



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg  
Zaak : Thailand, geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2, 2.4 en 2.12 Bzv,  
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019  
Zaaknummer : 201901565  
Zittingsdatum : 4 maart 2020

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

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,  
tegen

OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 5 november 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 december 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een kopie van deze brief is op 23 december 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 20 januari 2020 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaak-nummer: 2019064724) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 21 januari 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 maart 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 9 maart 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Hierbij heeft de commissie het Zorginstituut verzocht om aanvullende informatie. Bij brief van 18 maart 2020 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een kopie is op 24 maart 2020 aan partijen gestuurd. Hen is de mogelijkheid geboden hierop te reageren. Van deze mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Extra Aanvullend en OHRA Gezond (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft een alcohol-, cocaïne- en seksverslaving. Hij heeft meerdere pogingen gedaan hiervan af te komen, helaas zonder blijvend resultaat. Op enig moment heeft verzoeker in overleg met de door hem geconsulteerde psychiater/psychotherapeut in besloten zich klinisch te laten behandelen in een verslavingskliniek te Chiang Mai, Thailand. De behandeling startte op 24 april 2019 en duurde twee maanden.
- 3.3. De door verzoeker geconsulteerde psychiater/psychotherapeut heeft in zijn verwijsbrief van 19 april 2019 over hem verklaard:  
"(...)  
*Bovengenoemde cliënt meldde zich bij mij op 19-04-2019 in verband met een langdurig bestaande ernstige stoornis in alcohol, cocaïne, en daarmee samenhangende/onder invloed*

optredende, obsessieve gedragingen, met name seksverslaving. Daarnaast lijkt sprake van persoonlijkheidsproblematiek met onmatige gedragingen en verminderde empathie, aanwijzingen voor ADD, en een aanwezige dyscalculie.

De verslaving heeft geleid tot ernstige problemen in de partnerrelatie en problemen in zijn vaderrol. De partner van cl woont thans elders. Cl is verder maatschappelijk succesvol. Cl heeft meerdere malen een behandeling voor zijn verslaving overwogen, en is deze ook wel gestart, echter heeft hij deze na korte tijd ook weer afgebroken. Daarnaast heeft hij zich vanwege stemmingsproblemen ook voor psychotherapie en partnerrelatietherapie aangemeld, echter eveneens zonder dat er een langere therapie werd gestart. Hierbij spelen zowel gebrekkige motivatie als persoonlijkheidsproblemen een rol.

Achtergrond: Cl heeft in principe een stabiele achtergrond, echter, toen cl 17 jaar was verliet de vader, in cl's beleving plotseling, en zonder voorgaande problemen, het ouderlijk huis. Sedertdien heeft cl vrijwel geen contact meer gehad met vader. Cl moest in zijn beleving daarna voor zijn jongere broer en moeder zorgen. Rond deze tijd begon hij met alcohol. Tot ongeveer zijn 30e jaar was geen sprake van ernstig misbruik. Vanaf zijn 30e jaar ging cl meer gebruiken, en ging hij ook cocaïne en andere partydrugs gebruiken. Na cocaïne is er sprake van ongeremde seksuele uitingen.

In oktober [2018] deed cl zijn recentste poging te stoppen met gebruik, en bezocht hij tevens AA-meetings. Vanaf januari is weer sprake van frequente relapses, met ernstige relatieproblemen als gevolg.

Cl realiseert zich de schade van gebruik, en zijn machteloosheid deze in ambulante setting te stoppen. Hij is thans gemotiveerd voor abstinentie, en realiseert zich daarvoor een intensieve klinische behandeling nodig te hebben, waarbij zowel zijn ernstige middelenslaving, als ook de samengaande seksverslaving, en de persoonlijkheidsissues integraal kunnen worden aangepakt. Een dergelijke integrale behandeling kan het beste plaatsvinden in Thailand, kliniek The Cabin.

De DSM - V diagnose is:

304.20 Stoornis in het gebruik van cocaïne: matig, ernstig (primair)

292.89 Obsessieve-compulsieve of verwante stoornis door cocaïne: met begin tijdens intoxicatie  
Seksverslaving

301.4 Dwangmatige persoonlijkheidsstoornis: trekken van

301.81 Narcistische persoonlijkheidsstoornis: trekken van

303.90 Stoornis in alcoholgebruik: ernstig

314.00 Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis: overwegend onoplettend beeld sluit uit

315.1 Specifieke leerstoornis: met beperkingen in het rekenen[.]"

3.4. De verslavingskliniek te Chiang Mai heeft bij brief van 22 april 2019 over verzoeker verklaard:  
"(...)

[Naam verzoeker] is a [leeftijd]-year-old male who has been assessed and recommended admission to The Cabin Chiang Mai based on medical and psychiatric necessity. The patiënt is seeking treatment for his presenting disorders of:

