



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij
Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden, ter zitting bijgestaan door E.

Zaak : Specialistische geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, niet-gecontracteerde
zorgaanbieder, regiebehandelaar

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

Zaaknummer : 202000620

Zittingsdatum : 16 december 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

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

tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, ter zitting bijgestaan door E.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 19 juni 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 september 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 3 september 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 23 oktober 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020038262) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 27 oktober 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 8 december 2020 zonder begeleidend schrijven enkele stukken gezonden. Kopieën hiervan zijn dezelfde dag aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft de commissie op 9 december 2020 meegedeeld dat hij voornoemde stukken zonder toelichting niet kan duiden. Een kopie van deze brief is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 14 december 2020 de pleitnota ten behoeve van de hoorzitting gezonden. Een kopie hiervan is op 15 december 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 december 2020 gehoord.
- 2.6. Na de hoorzitting heeft de commissie besloten de omvangrijke pleitnota van de ziektekostenverzekeraar alsnog toe te laten tot de procedure. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld schriftelijk op dit stuk te reageren. Verzoeker heeft op 3 maart 2021 inhoudelijk gereageerd op de pleitnota van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is op 4 maart 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting alsmede kopieën van de pleitnota en de nagekomen stukken zijn op 4 maart 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 20 mei 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Een kopie van het definitieve advies is op 25 mei 2021 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het definitieve advies. Daarnaast is de ziektekostenverzekeraar tevens in de gelegenheid gesteld te reageren op de brief van verzoeker van 3 maart 2021. Partijen hebben op 15 juni 2021 respectievelijk 22 juni 2021 gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid. Afschriften van de reacties zijn ter informatie aan de respectievelijke wederpartijen gestuurd.

2.8. Begin augustus 2021 bleek dat één van de leden van de commissie gedurende niet nader te bepalen tijd niet in staat was aan de beraadslaging en beslissing in deze zaak deel te nemen. Daarom vond een wijziging van de samenstelling plaats. Partijen zijn hierover op 4 augustus 2021 geïnformeerd. Tevens is aan hen gevraagd of zij akkoord gaan met deze wijziging zonder nieuwe hoorzitting. Partijen hebben op 5 augustus 2021 aan de commissie meegedeeld hiermee in te stemmen.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (ZZP 208) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-GeZZin+Delen (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg onbesproken.

3.2. Verzoeker kampte met een gokverslaving. Hij is in overleg met, en op verwijzing van de huisarts voor behandeling naar de zorgaanbieder gegaan. De kosten hiervan zijn door de zorgaanbieder rechtstreeks gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.

3.3. De huisarts heeft op 27 september 2018 in de verwijsbrief over verzoeker verklaard:

“langer bestaande gokverslaving bij een hard werkende man (...); tevens alcoholverslaving; heeft de forse schulden t.g.v. de verslaving lang voor zijn partner verborgen gehouden, uit angst haar te verliezen. Na 'ontdekken' valt er voor zijn vrouw e.e.a. op zijn plaats, zelf nog erg angstig”

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 december 2019 per brief aan de zorgaanbieder meegedeeld dat de ten behoeve van verzoeker gedeclareerde kosten niet worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij vermeld: *“Om de rechtmatigheid van deze factuur te kunnen controleren, ontvangen wij graag een overzicht van de tijdregistratie per behandelaar per dag.”*

3.5. De zorgaanbieder heeft de ziektekostenverzekeraar namens verzoeker bij herhaling om heroverweging van deze beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft meerdere keren per brief dan wel per e-mail aan de zorgaanbieder meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. Op 23 oktober 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is juridisch beoordeeld.

Model-kwaliteitsstatuut GGZ

Als het gaat om de inzet van een regiebehandelaar in relatie tot het 'plegen te bieden-criterium' is het model-kwaliteitsstatuut van belang. Het model-kwaliteitsstatuut GGZ is een veldnorm die ingeschreven is als professionele standaard in het register van het Zorginstituut Nederland. Het model-kwaliteitsstatuut beschrijft wat zorgaanbieders moeten regelen op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve GGZ te mogen leveren.

Regiebehandelaar

Volgens het model-kwaliteitsstatuut kan een verslavingsarts KNMG regiebehandelaar zijn, tenzij sprake is van comorbiditeit met ernstige, complexe psychiatrische stoornissen. (...)

MDO

Verweerder stelt dat het behandelplan dat op 10 oktober 2018 is opgesteld niet is besproken met de psychiater of met de medebehandelaars middels een MDO. Het model-kwaliteitsstatuut zegt hierover het volgende. Bij GGZ-instellingen worden behandelingen binnen de gespecialiseerde GGZ gegeven vanuit multidisciplinaire teams. Er is altijd een psychiater of klinisch psycholoog lid van een multidisciplinair team. Verweerder vat dit kennelijk zo op dat een psychiater altijd deelneemt

aan het MDO dan wel wordt geraadpleegd over het behandelplan. Deze voorwaarde blijkt echter niet klip en klaar uit het model-kwaliteitsstatuut. Duidelijk is, dat GGZ partijen het hier zelf niet over eens zijn, gezien de discussie die is ontstaan in het kader van de dóórontwikkeling van het model-kwaliteitsstatuut over de 'status aparte' van de psychiater/klinisch psycholoog.

Het model-kwaliteitsstatuut stelt verder dat indien meerdere behandelaren betrokken zijn bij het zorgtraject, de regiebehandelaar er voor zorgdraagt dat de intakegegevens en het (voorlopige) behandelvoorstel worden afgestemd met alle betrokken behandelaren, bijvoorbeeld door middel van bespreking in het multidisciplinair team. Hieruit blijkt dat een behandelvoorstel niet per se moet worden besproken in een MDO, maar wel dat de regiebehandelaar verantwoordelijk is voor de afstemming van het behandelplan met de medebehandelaren.

De zorgverlener stelt dat er op 10 oktober 2018 twee intakegesprekken met verzoeker zijn gevoerd door de verslavingsarts en de SPH-er. Conform het intakeprotocol is er vervolgens een overleg geweest waarin de wederzijdse ervaringen zijn besproken. Ook is er op 9 januari 2019 - kort na de eerste behandelsessie - een MDO geweest waaraan alle behandelaren deelnamen. Hieruit kan niet worden geconcludeerd dat het behandelvoorstel onvoldoende zou zijn afgestemd met de medebehandelaren.

