorgverlener die past bij uw situatie. U moet ons dan schriftelijk laten weten waarom deze lagere vergoeding uw keuze belemmert en ons vragen om alsnog 75% van het afgesproken tarief te vergoeden. Binnen 4 weken laten wij u weten of wij aan uw verzoek kunnen voldoen.

- Wanneer ontvangt u voor zorg in natura een vergoeding van een lager tarief dan het vaste of afgesproken tarief?

Voorbeeld 1

U gaat naar een fysiotherapeut. U heeft de zorgverlener opgezocht op onze website en u heeft gezien dat de fysiotherapeut waar u naar toe wilt, niet gecontracteerd is. U ziet op onze website dat er andere fysiotherapeuten zijn die wel gecontracteerd zijn, maar u wilt liever naar de fysiotherapeut van uw keuze. Er is geen vast, wettelijk tarief voor fysiotherapie. Er is wel een afgesproken tarief, want wij hebben met andere fysiotherapeuten afspraken over tarieven.

Uw fysiotherapeut rekent € 28,50 voor een

behandeling. Volgens uw zorgverzekering vergoeden wij 75% van het afgesproken tarief van een niet-gecontracteerde zorgverlener. Wij hebben met fysiotherapeuten een tarief van € 28,50 afgesproken. U krijgt vergoed: 75% van € 28,50 = € 21,38.

- Wanneer ontvangt u voor zorg in natura een vergoeding van 100% van het afgesproken tarief?

Voorbeeld 2

U moet behandeld worden voor een liesbreuk. In Nederland komt u op een onacceptabel lange wachtlijst te staan. Er is voor u niet binnen een redelijke termijn de noodzakelijke zorg beschikbaar in uw omgeving. U doet daarom een aanvraag bij ons voor behandeling in het buitenland. Na beoordeling krijgt u van ons een akkoordverklaring, maar de zorgverlener die u behandelt is niet voor deze zorg gecontracteerd. Er is voor deze behandeling geen vast, wettelijk tarief. Wij hebben voor deze behandeling wel afspraken gemaakt met andere zorgverleners in Nederland. Het afgesproken tarief is bijvoorbeeld € 100,-. Bij de zorgverlener waar u naartoe gaat kost de behandeling € 150,-. U krijgt 100% van het afgesproken tarief vergoed. U krijgt dus 100% van € 100,- vergoed = € 100,-.

Zorgverzekering Natura JUST en Zorgverzekering Natura Basis

Onderstaande situatie geldt uitsluitend voor de Zorgverzekering Natura JUST en Zorgverzekering Natura Basis bij gebruik van bepaalde hulpmiddelen. Voor deze zorgverzekeringen hebben wij voor bepaalde hulpmiddelen specifieke leveranciers geselecteerd. Op de websites en in het Reglement Hulpmiddelen kunt u zien voor welke zorg dit geldt en welke leveranciers dit zijn.

U heeft een hulpmiddel nodig dat verzekerd is als zorg in natura

Naar welke zorgverlener gaat u?

U kunt gebruik maken van een geselecteerde leverancier, maar u wilt een niet-gecontracteerde leverancier of een gecontracteerde leverancier die niet specifiek geselecteerd is voor de zorgverzekering Natura JUST en Zorgverzekering Natura Basis.

We vergoeden het hieronder vermelde lagere percentage (60%) van:

- het wettelijk vast tarief, of als dit niet bestaat,
 - het gemiddeld afgesproken tarief (nooit meer dan het wettelijk maximum tarief of het marktconform tarief); of
 - het gedeclareerde tarief als dat lager is.

We vergoeden nooit meer dan het maximum dat bij de verzekerde zorg staat.

A.20.2.2. Hoe werkt een (aanvullende) zorgverzekering of particuliere ziektekostenverzekering waarbij de kosten van zorg worden vergoed (restitutie)?

Heeft u een:

- Zorgverzekering Restitutie;
- Zorgverzekering Combinatie voor het restitutiegedeelte;
- aanvullende verzekering voor het restitutiegedeelte of
- particuliere ziektekostenverzekering:

dan is uw zorg verzekerd op basis van restitutie

Wij vergoeden 100% van de kosten van de verzekerde zorg (restitutie) maar niet meer dan:

- het wettelijk vast tarief, of als dit niet bestaat;
- het wettelijk maximum tarief, of als dit niet bestaat;
- het marktconform tarief.

Wij vergoeden nooit meer dan het gedeclareerde tarief of het maximum dat bij de verzekerde zorg staat.

Tip!