1. Alcohol Use Disorder (F10.20)
2. Cocaïne Use Disorder (F14.20)
3. Impulse Control Disorder - Excessive Sexual Drive (F52.7)
4. Substance-Induced Depressive Disorder (F19.24)
5. Substance-Induced Anxiety Disorder (F19.280)

[Naam verzoeker] reports with a long history of alcohol use since the age of 17 and cocaïne use since the age of 33. Numerous unsuccessful attempts have been made over the past 6-12 months by the patiënt to maintain abstinence in an outpatient setting. Symptoms noted within the last 6 months include impulsivity, impaired judgement, sexual acting out, increased consumption of alcohol and cocaïne, worsening depression, worsening anxiety, panic attacks, suicidal ideation, decreased threshold for distress tolerance, lowered functioning in effective social/interpersonal communication, involvement in high-risk activities and situations and inability to regulate emotions effectively. A dysfunctional relationship/dynamic with the patient's family of origin has been reported. Clinically significant impairment in the patient's relationship with his partner has also been reported. The patiënt has been asked by his partner to leave the house until further notice and is currently lacking a safe/secure environment that is conducive to his recovery. Severe impairment in social, interpersonal and occupational areas of functioning have been reported.

### **Current Medications**

1. none reported

### **Needs Assessment**

*Inpatient treatment for an extended period of not less than 60 days is recommended to [naam verzoeker] given the reported decline in the patient's psychiatric and psychological stability, involvement in high-risk behaviours, clinically significant distress in social, occupational and interpersonal functioning and establishment of a safe and supportive recovery environment. Treatment at a lower level of care is deemed inappropriate due to:*

1. The complex nature of the patient's medical and psychiatric needs.
2. The patient's need to access medical detoxification in an inpatient setting.
3. The patient's struggles with substance-induced mood disorders that have not been managed and resulted in clinically significant impairment in the patient's daily functioning.
4. The patient's history of failed attempts to maintain abstinence in an outpatient environment.
5. The patient's struggles with suicidal ideation and danger to [him]self.
6. The patient's struggles with impulse control, poor insight and impaired judgement.
7. The unaddressed dysfunctional family dynamics and transgenerational trauma that requires further exploration.
8. The high risk of abuse and/or non-compliance of prescribed medications in an ambulatory detoxification setting.
9. The high risk of accidental/intentional overdose if treatment were to be delivered in an outpatient setting.
10. The patient's lack of a safe and/or secure environment to access professional help and sober social support.

### **Treatment Plan**

*The patient's best prognosis is to be admitted for a period of intensive inpatient treatment to access pharmacotherapy and psychological therapy lasting not less than 60 days. The patiënt is recommended the following interventions during [his] stay at The Cabin:*

1. History and Physical Exam
2. Breathalyzer and Urine Screen
3. CBC and EKG
4. Psychiatric Evaluation
5. Medical Detoxification
6. Medication Reviews, Adjustments and Reconciliation
7. Nursing Care
8. Psychological Evaluation
9. Individual Psychotherapy
10. Group Psychotherapy
11. Introduction to and Skills Coaching Based on Cognitive Behavioural Therapy
12. Distress Tolerance and Grounding Skills
13. Fitness and Personal Training
14. Holistic, Art, Meditative and Mindfulness Therapy
15. Relapse Prevention and Crisis Action Planning
16. Coordination of Care with Family
17. Coordination of Care with Outpatient Healthcare Providers
18. Family Intensive Programme and Psychoeducation for Family Members
19. Continuing Care and Discharge Planning

### **Opinion**

*[Naam verzoeker] presents with complex comorbidity and a psychiatric history that have previously required frequent crisis interventions due to his inability to effectively regulate/manage affect and impulses, non-compliance to clinical recommendations and prescriptions, self-destructive behaviours, involvement in high-risk situations and is recommended admission to inpatient level of care based on symptoms of his presenting disorders and complex medical and psychiatric needs. The patiënt appears to be at high risk of decompensation and high risk to self harm. Without structured inpatient intervention, the clinical prognosis is poor with a high likelihood of premature death.*

*(...)"*

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 3 mei 2019 aan verzoeker meegedeeld dat hij de kosten van de klinische behandeling in Chiang Mai niet vergoedt.

3.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 6 september 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.7. Het voorlopig advies van het Zorginstituut van 20 januari 2020 luidt, voor zover hier van belang:  
**"Medische beoordeling**  
(...)