Evaluatie en nazorg

Volgens het model-kwaliteitsstatuut dient een instelling in zijn kwaliteitsstatuut aan te geven hoe men in de praktijk de evaluatie en afronding van de behandeling en de nazorg aan de cliënt vormgeeft. Ook de polisvoorwaarden stellen als voorwaarde dat de regiebehandelaar verantwoordelijk is voor de evaluatie van de behandeling en zo nodig het behandelplan moet bijstellen. Verweerder stelt dat het erop lijkt dat een evaluatie van de behandeling niet heeft plaatsgevonden. Hervitas heeft in zijn kwaliteitsstatuut aangegeven hoe de evaluatie van de behandeling in de praktijk wordt vormgegeven. Ook is aangegeven waaruit de behandeling bestaat. De behandelvorm bestaat uit een groeps- en individuele behandeling en kent een duur van drie weken. De behandeling bestaat onder meer uit Cognitieve Gedragstherapie (CGT) en Community Reinforcement Approach (CRA) aangevuld met andere behandelmethodes. De driewekelijkse behandeling van verzoeker heeft plaatsgevonden van 7 januari 2019 tot 25 januari 2019, waarbij op 23 januari een gesprek met de regiebehandelaar heeft plaatsgevonden. Volgens Hervitas is tijdens dit gesprek de behandeling geëvalueerd en zijn er vervolgspraken gemaakt over de nazorg. Op basis van dit gesprek is er een eindverslag gestuurd naar de verwijzende huisarts. Het is onduidelijk waarop verweerder de stelling baseert dat het erop lijkt dat een evaluatie van de behandeling niet heeft plaatsgevonden.

Betrokkenheid regiebehandelaar

Verweerder stelt dat de behandeling volledig wordt uitgevoerd door een GZ-vaktherapeut en een SPH-er. In deze periode ziet de regiebehandelaar de cliënt éénmaal en er vindt tweemaal een MDO plaats. De totale betrokkenheid van de regiebehandelaar bedraagt volgens verweerder 7,1% van de behandeling en zou daarmee onvoldoende zijn. Dit is volgens verweerder niet toegestaan hetgeen ook zou blijken uit een circulaire van ZN. Welke circulaire dit is, wordt niet duidelijk en deze circulaire is ook niet in het dossier aangetroffen.

Polisvoorwaarden verweerder

Volgens de polisvoorwaarden van verweerder kan gebruik worden gemaakt van hulppersoneel. Hulppersoneel is bevoegd om een gedeelte van de behandeling onder supervisie van de regiebehandelaar uit te voeren. Uitsluitend zorgverleners die zijn opgenomen in de beroepentabel DBC-GGZ, zoals opgenomen in bijlage 3 bij de geldende Regeling gespecialiseerde GGZ van de NZa, kunnen taken als hulppersoneel vervullen. In de DBC-beroepentabel zijn die beroepen opgenomen, die bevoegd en bekwaam zijn om een rol te vervullen in de (individuele diagnosegerichte) behandeling van patiënten in de GGZ. De GZ-vaktherapeut en de SPH-er worden allebei vermeld in de beroepentabel DBC-GGZ. In de Regeling wordt niet gesproken over 'hulppersoneel', maar over 'behandelaar'.

Model-kwaliteitsstatuut GGZ

In het model-kwaliteitsstatuut wordt gesproken van regiebehandelaar en medebehandelaar. Regiebehandelaar: de zorgverlener die de regie voert over het zorgproces van een patiënt/cliënt. Medebehandelaar: alle behandelaren betrokken bij de behandeling van de patiënt, niet zijnde de regiebehandelaar. Uit het model-kwaliteitsstatuut blijkt niet dat een regiebehandelaar de behandeling deels zelf moet uitvoeren en er is ook geen norm opgenomen met betrekking tot de totale betrokkenheid van de regiebehandelaar bij de gehele behandeling. Wel blijkt uit het model-kwaliteitsstatuut dat de regiebehandelaar verantwoordelijk is voor het (doen) vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt/cliënt ook daadwerkelijk is (mede)beoordeeld door de regiebehandelaar via direct contact met de patiënt/cliënt. Daarnaast draagt de regiebehandelaar er voor zorg dat het behandelplan wordt uitgevoerd en - wanneer de omstandigheden daartoe aanleiding geven - wordt bijgesteld. Uit het dossier blijkt dat de regiebehandelaar zelf betrokken is geweest bij het stellen van de diagnose en het opstellen van het behandelplan. Tijdens de behandeling heeft tweemaal een MDO plaatsgevonden met de medebehandelaren en één afrondend gesprek met de cliënt.

Conclusie

Uit het dossier blijkt onvoldoende dat de activiteiten en inzet van de regiebehandelaar niet zijn uitgevoerd overeenkomstig de professionele standaard, te weten het model-kwaliteitsstatuut GGZ. Dat bij het opstellen van het behandelplan en het MDO een psychiater of klinisch psycholoog betrokken zouden moeten zijn, blijkt niet uit het model-kwaliteitsstatuut en is ook niet als voorwaarde gesteld in de polisvoorwaarden van verweerder. Ook geldt er geen kwantitatieve norm wat betreft de betrokkenheid van een regiebehandelaar. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat de behandeling van verzoeker in de Hervitas kliniek geen geneeskundige zorg is zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Niet kan worden geconcludeerd dat geen sprake is van geneeskundige zorg zoals medische specialisten die plegen te bieden.”

3.7. Op 20 mei 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"(...)

Het Zorginstituut merkt op dat verweerder de vraag of sprake is van geneeskundige zorg zoals medisch specialisten en klinisch-psychologen die plegen te bieden in feite beantwoordt via een beoordeling over wie de zorg aan verzoeker heeft geleverd, namelijk aan de hand van de inzet van de regiebehandelaar.

(...)

Bij plegen te bieden gaat het om een domeinvraag, om het onderscheiden van de soorten zorg. Het plegen te bieden criterium is niet bedoeld om te beoordelen of specifieke behandelingen (interventies) aangeboden worden en als effectief beschouwd worden. Dan is het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ van toepassing.

(...)

De behandeling van verslavingsstoornissen behoort tot het domein van de geneeskundige GGZ. De behandeling valt onder geneeskundige zorg zoals medisch specialisten (psychiaters) en klinisch psychologen die plegen te bieden.

De behandeling bestaat onder meer uit Cognitieve Gedragstherapie (CGT) en Community Reinforcement Approach (CRA). In de ZN-circulaire ‘Therapieën GGZ’ worden deze interventies geduid als interventies binnen de GGZ die voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut gaat er daarom vanuit dat de vraag of de door Hervitas geleverde behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk niet ter discussie staat. Het Zorginstituut concludeert dan ook dat de behandeling voor gokverslaving behoort tot de verzekerde zorg.

(...)

In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut het geschil beoordeeld aan de hand van het Model kwaliteitsstatuut ggz, de veldnorm die is ingeschreven als kwaliteitstandaard in het Register van het Zorginstituut. Een nuancering van dit voorlopig advies is op zijn plaats nu verweerder in de verzekeringsovereenkomst nader heeft bepaald ‘wie’ er bij de behandeling betrokken dienen

te zijn en de aard en omvang daarvan. De beoordeling van deze voorwaarden is niet aan het Zorginstituut. De adviestaak van het Zorginstituut is beperkt tot de vraag of sprake is van zorg die tot het basispakket behoort. Of de verzekeringsvoorwaarden over het 'wie' door partijen op de juiste wijze zijn toegepast is ter beoordeling van de SKGZ. Het Zorginstituut betreft de polisvoorwaarden daarom niet bij het definitieve advies.