Als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat vergoeden we 100% van het afgesproken tarief. Met gecontracteerde zorgverleners hebben wij meestal lagere tarieven afgesproken dan de tarieven die een niet-gecontracteerde zorgverlener rekent. U betaalt dus meestal voor die zorg een lager bedrag aan eigen risico.

- Wanneer ontvangt u met een aanvullende verzekering een vergoeding van het gedeclareerde tarief tot een maximum bedrag?

Voorbeeld:

U gaat naar een acupuncturist. De behandeling kost € 60,-. De acupuncturist is erkend volgens de voorwaarden. Wij hebben met alternatieve zorgverleners geen contracten afgesloten. Alternatieve zorgverleners mogen zelf bepalen wat een behandeling kost. Er is dus voor alternatieve zorg ook geen vast, wettelijk tarief en bovendien is het marktconforme tarief niet of nauwelijks vast te stellen. U krijgt daarom maximaal het gedeclareerde tarief vergoed. Heeft u een aanvullende verzekering waarin bijvoorbeeld maximaal € 40,- per behandeldag wordt vergoed, dan krijgt u € 40,- vergoed (als u uw maximale vergoeding per jaar nog niet op is).

A.20.2.3. Vervallen

A.20.3. PGB (Persoons Gebonden Budget)

De bepalingen in artikel A.20.2. over tarieven zijn niet van toepassing op wijkverpleging (artikel B.26.) als die zorg betaald wordt met een Persoons Gebonden Budget (PGB) volgens het Reglement PGB Verpleging & Verzorging.

A.20.4. Omzetbelasting

Als een zorgverlener die wettelijk daartoe verplicht is, over het bedrag van de verleende zorg omzetbelasting berekent en bij u in rekening brengt, valt deze omzetbelasting ook onder de vergoeding.

A.21. Algemene uitsluitingen

A.21.1. Algemeen

Op de volgende (kosten van) behandelingen heeft u geen recht:

1. Kosten van afspraken met zorgverleners die u niet nakomt;
2. Kosten die te maken hebben met het krijgen van een afschrift van of inzage in medische gegevens;
3. Behandelingen voor medisch opvoedkundige kwesties, dyslexie, behandeling van taalontwikkelingsstoornis in verband met anderstaligheid en/of dialect, taalonderzoek, spellingsonderzoek, intelligentieonderzoek of behandelingen met een onderwijskundig doel;
4. Kosten voor het omwisselen en betalen in een vreemde muntsoort;
5. (Bank)kosten in verband met betaling naar of vanuit het buitenland;
6. Kosten voor te late betaling van rekeningen die door de zorgverlener rechtstreeks naar u zijn gestuurd;
7. Kosten die in rekening worden gebracht door middel van een voorschotrekening;
8. Kosten die op grond van de Jeugdwet, Wlz en/of Wmo onder hun aanspraken, dekking en/of financiering vallen. Voorts de bedragen die voor uw rekening blijven volgens de Wlz en/of de Wmo, tenzij uitdrukkelijk in deze voorwaarden en vergoedingen overzichten deze wettelijke eigen bijdragen geheel of deels worden vergoed;
9. Attesten, vaccinaties en keuringen (bijvoorbeeld aanstellings- en beroepskeuringen of keuringen voor uw studie, rijbewijs of vliegbrevet). Wij nemen deze kosten wel voor onze rekening als dit bij of krachtens de zorgverzekeringswet zo is bepaald;
10. Bijkomende kosten zoals administratie-, facturering- en verzendkosten;
11. Meer dan één behandeling van dezelfde soort op één dag, tenzij uitdrukkelijk in deze verzekeringsvoorwaarden of op uw vergoedingen overzicht anders staat aangegeven. Met "soort behandeling" bedoelen wij de zorg die beschreven is per artikel; 1 artikel is 1 zorgsoort.
12. Een behandeling die niet algemeen medisch erkend is volgens de medische normen die in Nederland gelden of die zich nog in een wetenschappelijk of experimenteel stadium bevindt;
13. Een behandeling die naar ons oordeel niet bedoeld is om de ziekte of ziekteverschijnselen tegen te gaan of verergering van de ziekte te voorkomen;
14. Een behandeling die niet te beschouwen is als verantwoorde en geschikte zorg;
15. Een behandeling waarvoor geen medische of tandheelkundige noodzaak bestaat;
16. Zorg die plaatsvindt in de periode dat uw verzekering geen vergoeding geeft, zoals vóór aanvang of na afloop van uw verzekering. De datum van de behandeling is daarvoor bepalend, niet de datum waarop de rekening is uitgeschreven. Gaat de rekening over een DBC-zorgproductcode? Als de ingangsdatum van een DBC-zorgproductcode buiten de looptijd van uw verzekering valt, dan vallen alle kosten die met deze gehele DBC-zorgproductcode te maken hebben buiten de dekking;
17. Zorg die niet is genoemd of beschreven in uw verzekering;
18. Een behandeling die niet in de vorm van persoonlijk (fysiek) contact heeft plaatsgevonden maar telefonisch of via elektronisch/digitaal verkeer (e-mail en/of internet). Dit terwijl een dergelijke niet-fysieke behandeling redelijkerwijs niet mogelijk is of naar verwachting niet tot de te verwachten resultaten leidt.
Bijvoorbeeld: manuele therapie of het aanbrengen van een vulling bij mondzorg is telefonisch niet mogelijk, terwijl geestelijke gezondheidszorg (GGZ) digitaal (via internet) wel mogelijk is. Dit wordt in de voorwaarden bij de betreffende zorg zo nodig aangegeven;
19. Bevolkingsonderzoeken;
20. Kosten die te maken hebben met:
 - a. sportmassage;
 - b. arbeids- en/of bezigheidstherapie;
 - c. bedrijfshulpverleningscursussen;
21. Zorg die u als zorgverlener aan uzelf verleent;
22. Kosten van zorg die uitkomen boven de maximaal verzekerde vergoeding of het maximaal verzekerde aantal behandelingen. Wij vergoeden dus bijvoorbeeld in een jaar niet méér dan het maximaal verzekerde bedrag, ook al heeft u in een vorig jaar voor die zorg niets of niet het