*De psychiater heeft verzoeker op 19 april 2019 (voor het eerst) gezien en heeft hem direct verwezen naar de kliniek in Thailand alwaar hij vanaf 24 april 2019 werd opgenomen voor een behandeling van twee maanden. Uit het dossier blijkt niet dat er bij het bezoek van verzoeker aan de psychiater in sprake was van een acute situatie, waarbij directe opname noodzakelijk was. Als geen sprake is van een acute situatie is het gebruikelijk om eerst de situatie goed in kaart te brengen. Dit betekent dat de gegevens van eerdere behandelingen worden opgevraagd. Deze ontbreken echter in het dossier, waardoor onduidelijk is of de door de psychiater genoemde diagnoses zijn vastgesteld. Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt ook niet dat de psychiater gebruik heeft gemaakt van een screeningsinstrument, zoals de MATE, om de noodzakelijke behandelintensiteit vast te stellen (een verslag hiervan ontbreekt in het dossier). Het is onduidelijk waarom niet gekozen is voor een gebruikelijke behandeling (circa drie weken klinische detox aangevuld met ambulante psychotherapeutische behandelingen). Door het ontbreken van deze informatie is niet aangetoond dat bij verzoeker sprake was van medisch noodzakelijk verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.*

*Daarnaast is diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit zonder voorafgaande triage (zoals de MATE of EuropASI) niet overeenkomstig de geldende richtlijnen en voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Diagnostiek en behandeling kunnen dan niet ten laste van de basisverzekering worden gebracht.*

Conclusie

*Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat bij de diagnose en het bepalen van de behandelintensiteit gebruik is gemaakt van een screeningsinstrument. Daarnaast is niet aangetoond dat sprake was van medisch noodzakelijk verblijf. De behandeling in Thailand komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.*

Overige opmerkingen

*In de zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving is het volgende opgenomen:*

*"Gepast gebruik van zorg is een van de uitgangspunten binnen de Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving (2017). Gepast gebruik gaat over de juiste inzet van hulp bij aanvang van een behandeling maar ook over het juiste moment van op- of afschalen van een behandeltraject ('matched care'). Zo maakt therapeutisch proefverlof vanuit klinische opname een essentieel onderdeel uit van de behandeling. Het vanuit de kliniek oefenen van vaardigheden past in graduele afbouw van de intensiteit van de zorg."*

*Bij opname in het buitenland is therapeutisch proefverlof in de eigen (woon)omgeving niet mogelijk. Het risico is dat de behandeling minder effectief is, omdat niet geoefend kan worden met de situatie na het klinische verblijf (zoals de interactie met de sociale omgeving van de cliënt).*

*Het is eveneens essentieel dat het systeem bij de behandeling wordt betrokken. Onderdeel van het behandelplan van de kliniek in Thailand is dan ook gezinstherapie. Dit blijkt uit de punten 16 "Coordination of Care with Family" en 18 "Family Intensive Programme and Psychoeducation for Family Members". Onduidelijk is hoe men dergelijke zorg vanuit Thailand wil bieden/heeft geboden. Indien de familieleden niet aanwezig waren in Thailand is mogelijk op afstand behandeld. Behandeling op afstand via Video Conferencing is niet te vergelijken met een behandeling waarbij cliënt en systeem fysiek aanwezig zijn. Er zijn twijfels over de vraag of een dergelijke vorm van behandelen effectief is.*

### Het advies

*Het Zorginstituut heeft kennisgenomen van de stukken en beoordeeld of verweerder terecht het gevraagde heeft afgewezen. Gelet op het bovenstaande adviseert het Zorginstituut tot afwijzing van het verzoek.”*

- 3.8. Het definitief advies van het Zorginstituut van 18 maart 2020 luidt, voor zover hier van belang:

*(...)*

*Uit het verslag komen geen feiten of omstandigheden naar voren die Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies hierbij als definitief beschouwen.*

*De commissie heeft het Zorginstituut verzocht de vraag te beantwoorden of enkele afzonderlijke elementen van de behandeling wel voor vergoeding in aanmerking komen. Het Zorginstituut merkt naar aanleiding van deze vraag het volgende op.*

*(...)*

*Het gaat bij de beoordeling van het geschil om de vraag of de gehele behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dat is niet het geval. Afzonderlijke elementen van de behandeling kunnen niet apart beoordeeld worden. Daarnaast is ook niet aangetoond dat verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op de behandeling en is vergoeding ten laste van de basisverzekering daarom ook niet mogelijk.*

*(...)*

### 4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de klinische behandeling, door hem ondergaan in Chiang Mai, te vergoeden.

- 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22. van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

### 6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en verblijf in verband met deze zorg 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.