(...)

De adviestaak van het Zorginstituut is beperkt tot de vraag of verzekerde aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. (...) Omdat het in onderhavig geschil alleen gaat over de vraag of sprake is van geneeskundige zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden ziet het Zorginstituut geen aanleiding voor een medische beoordeling van het dossier van verzoeker.

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat behandeling van verslavingsstoornissen behoort tot de geneeskundige zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden. Het is niet aan het Zorginstituut om te beoordelen of is voldaan aan de toepasselijke polisvoorwaarden.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: De behandeling van verzoeker maakt onderdeel uit van het basispakket."

4. Geschil

4.1. Verzoeker vordert van de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten van de behandeling van zijn gokverslaving tot een bedrag van € 8.413,84.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 4.6 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over specialistische geestelijke gezondheidszorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

6.2. Verzoeker is het er niet mee eens dat de ziektekostenverzekeraar de behandeling van zijn gokverslaving niet wil vergoeden. De redenen die de ziektekostenverzekeraar aanvoert voor de afwijzing waren bij verzoeker ten tijde van het afsluiten van de zorgverzekering niet bekend. Daarnaast is de verwijzing naar artikelen en kwaliteitsstatuten voor verzoeker - als leek - veel te onduidelijk. Het is verzoeker niet duidelijk hoeveel tijd de regiebehandelaar moet schrijven, zodat in de ogen van de ziektekostenverzekeraar 'voldoende tijd' is geschreven. Ook de door de ziektekostenverzekeraar gebruikte rekenmethode is volgens verzoeker niet correct. Doordat dit niet duidelijk is, kan de ziektekostenverzekeraar zelf bepalen wat volgens hem voldoende tijd is. Dit is naar de mening van verzoeker willekeur.

De zorgaanbieder heeft uitgebreid aan de ziektekostenverzekeraar toegelicht waarom hij vindt dat wél is voldaan aan de door deze genoemde voorwaarden. Zo heeft er een intake plaatsgevonden met twee zorgverleners. Vervolgens hebben deze twee zorgverleners overleg gevoerd. Dit is een

multidisciplinair overleg. Daarnaast is conform het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder een psychiater en/of psycholoog betrokken geweest bij het multidisciplinair overleg. Deze hebben echter geen tijd geschreven, wat overigens geen vereiste is. Ook heeft op 23 januari 2019 een evaluatie plaatsgevonden tussen de regiebehandelaar en verzoeker. Tijdens het nazorgtraject bleek de inzet van de regiebehandelaar, een klinisch psycholoog en een psychiater nodig.

Verzoeker merkt op dat andere zorgverzekeraars - onafhankelijk van elkaar - de zorgaanbieder hebben bezocht. Deze hebben alle geconcludeerd dat de door de zorgaanbieder aangeboden behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en dat sprake is van verzekerde zorg.

- 6.3. Ter zitting heeft verzoeker bezwaar gemaakt tegen de toelating van de door de ziektekostenverzekeraar op 8 december 2020 toegezonden aanvullende informatie en de zeer omvangrijke pleitnota die op het laatste moment is ingebracht. Hij heeft zich niet kunnen voorbereiden op deze stukken en kan hierdoor dan ook niet inhoudelijk op reageren. Anders dan de ziektekostenverzekeraar, is verzoeker van mening dat het niet om openbare bronnen gaat. De zitting is eerder uitgesteld op verzoek van de ziektekostenverzekeraar. Het zou daarom moeten gaan om de informatie die er toen lag.

Verder heeft verzoeker ter zitting aangevoerd dat hij ziek was en moest worden behandeld. Verzoeker vindt dat het Zorginstituut een goed advies heeft uitgebracht en is hier ook blij mee. De door de ziektekostenverzekeraar gebruikte bron voor het door hem genoemde percentage voor de door de regiebehandelaar geschreven tijd ontbreekt. Bovendien maakt de ziektekostenverzekeraar nog steeds niet duidelijk hoeveel procent het dan minimaal zou moeten zijn. Bovendien heeft verzoeker vrije artskeuze. De ziektekostenverzekeraar mag in dit kader geen hinderpaal opwerpen.

Verzoeker merkt voorts op dat het NZa-tarief voor de behandeling ongeveer € 8.700,- is. Omdat de zorgaanbieder niet is gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar wordt hierop echter een korting toegepast. Als alle zorg door een psychiater moet worden verleend, dekt de vergoeding de kosten niet. Bovendien mogen de GZ-vaktherapeut en de sociaal pedagogisch hulpverlener deze zorg verlenen. Verzoeker heeft te goeder trouw een verzekeringsovereenkomst afgesloten met de ziektekostenverzekeraar. Hij vraagt zich nu af of de ziektekostenverzekeraar hem destijds vooraf wel voldoende informatie heeft verstrekt.

Verzoeker merkt nog op dat de verslavingsarts door het college van geneeskundig specialisten is erkend in zowel zijn rol als regiebehandelaar als die van medebehandelaar.

- 6.4. In reactie op de pleitnota van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker aangevoerd dat het inschakelen van een advocaat en de door haar geproduceerde zeer omvangrijke pleitnota en de nagezonden bijlagen al meer heeft gekost dan het door hem gevorderde bedrag. Bovendien wordt de procedure bij de commissie geacht laagdrempelig te zijn. Door de actie van de ziektekostenverzekeraar is het voor verzoeker niet mogelijk om zonder de hulp van derden hierop deskundig te reageren. De hieraan verbonden kosten kunnen hoger oplopen dan de kosten waarop het geschil betrekking heeft.

Ten aanzien van de rol van de regiebehandelaar heeft de ziektekostenverzekeraar heel veel naar voren gebracht. Echter, in het voorlopig advies van het Zorginstituut is al vermeld waaraan moet worden getoetst. Belangrijk is ook dat de ziektekostenverzekeraar geen eisen mag stellen aan de mate van betrokkenheid van de regiebehandelaar, met dien verstande dat de regiebehandelaar bij een initiële DBC directe tijd moet hebben geschreven en dat heeft hij. Verzoeker merkt op dat in het uitgebreide verhaal van de ziektekostenverzekeraar onjuistheden staan, en dat gemiddelde waarnemingen als minimum norm worden gehanteerd. Dit is principieel onjuist. Een gemiddelde bestaat immers uit hoge en lage waarden. De ziektekostenverzekeraar zou daarom moeten toetsen aan de laagste waarde. Daarnaast is de minimum norm nergens op gebaseerd, zoals ook door het Zorginstituut is bevestigd. Verzoeker merkt op dat onduidelijk is waar de door de ziektekostenverzekeraar gebruikte gegevens op gebaseerd zijn. Verzoeker heeft een

publicatie gevonden van Casemix. De hierin genoemde cijfers zijn heel anders dan die door de ziektekostenverzekeraar worden genoemd. Bovendien blijkt uit de Casemix dat de variatiebreedte in inzet van soort behandelaar groot is.

Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar zich niet verdiept in de behandeling bij Hervitas en de invloed van de groepsgrootte op het aantal minuten van de regiebehandelaar. Hervitas werkt geprotocolleerd met groepen. Er zitten in een groep vier of zes cliënten. Dat betekent voor elk uur groepstherapie 10 of 15 minuten per cliënt. Kortom de variatiebreedte bij Hervitas kan al substantieel zijn.

De ziektekostenverzekeraar wekt de schijn dat de circulaire van ZN van 17 januari 2018 over therapieën een wet is waar alle zorgaanbieders zich aan moeten houden. Dit is niet correct. Ook ZN verklaart dat het slechts een advies is aan de leden van ZN en dat dit geen bindend karakter heeft. De circulaire is weliswaar ter kennisneming aan een aantal brancheorganisaties gestuurd, maar dit betekent niet dat hierdoor het karakter verandert.

Ten aanzien van de medebehandelaars merkt verzoeker op dat GZ-vaktherapeuten en sociaal pedagogisch hulpverleners in de beroepentabel worden genoemd en dat zij vallen onder de behandelaars die declarabele tijd mogen registreren. Dit is bevestigd door het Zorginstituut. De normen die de ziektekostenverzekeraar wil stellen, zijn niet objectief onderbouwd en voor zover gebaseerd op gemiddelden ook principieel onjuist als bewijslast voor verzekerde zorg. Het zijn door de ziektekostenverzekeraar zelf bedachte criteria en elke formele status ontbreekt.

Verzoeker wil gecompenseerd worden voor zijn inspanningen en het ongerief dat is veroorzaakt door de ziektekostenverzekeraar. Tevens wil hij dat wordt vastgesteld dat de ziektekostenverzekeraar disproportioneel handelt. Voorts vordert verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar per omgaande het bedrag betaalt waarop hij recht heeft.

- 6.5. In reactie op het definitieve advies van het Zorginstituut heeft verzoeker aangevoerd dat dit advies duidelijk is: er is sprake van zorg die tot het verzekerde pakket behoort. De vraag is nu actueel welke criteria er in de polisvoorwaarden staan en als ze er staan, of de ziektekostenverzekeraar deze criteria mag hanteren. Verzoeker benadrukt dat in de verzekeringsvoorwaarden de verslavingsarts expliciet wordt genoemd als regiebehandelaar. Hierbij worden geen getallen genoemd waar het gaat om de inzet van de verschillende disciplines. De mate en omvang van de verschillende disciplines worden in de verzekeringsvoorwaarden niet beperkt. Bij de totstandkoming van de Zvw is ook expliciet bepaald dat zorgverzekeraars in de verzekeringsvoorwaarden geen criteria mogen stellen inzake de omvang van het verzekerde pakket. De wetgever heeft overwogen dat de zorgverzekeraar alleen voorwaarden van administratieve en procedurele aard mag stellen. Uit de Memorie van Toelichting blijkt dat zorgverzekeraars eisen mogen stellen aan 'het wie', maar dit ziet uitdrukkelijk op de functiegerichte prestatiebeschrijvingen. Het is de wetgever die de inhoud en omvang van het verzekerde pakket bepaalt.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.6. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat op specialistische geestelijke gezondheidszorg. Verzoeker heeft ervoor gekozen de zorg af te nemen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval dient de verzekerde de kosten van deze zorg voor te schieten en kan hij deze achteraf declareren. Dit brengt het risico met zich dat genoten zorg niet voor vergoeding in aanmerking komt als achteraf blijkt dat het geen verzekerde zorg betreft.
- In dit specifieke geval is geen sprake van specialistische GGZ zoals psychiaters en klinisch psychologen plegen te bieden in de zin van de zorgverzekering. Zo heeft de regiebehandelaar onvoldoende tijd geschreven om alle op hem rustende taken en verantwoordelijkheden te kunnen uitvoeren. Ook de evaluatie van de behandeling door de regiebehandelaar lijkt niet te hebben plaatsgevonden. Er is tweemaal een multidisciplinair overleg geweest, maar hierbij was geen psychiater of klinisch psycholoog betrokken. Daarnaast lag het zwaartepunt van de behandeling

tussen 7 en 25 januari 2019. In die periode heeft de regiebehandelaar verzoeker slechts éénmaal gezien.

- 6.7. In de op 14 december 2020 toegezonden pleitnota en vervolgens ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de psychiater en klinisch psycholoog onvoldoende betrokken zijn geweest bij de behandeling. Bovendien is in de lijst met begripsomschrijvingen en artikel 23.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaald dat een psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut structureel betrokken moet zijn bij de diagnostiek en behandeling. Daarnaast had de verslavingsarts niet als regiebehandelaar mogen fungeren, omdat comorbiditeit niet was uitgesloten. Ook zijn de regiebehandelaar en de medebehandelaars onvoldoende gekwalificeerd. Omdat de behandeling in overwegende mate is verleend door een GZ-vaktherapeut en een sociaalpedagogisch hulpverlener is geen sprake van gespecialiseerde GGZ. De kosten die door Hervitas zijn gedeclareerd zijn hoger dan in de markt gebruikelijk is. Hervitas heeft namelijk het maximale NZa-tarief in rekening gebracht, en dat tarief is hoger dan de kosten van gecontracteerde zorg.

De ziektekostenverzekeraar voert voorts aan dat de omschrijving van de dekking van de zorgverzekering een kernbeding is. Om die reden kan dit niet worden aangevochten met het argument dat dit onvoldoende duidelijk of begrijpelijk zou zijn. Volgens de ziektekostenverzekeraar ligt in het geval van een eventuele onduidelijkheid betreffende de dekking de verantwoordelijkheid bij de verzekerde of de zorgaanbieder.

De ziektekostenverzekeraar heeft voorts ter aanvulling aangevoerd dat bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder maximaal 80% van het tarief wordt vergoed. In deze zaak is echter primair de vraag of sprake is van gespecialiseerde GGZ.

De ziektekostenverzekeraar stelt verder dat het voorlopig advies van het Zorginstituut geen stand kan houden, omdat het Zorginstituut niet aan de juiste of niet aan alle toepasselijke normen heeft getoetst, dan wel deze onjuist heeft uitgelegd. Ook is feitelijke informatie niet meegewogen. Het Zorginstituut heeft geen inhoudelijke invulling gegeven aan het begrip 'wezenlijk aandeel' van de regiebehandelaar. En het Zorginstituut heeft geen medische beoordeling verricht aan de hand van het dossier.