behandelplan. Dit behandelplan wordt met u besproken en vastgesteld.

Akkoordverklaring

- De voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener beoordeelt namens ons of uw aandoening valt onder de zorg waarvoor u verzekerd bent. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.
- Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig voorafgaand aan de behandeling (zie artikel A.18.). Dat geldt ook voor behandeling met Esketamine neusspray.
- Voor behandeling in het buitenland staat op onze website een "Aanvraagformulier zorg in het buitenland". Zie ook de "Lijst aanvragen zorg buitenland".

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.19.2. Vervallen

B.19.3. GGZ met opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor medisch noodzakelijke opname voor behandeling van (zeer) complexe (ingewikkelde) psychische aandoeningen. Het gaat hierbij om een opname:

- van een onafgebroken periode van maximaal 1.095 (3 x 365) dagen. Extra voorwaarden over opname en vergoeding daarvan kunt u vinden in het Reglement GGZ;
- inclusief dagbesteding en vaktherapie (bijvoorbeeld muziek- of psychomotore therapie).

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.

Voorwaarden

Algemeen

- Binnen de opname kan de zorg individueel of in groepsverband worden gegeven.
- Meer en nadere informatie over de voorwaarden dan hieronder vermeld, kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 3.
- De zorg vindt plaats in een in Nederland werkzame instelling conform de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) zijnde:

- een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis voor zorg onder de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- een instelling voor gespecialiseerde GGZ voor zorg onder de Zvw en/of de Wet langdurige zorg (Wlz).

Zorgverlener

- Iedere zorgverlener beschikt over een goedgekeurd geldend Kwaliteitsstatuut dat is getoetst op basis van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden en Meetinstrumenten van het Zorginstituut Nederland (ZiNI). De zorgverleners zijn terug te vinden op www.zorginzicht.nl. Voor bevoegde medewerkers in loondienst, bijvoorbeeld psychologen, dient de instelling voor dit kwaliteitsstatuut te zorgen
- De (indicerend en coördinerend) regiebehandelaar zoals deze is aangeduid en aangewezen in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, is eindverantwoordelijk voor de zorg. Daarnaast sluiten wij ook aan bij de veldafspraken binnen de GGZ. Dat betekent dat bij een vrijgevestigd zorgverlener de regiebehandelaar alleen een GZ-psycholoog, een psychotherapeut, een klinisch (neuro)psycholoog of een psychiater kan zijn.
- Voor verzekerden die de behandeling zijn gestart onder de Jeugdwet en waarvan de behandeling doorloopt bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd, kan deze doorlopen onder deze reeds aanwezige regiebehandelaar. Voorwaarde is dat deze regiebehandelaar opgenomen is in de overgangsregeling zoals die staat beschreven in het landelijk kwaliteitsstatuut. Dit kan maximaal voor een termijn van 365 dagen vanaf de dag dat de verzekerde 18 is geworden.
- Hoogspecialistische GGZ mag alleen gegeven worden door een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener. Het gaat hierbij om zeer gespecialiseerde zorg in een instelling bij zeer ernstige of zeldzame problemen of een combinatie van klachten die moeilijk te behandelen is.