### **Zorgverzekering**

- 6.2. Tussen en Thailand is geen verdrag gesloten over de vergoeding van zorg die door hun burgers in het andere land wordt genoten. Voor de aanspraak van verzoeker op vergoeding van de kosten van de klinische verslavingszorg in Thailand zijn daarom de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering van toepassing.

- 6.3. De zorgverzekering biedt dekking voor medisch noodzakelijke opnames aan verzekerden vanaf achttien jaar in verband met gespecialiseerde GGZ voor een onafgebroken periode van maximaal 1.095 dagen. Het moet hierbij gaan om zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden. Dit blijkt uit artikel B.19.3. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar stelt in de eerste plaats dat geen indicatie bestond voor een klinische behandeling. Verzoeker betwist dit. Hij verwijst naar zijn medische voorgeschiedenis en de onhoudbaarheid van zijn situatie.
- 6.5. Het Zorginstituut constateert in het voorlopig advies dat bij het vaststellen van de diagnose en het bepalen van de behandelintensiteit door de psychiater geen gebruik lijkt te zijn gemaakt van een screeningsinstrument, zoals de MATE of EuropASI. Ook is onduidelijk waarom niet is gekozen voor een gebruikelijke behandeling van ongeveer drie weken detox in combinatie met ambulante psychotherapeutische behandelingen. Het Zorginstituut merkt op dat diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit zonder voorafgaande triage, zoals de MATE of EuropASI, niet conform de geldende richtlijnen van de beroepsgroep is en niet overeenkomstig de stand van de wetenschap en praktijk. Voorts wordt in het voorlopig advies opgemerkt dat niet aannemelijk is dat klinische behandeling in de situatie van verzoeker was aangewezen. Uit het dossier blijkt niet dat ten tijde van de verwijzing door de psychiater in sprake was van een acute situatie die direct opname vereiste. Het Zorginstituut heeft het voorlopig advies in zijn definitief advies van 18 maart 2020 gehandhaafd. De commissie neemt de adviezen van het Zorginstituut over. Verzoeker heeft geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de klinische behandeling in Thailand.
- 6.6. Voor zover verzoeker stelt dat hij in aanmerking dient te komen voor een gedeeltelijke vergoeding, te weten de vergoeding waarop hij aanspraak zou hebben gehad als hij de voor hem (in ) aangewezen behandeling had ondergaan, geldt het volgende. De zorgverzekering kent niet de mogelijkheid van vergoeding van niet-geleverde zorg. Dit is niet anders in de situatie dat mogelijk wel aanspraak op deze niet-geleverde zorg had bestaan en/of de vergoeding dient ter compensatie van zorg die wel is verleend, maar waarvoor de zorgverzekering geen dekking biedt. Voorts moet een behandeling als geheel voldoen aan de verzekeringsvoorwaarden, zoals de voorwaarde dat de behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk is. In het advies van het Zorginstituut van 18 maart 2020 wordt bevestigd dat een gedeeltelijke vergoeding, op basis van de afzonderlijke elementen van de klinische behandeling in Thailand die eventueel wel voldoen aan deze voorwaarde, niet mogelijk is.

#### **Aanvullende ziektekostenverzekering**

- 6.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor spoedzorg in het buitenland. In de onderhavige situatie was echter sprake van planbare zorg en niet van spoedzorg. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de opname in Thailand ten laste van deze verzekering.
- 6.8. Hetgeen verzoeker overigens heeft aangevoerd, is voor zijn aanspraak op vergoeding van de klinische behandeling in Thailand niet relevant. Het gaat hierbij met name om het door hem gestelde positieve effect, de hoge kosten van de behandeling, en de voor de ziektekostenverzekeraar optredende kostenbesparing als gevolg van de door verzoeker gemaakte keuze.
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 april 2020,



H.A.J. Kroon





# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

## B.1. Vervallen

## B.2. Buitenlandzorg

### B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.

#### Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

### B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.

Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies te vragen bij onze afdeling Klanten Contact Centrum. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben wij wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of behandelvoorstel staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

#### Voorbeeld:

U wilt een medisch specialist in het buitenland raadplegen. Als u bij ons vooraf zorgadvies vraagt, kunnen wij u vertellen:

- of sprake is van zorg die onder uw verzekering valt;
- of u in uw situatie redelijkerwijs op die zorg bent aangewezen;
- of wij voor deze zorg zorgverleners in Nederland of in het buitenland kunnen vinden met

## HOOFDSTUK B

## ZORG IN ZORG- VERZEKERING

wie wij (wel) een overeenkomst hebben gesloten;

- of u voor deze zorg moet bijbetalen. De kans bestaat dat u voor de behandeling in het buitenland een hoger tarief moet betalen dan voor een vergelijkbare behandeling in Nederland. Of u moet rekening houden met een bedrag dat op grond van het sociale zekerheidsstelsel in dat land voor uw rekening blijft.