- 6.8. In reactie op de brief van verzoeker van 3 maart 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de spiegelinformatie, afkomstig van data uit de gecontracteerde zorg, bevestigt dat de regiebehandelaar onvoldoende betrokken is geweest bij de behandeling van verzoeker. Dat verzoeker aanvoert dat de regiebehandelaar bij een initiële DBC alleen directe tijd moet hebben geschreven om de behandeling onder de dekking van de zorgverzekering te laten vallen, is volgens de ziektekostenverzekeraar onjuist. Ook bevestigt de spiegelinformatie dat het niveau van de ingezette medebehandelaren lager is dan gebruikelijk is. Dit wordt door verzoeker niet weersproken. Daarnaast wordt door verzoeker niet weersproken dat geen sprake was van een bevoegde regiebehandelaar. De ZN-circulaire, waar de ziektekostenverzekeraar zich eerder op heeft beroepen, is na gedegen veldwerk tot stand gekomen. Deze circulaire geeft een weergave van therapieën die volgens de GGZ al dan niet aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoen. Deze circulaire maakt deel uit van de polisvoorwaarden en is dus wel degelijk bindend.

- 6.9. In reactie op het definitieve advies van het Zorginstituut heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het onjuist is dat hij de vraag of sprake is van geneeskundige zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden veel uitgebreider heeft beoordeeld dan door het Zorginstituut wordt gesteld. Bovendien is niet alleen van belang of zorg behoort tot het domein van een bepaald beroepsgroep, maar ook dat die beroepsgroep die zorg tot haar deskundigheidsgebied rekent. Daarom had het Zorginstituut moeten vaststellen dat die behandeling inhoudelijk voldoet aan hetgeen in de kring van psychiaters en klinisch psychologen als aanvaard en professioneel juist wordt beschouwd. Het Zorginstituut heeft hierbij geen rekening gehouden met het feit dat voorafgaand aan de behandeling eventuele comorbiditeit niet is uitgesloten en dat evenmin een psychiater of klinisch psycholoog bij de diagnostiek en het behandelplan betrokken zijn geweest. Ook had niet mogen worden aangenomen dat is voldaan aan de stand van de

wetenschap en praktijk, omdat de behandeling is uitgevoerd door een GZ-vaktherapeut en een sociaal pedagogisch hulpverlener.

De ziektekostenverzekeraar is van mening dat het Zorginstituut ten onrechte geen medische behoordeling heeft verricht. Dit was namelijk nodig voor de beoordeling van de criteria 'stand van de wetenschap en praktijk' en 'plegen te bieden'.

De ziektekostenverzekeraar concludeert daarom dat het definitieve advies van het Zorginstituut onvoldoende is onderbouwd

Overwegingen

- 6.10. De commissie heeft na de hoorzitting besloten de door de zorgverzekeraar op 8 december 2020 toegezonden stukken en de op 14 december 2020 toegestuurde pleitnota toe te laten tot de procedure. De commissie merkt hierbij op dat dit een procedure in enige instantie is. Daarnaast kunnen rechtsopvattingen op ieder moment in de procedure worden gebracht. Daarom zijn voornoemde stukken niet te laat ingediend. Echter, gezien de omvang van de stukken en het moment waarop deze zijn overgelegd, was verzoeker niet in staat om tijdens de hoorzitting hierop adequaat, inhoudelijk te reageren. Daarom is hij door de commissie in de gelegenheid gesteld schriftelijk te reageren op voornoemde stukken.
- 6.11. De commissie overweegt dat voor zover de ziektekostenverzekeraar zich erop heeft beroepen dat niet is voldaan aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk', het daarbij, zoals uit het advies van het Zorginstituut blijkt, gaat om de beoordeling of specifieke behandelingen (interventies) effectief zijn. Die vraag kan in dit geval, waar de behandeling onder meer bestond uit cognitieve gedragstherapie (CGT) en community reinforcement approach (CRA), aangevuld met andere behandelmethodes, volgens het Zorginstituut in het advies van 20 mei 2021 bevestigend worden beantwoord. De commissie ziet geen aanleiding van dit oordeel af te wijken. Bij de door de ziektekostenverzekeraar aan de orde gestelde vraag of in dit geval sprake is van zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die 'plegen te bieden', gaat het, zoals ook het Zorginstituut in voornoemd advies schrijft, om een domeinvraag. De behandeling van verslavingsstoornissen behoort tot het domein van de geneeskundige GGZ. De behandeling valt onder geneeskundige zorg zoals medisch specialisten (psychiaters) en klinisch psychologen die plegen te bieden.
- 6.12. Zoals het Zorginstituut in het voorlopig advies van 23 oktober 2020 schrijft, mag verslavingszorg worden verleend onder regie van een verslavingsarts. In dit advies concludeert het Zorginstituut dat uit het model-kwaliteitsstatuut GGZ niet blijkt dat bij het opstellen van het behandelplan en het multidisciplinair overleg een psychiater of klinisch psycholoog betrokken moet zijn. Ook geldt er geen kwantitatieve norm wat betreft de betrokkenheid van een regiebehandelaar, aldus de conclusie van het Zorginstituut in het voorlopig advies. Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier dat niet kan worden geconcludeerd dat geen sprake is van geneeskundige zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden. In het definitieve advies van 20 mei 2021 adviseert het Zorginstituut op basis van de beschikbare informatie in het dossier dat de behandeling van verzoeker onderdeel uitmaakt van het basispakket.

De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat in artikel 4.2 van het model-kwaliteitsstatuut GGZ is bepaald dat de regiebehandelaar een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling dient te hebben, waaraan de regiebehandelaar niet voldoet nu uit de urenregistratie slechts een betrokkenheid bij de behandeling van 7,1% blijkt. De commissie volgt de ziektekostenverzekeraar hierin niet. Uit het model-kwaliteitsstatuut GGZ valt geen algemeen geldende kwantitatieve norm af te leiden, zoals ook het Zorginstituut heeft geconcludeerd. De beantwoording van de vraag of de regiebehandelaar een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling heeft, hangt af van de in het model-kwaliteitsstatuut GGZ beschreven taken van de regiebehandelaar, de verdeling van taken tussen de medebehandelaars, alsmede van de feiten en omstandigheden van het individuele geval. Hieraan doet niet af dat de ziektekostenverzekeraar spiegelinformatie van vergelijkbare gevallen

heeft overgelegd. Verzoeker heeft de door de ziektekostenverzekeraar uit de spiegelinformatie getrokken conclusie gemotiveerd betwist met de stelling dat de door de ziektekostenverzekeraar genoemde percentages gemiddelden zijn van de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Sommige zorgaanbieders zullen qua betrokkenheid van de regiebehandelaar bovengemiddeld scoren. Dit betekent dat er dan ook gecontracteerde zorgaanbieders zijn bij wie de betrokkenheid van de regiebehandelaar onder het door de ziektekostenverzekeraar genoemde gemiddelde percentage ligt. Niet valt in te zien waarom voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders dan het gemiddelde percentage of een hoger percentage heeft te gelden. Naar het oordeel van de commissie is de ziektekostenverzekeraar er, gelet op de inhoud van het model-kwaliteitsstatuut GGZ niet in geslaagd aannemelijk te maken dat de betrokkenheid van de regiebehandelaar onvoldoende was.