Verwijzing

U bent vóór aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, bedrijfsarts, een spoedeisende hulp (SEH)-arts, medisch specialist, regiebehandelaar of straatdokter (arts voor dak- en thuislozen). De nadere voorwaarden en uitzonderingen met betrekking tot de verwijzing kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 3.

Behandelvoorstel

De regiebehandelaar heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is, toetst of de zorg binnen de GGZ past en legt het voorschrift vast in een behandelplan.

Dit behandelplan wordt met u besproken en vastgesteld.

Akkoordverklaring

- De voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener beoordeelt namens ons of uw aandoening valt onder de zorg waarvoor u verzekerd bent. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.
- Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig voorafgaand aan de opname (zie artikel A.18.). Dat geldt ook voor behandeling met Esketamine neusspray.
- Voor behandeling in het buitenland staat op onze website een "Aanvraagformulier zorg in het buitenland" wanneer een akkoordverklaring nodig is. Zie ook de "Lijst aanvragen zorg buitenland".

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.20. Vervallen

B.21. Preventie

B.21.1. Vervallen

B.21.2. Stoppen-met-roken

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor 1x per kalenderjaar Stoppen-met-roken (SMR-)begeleiding. Medicijnen of nicotinevervangende middelen (farmacotherapie) worden alleen vergoed in combinatie met gedragmatige ondersteuning in de vorm van individuele (persoonlijke, telefonische, internet-) of groepsbegeleiding met een stopcoach, volgens een bewezen effectief SMR-programma. De medicijnen of nicotinevervangende middelen worden vanuit dit artikel vergoed. Behalve als de middelen voorkomen in het GeneesmiddelenVergoedingssysteem (GVS) want dan komt de vergoeding vanuit artikel B.15.1.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- U bent alleen verzekerd voor medicijnen of nicotinevervangende middelen als zij onderdeel

zijn van de SMR-begeleiding.

- Het SMR-programma wordt niet verrekend met het verplicht eigen risico als de zorg wordt geleverd door een gecontracteerde zorgverlener SMR.
- De medicijnen of nicotinevervangende middelen worden niet verrekend met het verplicht eigen risico als:
 - deze zijn voorgeschreven door een gecontracteerde zorgverlener SMR; en
 - onderdeel zijn van het SMR-programma.
- In alle andere situaties worden de zorg en medicijnen/middelen wel verrekend met het eigen risico.

Voorwaarden

Algemeen

Het SMR-begeleidingstraject bestaat uit op gedragsverandering gerichte interventies, indien nodig met ondersteuning van effectief bewezen farmacotherapie (medicijnen of nicotinevervangende middelen). De farmacotherapie kan nooit zonder gedragsmatige ondersteuning worden ingezet. De daadwerkelijke zorg en begeleiding binnen het SMR-traject wordt op u persoonlijk afgestemd en, indien nodig, geleidelijk in het zorgproces aangepast door de zorgverlener.

Zorgverlener

- De gedragsveranderende ondersteunende zorg wordt verleend door een huisarts, een medisch specialist, een gezondheidszorgpsycholoog of een SMR-coach.
- De huisarts, medisch specialist en SMR-coach die het programma geeft moet ingeschreven zijn in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken en is opgeleid om mensen intensief te begeleiden bij het stoppen met roken.
- Als naast de gedragsmatige begeleiding ook medicijnen of nicotinevervangende middelen noodzakelijk zijn, dienen deze te worden geleverd door een door ons gecontracteerde leverancier voor SMR of een apotheek.

Let op!

- Bent u verzekerd voor zorg in natura? Waarschijnlijk is uw eigen apotheek niet gecontracteerd voor de SMR-medicijnen of nicotinevervangende middelen. Op onze website kunt u vinden met welke leveranciers wij wel een contract hebben afgesloten. Zoek dan specifiek op "Stoppen met roken";
- Bent u verzekerd voor zorg in natura? Een gezondheidszorgpsycholoog mag de zorg wel verlenen maar is mogelijk niet gecontracteerd voor SMR. Op onze website kunt u vinden welke andere zorgverleners wij wel voor deze zorg hebben gecontracteerd. Zoek dan specifiek op "Stoppen met roken".