Tip:

Verblijft u tijdelijk in het buitenland, maar binnen Europa of in Australië? Dan kunt u de European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas) aanvragen. Op vertoon van deze pas krijgt u zorg in de landen binnen de EU, Macedonië, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland en Australië. U hoeft dan in de meeste gevallen geen geld voor te schieten. Zorgverleners in het buitenland weten dat hun rekening door ons wordt betaald. Wel kan het voorkomen dat op grond van het sociale zekerheidsstelsel van dat land een bedrag voor uw rekening blijft. Dit kunt u eventueel vergoed krijgen uit uw aanvullende verzekering.

**Let op!**

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg extra of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Buitenlandse ziekenhuizen zijn wel bekend met de EHIC, maar dat geldt niet voor alle huisartsen, apothekers en andere zorgverleners. De pas is bedoeld voor medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar uw woonland, voor verzekerden die op vakantie gaan of tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor werk of studie). Het aanvragen van de pas is gratis. Dit kunt u zelf doen via [www.ehic.nl](http://www.ehic.nl). Ook als u in het buitenland woont. Woont u in het buitenland en hebt u meeverzekerde gezinsleden? Dan kunt u via de internetsite van Zorginstituut Nederland: [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl). voor hen de pas aanvragen

**Akkoordverklaring**

Een akkoordverklaring is niet nodig.

## B.3. Huisarts

### B.3.1. Advies, onderzoek en begeleiding

**Zorg: waar bent u voor verzekerd?**

De zorg omvat huisartsenzorg zoals huisartsen die plegen te bieden en omvat onder andere:

- gezondheidsadvies en preventieve zorg (zie artikel B.21);
- behandeling;
- laboratoriumonderzoek uitgevoerd door en in de huisartsenpraktijk;
- een MRI op aanvraag van de huisarts voor indicaties zoals beschreven in NHG-richtlijnen en standaarden;
- preconceptiezorg. Dit omvat advisering op onder andere het gebied van:
  - gezonde voeding;
  - inname van vitamines;
  - (korte) adviezen over bijvoorbeeld stoppen met roken en alcohol- drugsgebruik;
  - medicijngebruik;
  - infectieziekten en vaccinaties;
  - ziekten en zwangerschapscomplicaties.

**Let op!**

- De zorg omvat niet:
  - medische screening of check up, uitsluitend op verzoek van de verzekerde zonder dat daarvoor een medische noodzaak bestaat;
  - advies en vaccinaties voor reizen naar het buitenland. Deze zorg valt onder artikel D.2.3.
- Een MRI uitgevoerd door een ziekenhuis of laboratoriumonderzoek uitgevoerd door een ziekenhuis- of zelfstandig laboratorium, valt onder het eigen risico. Ook als dit plaatsvindt op verzoek van de huisarts.

**Voorwaarden**

**Zorgverlener**

Een huisarts of een zorgverlener binnen de huisartsenpraktijk, huisartsendienstenstructuur of zorggroep verleent de zorg (zoals een praktijkondersteuner, verpleegkundige of physician assistant).

De zorgverlener binnen de huisartsenpraktijk, huisartsendienstenstructuur of zorggroep werkt onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts.

**Akkoordverklaring**

Een akkoordverklaring is niet nodig.

**Tarieven**

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

voerd, moet onder de dekking van deze zorgverzekering vallen;

- de verzekerde jonger is dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap is aangewezen op verpleging en verzorging. Hierbij is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

Het vervoer bij nierdialyse of bij chemo-, radio-, of immuuntherapie tegen kanker omvat ook het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.

#### Hardheidsclausule

In bepaalde gevallen is de zogenaamde "hardheidsclausule" van toepassing. Namelijk als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekte of aandoening.

Toelichting:

Wij bepalen aan de hand van een formule en andere informatie, of u recht hebt op zittend ziekenvervoer volgens de "hardheidsclausule". Bij de aanvraag die u hiervoor indient, moet ook een verklaring van de behandelend arts zijn bijgevoegd. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze Zorgverzekering of de Wlz vallen.

Om vast te stellen of u recht hebt op zittend ziekenvervoer op basis van de "hardheidsclausule" gebruiken wij de volgende formule:

aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (dit is het aantal weken op jaarbasis) x (aantal km enkele reis) x 0,25 (dit is de wegingsfactor).