- 6.13. De commissie ziet geen aanleiding af te wijken van het advies van het Zorginstituut anders dan wanneer de polisvoorwaarden daartoe aanleiding geven. In dit verband overweegt de commissie als volgt.

Uit de polisvoorwaarden blijkt niet dat een psychiater of (klinisch) psycholoog betrokken moet zijn bij de onderhavige behandeling of het opstellen van een behandelplan daarvoor. Dit kan niet worden afgeleid uit de begripsomschrijving van 'Gespecialiseerde GGZ' in de polisvoorwaarden, waarnaar de ziektekostenverzekeraar verwijst. De ziektekostenverzekeraar heeft dit immers in zoverre uit handen gegeven dat in artikel 23.2.2 onder f van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat bij behandeling in een GGZ-instelling een verslavingsarts in het geval van een gedragsverslaving mag optreden als regiebehandelaar. In artikel 23.2 van de polisvoorwaarden zijn de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar beschreven en daarbij wordt geen melding gemaakt van betrokkenheid van een psychiater of (klinisch) psycholoog. Dat van onvoldoende betrokkenheid van een psychiater of klinisch psycholoog sprake is, zoals de ziektekostenverzekeraar stelt, kan de commissie dan ook niet uit de polisvoorwaarden afleiden. Ook uit het model-kwaliteitsstatuut GGZ blijkt overigens, zoals uit het advies van het Zorginstituut van 23 oktober 2020 volgt, niet eenduidig in welke mate en op welke momenten een psychiater of (klinisch) psycholoog bij de behandeling betrokken zou moeten zijn.

De ziektekostenverzekeraar heeft voorts aangevoerd dat de verslavingsarts in de situatie van verzoeker niet had mogen optreden als regiebehandelaar, omdat comorbiditeit niet was uitgesloten. De commissie overweegt dat in artikel 23.2.2 onder f van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat een verslavingsarts regiebehandelaar kan zijn in geval van onder meer gedragsverslavingen. Hierbij is als voorwaarde vermeld: "*wanneer er geen sprake is van co-morbiditeit met ernstige, complexe psychiatrische stoornissen*". In de verwijzing door de huisarts wordt geen melding gemaakt van enige vorm van comorbiditeit in de zin van de verzekeringsvoorwaarden, terwijl het toch in de rede had gelegen dat de huisarts er melding van zou hebben gemaakt indien hij aanwijzingen had voor comorbiditeit. Ook anderszins blijkt uit het dossier niet dat hiervan sprake zou zijn geweest. Onder deze omstandigheden ziet de commissie niet waarom de verslavingsarts geen regiebehandelaar kon zijn zonder mogelijke comorbiditeit te hebben uitgesloten.


- 6.14. De ziektekostenverzekeraar heeft verder aangevoerd dat de regiebehandelaar in de onderhavige situatie onvoldoende betrokken is geweest. In de polisvoorwaarden is onder de begripsomschrijvingen bij de 'regiebehandelaar' onder meer opgenomen dat deze minimaal één keer een face-to-face consult met de patiënt heeft. Niet betwist is dat dit contact er is geweest. Overigens blijkt uit de polisvoorwaarden niet wat en welke de mate van betrokkenheid van de regiebehandelaar moet zijn. Dit is ook niet bepaald in artikel 23.2 van de polisvoorwaarden ten aanzien van de in die bepaling genoemde activiteiten die, al dan niet bij direct contact met verzekerde, onder zijn verantwoordelijkheid vallen. Dit blijkt, zoals eerder overwogen, evenmin uit het model-kwaliteitsstatuut GGZ. De commissie heeft overigens niet kunnen vaststellen dat de regiebehandelaar bij de in artikel 23.2 van de polisvoorwaarden genoemde activiteiten geen betrokkenheid heeft gehad. Dat de regiebehandelaar in het bijzonder niet betrokken is geweest bij het vaststellen en mede beoordelen van de diagnose, het opstellen van het behandelplan en de evaluatie kan de commissie niet afleiden uit de overgelegde tijdregistratie. Daaruit blijkt dat de regiebehandelaar (directe en indirecte) tijd heeft geschreven voor: intake en screening (10 oktober


2018), interne patiëntbespreking (9 en 23 januari 2019) en follow up behandelcontact: patiënt individueel (23 januari en 27 maart, 19 juni en 24 juli 2019).


- 6.15. De ziektekostenverzekeraar heeft daarnaast nog aangevoerd dat de regiebehandelaar en de medebehandelaars onvoldoende zijn gekwalificeerd. Ten aanzien van de kwalificatie van de regiebehandelaar heeft de ziektekostenverzekeraar niet toegelicht waarom deze niet zou voldoen aan de in de polisvoorwaarden genoemde voorwaarden. Ten aanzien van de medebehandelaars merkt de commissie op dat blijkens artikel 23.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering gebruik kan worden gemaakt van hulppersoneel. De bij de behandeling betrokken medebehandelaars, te weten een sociaal pedagogisch hulpverlener en een gz-vaktherapeut, staan vermeld in de bijlage III 'Bijlagen gespecialiseerde-ggz' van het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde rapport 'Kostprijsonderzoek geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg 2020'. De commissie leidt hieruit af dat de betreffende medebehandelaars als hulppersoon in de zin van art 23.2 van de hiervoor genoemde polisvoorwaarden zorg in het kader van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg mochten leveren. De commissie ziet niet, waarom de betreffende medebehandelaars onvoldoende gekwalificeerd zouden zijn, zoals door de ziektekostenverzekeraar is gesteld.
- 6.16. De ziektekostenverzekeraar heeft in reactie op het definitieve advies van het Zorginstituut aangevoerd dat het Zorginstituut ten onrechte geen medische beoordeling heeft uitgevoerd. In dit verband merkt de commissie op dat in de onderhavige situatie de indicatie voor de behandeling niet ter discussie staat. Verzoeker was aangewezen op de zorg en een medisch-inhoudelijke beoordeling door het Zorginstituut is daarom overbodig.
- 6.17. Uit het voorgaande volgt dat de behandeling van de gokverslaving als verzekerde zorg onder de zorgverzekering door de ziektekostenverzekeraar dient te worden vergoed.
- 6.18. Verzoeker heeft een zogenoemde naturaverzekering. Dit betekent dat hij in beginsel is aangewezen op door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders, en dat hij – anders dan verzoeker stelt – niet zonder meer vrije artskeuze heeft. Verzoeker heeft de onderhavige behandeling betrokken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In artikel 13 Zvw is bepaald dat de zorgverzekeraar in die situatie de hoogte van de vergoeding mag bepalen. Op grond van artikel 23.2.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering heeft hij daarom aanspraak op een vergoeding van 80% van het 'in de markt gebruikelijke tarief'. De commissie oordeelt dat het "in de markt gebruikelijke tarief" synoniem is met het tarief dat in de Nederlandse omstandigheden passend is te achten, welk tarief moet worden vastgesteld in twee stappen (vergelijk het bindend advies van 4 maart 2020, SKGZ 201901150).