Bedraagt de uitkomst 250 of meer, dan bent u ook verzekerd voor zittend ziekenvervoer. De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route. Wij vergoeden op basis van hele kilometers en maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

Voorbeeld:

5 (aantal maanden behandeling) x 2 (aantal behandelingen per week) x 52/12 x 26 (afstand in kilometers) x 0,25 (wegingsfactor) = 281,67. Deze uitkomst is hoger dan 250 en geeft u recht op een

vergoeding van het zittend ziekenvervoer.

Komen er wijzigingen in deze situatie, dan moet u ons dat zo snel mogelijk doorgeven.

#### Zorgverlener

Als het zittend ziekenvervoer per taxi plaatsvindt, moet de taxivervoerder erkend zijn (Taxi Keurmerk / TX-keurmerk) en de juiste vergunning hebben.

#### Behandelvoorstel

Een huisarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist of verpleegkundig specialist heeft vastgesteld dat het zittend ziekenvervoer medisch noodzakelijk is.

#### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig. Dit geldt ook wanneer:

- u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of
- u reist met een ander vervoermiddel dan auto, in de laagste klasse van het openbaar vervoer of taxi (zoals een boot).

Wij kunnen bij voor een akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen. Omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn, beoordelen wij of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer.

#### Tarieven

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

#### Plaats

Hiervoor gelden dezelfde voorwaarden als bij "plaats" in artikel B.18.1. Maakt u gebruik van zittend ziekenvervoer omdat u nierdialyse, behandelingen met chemotherapie of radiotherapie tegen kanker moet ondergaan, dan bent u alleen verzekerd voor zittend ziekenvervoer van en naar de plaats waar u nierdialyse, chemotherapie of radiotherapie tegen kanker ondergaat.

## B.19. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Het gehele artikel B.19. beschrijft de geestelijke gezondheidszorg. Het Reglement GGZ is onderdeel van dit artikel. In het reglement wordt de geestelijke gezondheidszorg verder toegelicht en benoemen wij nadere voorwaarden waaraan voldaan moet worden per zorgonderdeel.

Het Reglement GGZ kunt u vinden op onze website of telefonisch bij ons opvragen.

### B.19.1. GGZ basis

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat generalistische basis GGZ (gbGGZ), zoals klinisch psychologen die plegen te bieden, voor verzekerden vanaf 18 jaar.

Onder gbGGZ verstaan wij:

- diagnostiek (het vaststellen van de aandoening) gevolgd door
- behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek. Eén behandeltraject gbGGZ zou dan voldoende moeten zijn om u de zorg te geven die u nodig hebt. Meer informatie hierover vindt u in het Reglement GGZ, artikel 2.2.

Deze zorg kan ook gegeven worden door middel van een evidence based (wetenschappelijk onderzoek heeft de effectiviteit aangetoond) e-health zorgarrangement (blended care). Hieronder verstaan wij een compleet behandeltraject dat onder verantwoordelijkheid van een zorgverlener is gestart en is afgerond. U volgt daarbij een behandeling via een online behandelmodule waarmee de behandeling niet alleen face-to-face plaatsvindt, maar ook mogelijk wordt gemaakt via digitaal contact.

#### Let op!

- Uw Zorgverlener mag in principe maximaal 1 behandeltraject per diagnose(groep) bij ons in rekening brengen. In specifieke situaties kan een 2<sup>e</sup> behandeltraject gbGGZ in 1 kalenderjaar worden gedeclareerd. U moet dan wel minstens 2 maanden behandelvrij en klachtenvrij zijn na het 1<sup>e</sup> behandeltraject. U hebt dan ook een nieuwe verwijzing nodig en er moet sprake zijn van een 2<sup>e</sup> hulpvraag op basis van (het vermoeden van) een andere diagnose (hoofdgroep). Zie ook artikel 2.2. in het Reglement GGZ.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Van de gbGGZ zijn de belangrijkste uitgesloten vormen van zorg genoemd in het Reglement GGZ.

### Voorwaarden

#### Algemeen

Meer en nadere informatie over de voorwaarden dan hieronder vermeld, kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 2. Generalistische basis GGZ (gbGGZ).

#### Zorgverlener

- Elke zorgverlener heeft een Kwaliteitsstatuut GGZ opgesteld aan de hand van het Model Kwaliteitsstatuut GGZ en handelt daarnaar.
- De regiebehandelaar verleent de zorg.

- Bij vrijgevestigde zorgverleners is de regiebehandelaar een klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut of GZ-psycholoog.
- Binnen een instelling is de regiebehandelaar een klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts (KNMG), klinisch geriater of verpleegkundig specialist GGZ.
- Voor verzekerden die de behandeling zijn gestart onder de Jeugdwet, en waarvan de behandeling doorloopt bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd, kan ook een kinder- en jeugdpsycholoog of een orthopedagoog generalist de regiebehandelaar zijn. Deze uitzondering is alleen van toepassing op de eerste prestatie in de gbGGZ die aansluitend wordt geopend na het bereiken van de 18-jarige leeftijd.

#### Verwijzing

U bent vóór aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, een bedrijfsarts, een medisch specialist, regiebehandelaar gespecialiseerde GGZ 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 2.3.

#### Behandelvoorstel

Zie Reglement GGZ, artikel 2.3.

#### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

#### Tarieven

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

#### Plaats

De zorg vindt plaats:

- in de praktijk van de behandelend zorgverlener; of
- in een generalistische basis GGZ-instelling zonder dat sprake is van een opname.

### B.19.2. GGZ gespecialiseerd

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat gespecialiseerde GGZ (gGGZ), zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, voor verzekerden vanaf 18 jaar.

Deze gespecialiseerde zorg kan worden geboden in combinatie met opname:

- in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg); of
- op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

Onder deze gGGZ verstaan wij;

- diagnostiek (het vaststellen van de aandoening) gevolgd door
- gespecialiseerde behandeling van (zeer) complexe (ingewikkelde) psychische aandoeningen.

Deze zorg kan ook gegeven worden door middel van een evidence based (wetenschappelijk onderzoek heeft de effectiviteit aangetoond) e-health zorgarrangement (blended care). Hieronder verstaan wij een compleet behandeltraject dat onder verantwoordelijkheid van een zorgverlener is gestart en is afgerond. U volgt daarbij een behandeling via een online behandelmodule waarmee de behandeling niet alleen face-to-face plaatsvindt, maar ook mogelijk wordt gemaakt via digitaal contact.

De tijdsduur van de behandeling inclusief langdurige opname in de gGGZ is omschreven in het Reglement GGZ.

#### **Let op!**

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Van de gGGZ zijn de belangrijkste uitgesloten vormen van zorg genoemd in het Reglement GGZ.

### **Voorwaarden**

#### **Algemeen**

Meer informatie over de voorwaarden dan hieronder vermeld, kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 3. Gespecialiseerde GGZ (gGGZ) algemeen.

#### **Zorgverlener**

- Elke zorgverlener heeft een Kwaliteitsstatuut GGZ opgesteld aan de hand van het Model Kwaliteitsstatuut GGZ en handelt daarnaar.
- De regiebehandelaar verleent de zorg.
- Binnen een instelling is de regiebehandelaar een psychiater of een klinisch psycholoog. Bij specifieke zorgvragen en als het passend is bij de aandoening kan de regiebehandelaar ook een verslavingsarts (KNMG), specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater, psychotherapeut, klinisch neuropsycholoog, verpleegkundig specialist GGZ of GZ-psycholoog zijn.
- Bij vrijgevestigde zorgverleners is de regiebehandelaar een klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut of psychiater.
- Voor verzekerden die de behandeling zijn gestart onder de Jeugdwet, en waarvan de be-

handeling doorloopt bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd, kan ook een kinder- en jeugdpsycholoog of een orthopedagoog generalist de regiebehandelaar zijn. Deze uitzondering is alleen van toepassing op de eerste prestatie in de gGGZ die aansluitend wordt geopend na het bereiken van de 18-jarige leeftijd.

#### **Verwijzing**

U bent vóór aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, regiebehandelaar generalistische basis GGZ (gbGGZ) 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 3.3.

#### **Behandelvoorstel**

Zie Reglement GGZ, artikel 3.3.

#### **Akkoordverklaring**

- De zorgverlener waarmee wij een zorgovereenkomst hebben gesloten, beoordeelt namens ons of uw aandoening valt onder de zorg waarvoor u verzekerd bent. Een akkoordverklaring is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze internetsite.
- Als de zorg plaatsvindt in de vorm van verslavingszorg in combinatie met opname, en de behandeling wordt gedaan door een zorgverlener waarmee wij geen zorgovereenkomst hebben gesloten, is wel een akkoordverklaring nodig (zie artikel A.18.).
- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is ook nodig als sprake is van (langdurige) psychoanalytische psychotherapie. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.
- Als het gaat om andere zorg dan verslavingszorg in combinatie met opname of om (langdurige) psychoanalytische psychotherapie, dan is een akkoordverklaring niet nodig. Ook niet wanneer de behandeling wordt gedaan door een zorgverlener waarmee wij geen zorgovereenkomst hebben gesloten.

#### **Tarieven**

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

#### **Plaats**

De zorg vindt plaats:

- in de praktijk van de behandelend vrijgevestigde zorgverlener;
- in een in Nederland toegelaten instelling conform de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) zijnde:
  - een instelling voor gespecialiseerde GGZ zonder dat sprake is van een opname;
  - een instelling voor gespecialiseerde GGZ dan wel de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis bij opname.