In de eerste stap wordt aansluiting gezocht bij de gegevens die in 'Open-Dis data' zijn vermeld. In deze database wordt het gemiddelde tarief van een zorgproduct vermeld. Dit gemiddelde tarief wordt vastgesteld op basis van de gegevens die door zorgaanbieders in Nederland moeten worden aangeleverd aan de Nederlandse Zorgautoriteit. Bij de berekening van het gemiddelde tarief worden de goedkoopste en duurste 10% van de zorgproducten niet betrokken. Het hoogste tarief dat wél wordt betrokken bij de berekening voor het vaststellen van het gemiddelde tarief geldt als uitgangspunt voor de berekening van het in de markt gebruikelijke tarief. In de tweede stap wordt het hiervoor genoemde tarief verhoogd met een bepaalde marge. De marge wordt berekend door de premie van de restitutiepolis en de naturapolis (niet zijnde een budgetpolis) van de zorgverzekeraar in kwestie met elkaar te vergelijken. De gedachte hierachter is dat het premieverschil een verschil in kosten weerspiegelt.

In de onderhavige zaak moet de ziektekostenverzekeraar dus het hoogste, bij de berekening van het gemiddelde voor 'Open-Dis data', betrokken tarief voor de behandeling met DBC declaratiecode 25B118 opvragen bij de Nederlandse Zorgautoriteit. Op het gevonden tarief moet een opslag worden toegepast ter hoogte van het procentuele verschil tussen de premie van de restitutiepolis en de naturapolis (niet zijnde een budgetpolis) van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft aanspraak op een vergoeding van 80% van de uitkomst hiervan.





 Volledigheidshalve merkt de commissie hierbij op dat de vergoeding nooit meer kan bedragen dan de gefactureerde € 8.413,84.

 6.19. In zijn brief van 3 maart 2021 heeft verzoeker compensatie gevorderd voor zijn inspanningen en het ongerief dat is veroorzaakt door de ziektekostenverzekeraar. Aangezien deze vordering niet is gespecificeerd, dient deze reeds daarom te worden afgewezen.

 6.20. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

 7.1. De commissie beslist dat:

-  (i) de ziektekostenverzekeraar moet nagaan wat het hoogste, bij de berekening van het gemiddelde tarief ten behoeve van Open-Dis data betrokken tarief is voor de behandeling met DBC declaratiecode 25B118;
-  (ii) de ziektekostenverzekeraar op voornoemd tarief een opslag moet toepassen ter hoogte van het procentuele verschil in premie tussen de door hem aangeboden restitutiepolis en de naturapolis (niet zijnde een budgetpolis);
-  (iii) verzoeker heeft aanspraak op een vergoeding van 80% van het bedrag dat onder (ii) is berekend, doch maximaal € 8.413,84;
-  (iv) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

 Zeist, 3 september 2021,

 H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Gespecialiseerde GGZ

Diagnostiek en behandeling van (zeer) complexe psychiatrische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.

Gezin

Twee gehuwden dan wel twee ongehuwden met of zonder ongehuwde kinderen, of een alleenstaande met één of meer ongehuwde kinderen, die aantoonbaar duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding voeren.

Gezinslid

Persoon behorend tot het gezin als bedoeld in de voorgaande begripsomschrijving.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog, die staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

GeZZondCheck

Met de GeZZondCheck wordt uw gezondheid gemeten. Op basis van de resultaten krijgt u een persoonlijk advies over uw gezondheid en leefpatroon.

GGD-arts

Een arts die in opdracht van de Gemeentelijke Geneeskundige Gezondheidsdienst werkzaam is op terreinen zoals de volksgezondheid, forensische geneeskunde en de geneeskundige hulpverlening bij rampen e.d.

GGZ-instellingen

Instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren en als zodanig zijn toegelaten conform de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI).

Haptotherapeut

Een haptotherapeut met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg die ook de aanvullende opleiding haptotherapie heeft voltooid. Een haptotherapeut moet voldoen aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria die worden gehanteerd door de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Herstellingsoord en Zorghotel

Instellingen die kortdurende intensieve behandeling bieden aan mensen met lichamelijke en/ of psychosociale problemen, bij wie het dagelijks functioneren verstoord is en bij wie een ambulante behandeling niet of nog niet toereikend is.

(Klassiek) Homeopaat

Een (klassiek) homeopaat, die als (tand)arts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding homeopathische geneeswijze heeft afgerond. Of een (klassiek) homeopaat met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg en een aanvullende opleiding in de homeopathie. Een (klassiek) homeopaat moet voldoen aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria van bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Hoofdverzekering

De zorgverzekering conform de Zorgverzekeringswet, zoals afgesloten bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekereraar Zorg en Zekerheid u.a. of een andere zorgverzekereraar. Wordt ook wel basisverzekering of zorgverzekering genoemd.

Hospice

Een instelling die specifiek is ingericht voor tijdelijke opvang van ongeneeslijk zieke patiënten in de laatste fase van hun leven en voor tijdelijke opvang van hun naasten.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut', dit volgens artikel 34 van de Wet BIG.

Huisarts

Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Hulpmiddelen

De hulpmiddelen conform de zorgverzekering.

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

Mocht u generalistische basis GGZ ontvangen in een ggz-instelling dan kan de voorgaande lijst van regiebehandelaren aangevuld worden met:

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

Waar heb ik geen recht op?

De zorg omvat niet:

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

Heb ik een verwijzing nodig?

Voor de generalistische basis GGZ is een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Op de verwijsbrief moeten de volgende gegevens vermeld worden:

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

Een verwijzing is uiterlijk 1 jaar geldig. Voor een vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is na dat jaar geen nieuwe verwijzing nodig. Wanneer de behandeling langer dan 1 jaar wordt onderbroken is er voor de vervolgbehandeling een nieuwe verwijzing nodig.

Wij volgen het 'besluit verwijzingen GGZ' van het ministerie van VWS van 21 april 2017. U kunt dit document vinden op zorgenzekerheid.nl/brochures.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het in de markt gebruikelijke tarief.

23.2 Gespecialiseerde GGZ vanaf 18 jaar

Waar heb ik recht op?

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

Wat zijn de voorwaarden?

- er moet sprake zijn van een regiebehandelaar;
- de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar bij direct contact (activiteiten die in direct contact met u plaatsvinden) zijn:
 - a. het vaststellen, mede beoordelen van de diagnose en vaststellen van het dossier tijdens de diagnostiekfase. De diagnose wordt tevens onderbouwd;
 - b. het opstellen van een behandelplan gericht op verantwoorde behandeling naar de stand van de wetenschap en conform de richtlijn;
 - c. het evalueren van de behandeling en als nodig bijstellen van het behandelplan.
- de regiebehandelaar draagt hiernaast de verantwoordelijkheid voor:
 - a. de bevoegdheid en bekwaamheid van de medebehandelaars in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor het hulppersoneel verantwoordelijk is;
 - b. het voldoen van de dossiervoering aan de gestelde eisen. Medebehandelaars hebben daarin ook een eigen verantwoordelijkheid;
 - c. zich te laten informeren door medebehandelaars en andere bij de behandeling betrokken professionals, zoveel als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de patiënt. De regiebehandelaar toetst of de activiteiten bijdragen aan, en passen in, het vastgestelde behandelplan;
 - d. de zorg dat hij en medebehandelaars elkaar treffen in persoonlijk contact en in teamverband met de daartoe noodzakelijke frequentie op geleide van de problematiek van de patiënt;
 - e. goede communicatie met de patiënt en diens naasten (als van toepassing en akkoord door patiënt) over het beloop van de behandeling in relatie tot het behandelplan;
 - f. het afsluiten van de behandeling conform de dbc-spelregels.
- bij een instelling voor Gespecialiseerde GGZ kan gebruik worden gemaakt van hulppersoneel. Hulppersoneel is bevoegd om een gedeelte van de behandeling onder supervisie van de regiebehandelaar uit te voeren.
- uitsluitend zorgverleners die zijn opgenomen in de beroepentabel DBC-GGZ, zoals opgenomen in bijlage 3 bij de geldende Regeling gespecialiseerde GGZ van de NZa, kunnen taken als hulppersoneel vervullen. Deze regeling kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/brochures;
- de zorg wordt verleend in de praktijk of kliniek van de zorgverlener. Voor thuisbehandeling wordt een uitzondering gemaakt wanneer er sprake is van medische noodzaak;
- de zorgverlener heeft een kwaliteitsstatuut ggz dat geregistreerd is bij ggzkwaliteitsstatuut.nl.

Heb ik een verwijzing nodig?

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

Op de verwijsbrief moeten de volgende gegevens vermeld worden:

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

U moet ten aanzien van de periode waarvoor de verwijzing is verleend, beschikken over een geldige verwijzing, die niet ouder is dan 1 jaar ten opzichte van de aanvang van de zorg. Voor een vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is geen nieuwe verwijzing nodig, als de vervolgbehandeling binnen een jaar na einde van de eerdere behandeling aanvangt. Wanneer de behandeling langer dan 1 jaar wordt onderbroken, is er voor een vervolgbehandeling een nieuwe verwijzing nodig.

Wij volgen het 'Besluit verwijzingen GGZ' van het ministerie van VWS van 21 april 2017. U kunt dit document vinden u op zorgenzekerheid.nl/brochures.

23.2.1 Klinische gespecialiseerde GGZ vanaf 18 jaar

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- opname in een GGZ-instelling, instelling voor specialistische verslavingszorg of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste 3 jaar (1.095 dagen). Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als een onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 3 jaar (1.095 dagen). Onderbreking wegens weekend- of vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 3 jaar (1.095 dagen);
- specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- de opname is medisch noodzakelijk in het kader van de behandeling;
- er moet sprake zijn van een regiebehandelaar. Bij klinische specialistische GGZ zijn dat:
 - a. de psychiater in alle gevallen;
 - b. de klinisch psycholoog in alle gevallen;
 - c. de verpleegkundig specialist in geval van patiënten/cliënten waar de primaire focus van de behandeling niet (meer) gericht is op biologische en psychologische factoren, maar meer op de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft in het (inter)persoonlijk functioneren).
 - d. de psychotherapeut bij vormen van psychotherapie binnen verschillende therapeutische referentiekaders;
 - e. de GZ-psycholoog bij patiënten waar de primaire focus van de behandeling niet gericht is op biologische factoren of de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft, maar meer op de psychologische factoren;
 - f. de verslavingsarts in profielregister KNMG bij preventie, diagnostiek en behandeling van misbruik en verslaving van middelen, waaronder alcohol en tabak, illegale middelen en geneesmiddelen alsook zogenaamde gedragsverslavingen; wanneer er geen sprake is van co-morbiditeit met ernstige, complexe psychiatrische stoornissen;
 - g. de klinisch neuropsycholoog bij zorgvragen met specifieke neuropsychologische componenten;
 - h. de klinisch geriater, specialist ouderengeneeskunde voor patiënten van (biologisch) oudere leeftijd waarbij multi-morbiditeit (van zowel psychiatrische als somatische aard) een grote rol speelt in de klachtenpresentatie;
 - i. verzekerden die gedurende de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereiken, mogen de zorg ook ontvangen van de volgende regiebehandelaren:
 - een kinder- en jeugdpsycholoog;
 - een orthopedagoog generalist.

Waar heb ik geen recht op?

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

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor verblijf dat (naar verwachting) langer duurt dan één jaar, (tweede en derde jaar verblijf) moet, voor het voortzetten van het verblijf, vooraf, te weten uiterlijk 2 maanden voor afloop van het eerste verblijfsjaar, schriftelijke toestemming worden aangevraagd bij Zorg en Zekerheid.

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

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde GGZ-instelling ga?

Bij zorg in een niet-gecontracteerde GGZ-instelling vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het in de markt gebruikelijke tarief.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid als ik naar een niet-gecontracteerde zorginstelling ga?

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

- a. een verwijfsbrief van een huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts;
- b. de klinische opname indicatie, conform de door de beroepsgroep vastgestelde richtlijnen;
- c. het voorgestelde behandelplan, inclusief aantal behandelminuten en uit te voeren activiteiten en verrichtingen;
- d. de namen van de zorgverleners, inclusief regiebehandelaar (onder vermelding van BIG-registratienummer), die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg;

- e. de onderbouwing van de te declareren deelprestatie inclusief inzet VOV-personeel in relatie tot de stoornis;
- f. de DBC-declaratiecode en de prestatiecode.

De duiding “Medisch noodzakelijk verblijf in de GGZ” van het Zorginstituut is leidend bij deze beoordeling.

Als het verblijf (naar verwachting) langer duurt dan één jaar, dient u nogmaals toestemming te vragen. Voor verdere voorwaarden in dat kader, zie artikel 23.2.1, onder Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

23.2.2 Ambulante gespecialiseerde GGZ vanaf 18 jaar

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op gespecialiseerde GGZ:

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

Wat zijn de voorwaarden?

De zorgverlener heeft een kwaliteitsstatuut ggz dat geregistreerd is bij ggzkwaliteitsstatuut.nl.

Waar heb ik geen recht op?

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

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder ga?

Bij zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 80% van het in de markt gebruikelijke tarief.

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 het Interimbesluit forensische zorg.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

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

- voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
 - c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

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.