### B.19.3. GGZ gespecialiseerd met opname

De voorwaarden zoals benoemd bij art. B.19.2. en het Reglement GGZ zijn eveneens van toepassing bij gespecialiseerde GGZ met opname.

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) bent u verzekerd voor medisch noodzakelijke opname in verband met gespecialiseerde GGZ gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 (3 x 365) dagen. Extra voorwaarden over opname en bekostiging daarvan kunt u vinden in het Reglement GGZ.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.

#### Voorwaarden

##### Algemeen

Meer en nadere informatie over de voorwaarden dan hieronder vermeld, kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 3. Gespecialiseerde GGZ (gGGZ) algemeen en artikel 4. gGGZ met opname.

##### Zorgverlener

- Elke zorgverlener heeft een eigen Kwaliteitsstatuut GGZ opgesteld aan de hand van het Model Kwaliteitsstatuut GGZ en handelt daarnaar.
- De regiebehandelaar verleent de zorg. Dit is in beginsel een psychiater of klinisch psycholoog. Daarnaast mag de zorg ook worden geleverd door de volgende regiebehandelaren: de verslavingsarts (KNMG), specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater, psychotherapeut, klinisch neuropsycholoog, verpleegkundig specialist GGZ en de GZ-psycholoog, volgens de voorwaarden van het Kwaliteitsstatuut GGZ.

##### Akkoordverklaring

- De zorgverlener waarmee wij een zorgovereenkomst hebben gesloten, beoordeelt namens ons of uw aandoening valt onder de zorg waarvoor u verzekerd bent. Een akkoordverklaring is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze internetsite.
- Als de zorg plaatsvindt in de vorm van verslavingszorg in combinatie met opname, en de behandeling wordt gedaan door een zorgverlener waarmee wij geen zorgovereenkomst hebben gesloten, is wel een akkoordverklaring nodig (zie artikel A.18.).
- Als het gaat om andere zorg dan verslavingszorg in combinatie met opname, dan is een akkoordverklaring niet nodig. Ook niet wanneer

de behandeling wordt gedaan door een zorgverlener waarmee wij geen zorgovereenkomst hebben gesloten.

##### Tarieven

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

##### Plaats

De zorg vindt plaats in een in Nederland toegelaten instelling conform de WTZi zijnde:

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

### B.20. Vervallen

### B.21. Preventie

#### B.21.1. Algemeen

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat vormen van individuele, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie die zich richt op gedragsverandering bij:

- problematisch alcoholgebruik;
- depressieve klachten en panieklachten;
- overgewicht en obesitas.

De zorg kan plaatsvinden op consultbasis, via internet en in groepsessies.

Het gaat om zorg zoals huisartsen, verloskundigen, klinisch psychologen en medisch specialisten die plegen te bieden.

Preventie valt daarmee onder de reguliere zorg zoals beschreven in de artikelen van de zorg die deze zorgverleners leveren:

- B.3.1. Huisartsenzorg: advies, onderzoek en begeleiding;
- B.3.3. Huisarts voor GGZ zorg;
- B.3.4. Huisarts en Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) vanaf 18 jaar;
- B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen;
- B.5.1. Verloskundige zorg;

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico, behalve als de huisarts deze zorg via een consult verleent.
- De zorg omvat niet:
  - dagbehandeling en/of opname;
  - geneesmiddelen uit het geneesmiddelenvergoedingssysteem (zie artikel B.15.1), als

### A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

#### A.3.1. Zorgbemiddeling

U hebt recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld ook als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

#### A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Wie bepalen de inhoud en omvang van de zorg?

- De inhoud en omvang van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid.
- Wij bepalen de inhoud en omvang van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan alle volgende eisen:

- de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Toelichting:

- er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
- In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.
- het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen.

Toelichting:

De zorg is als verzekerde zorg genoemd op het Vergoedingen Overzicht van uw verzekering en uitgewerkt en omschreven onder hoofdstukken B of D van deze verzekeringsvoorwaarden.

- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die

zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Het moet gaan om doelmatige, passende zorg voor uw situatie. Zo moet er een indicatie voor de zorg zijn en mag het geen onnodig dure zorg en geen onnodig uitgebreide zorg zijn. Te dure of te uitgebreide zorg in uw situatie is dus geen doelmatige zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Voorbeeld:

Als u een indicatie hebt voor een hoortoestel uit categorie X en een toestel van € 1.500,- is voldoende en geschikt voor u, dan is dat hoortoestel doelmatige zorg. U hebt dan een wettelijke eigen bijdrage van 25% van € 1.500,- en daarvan kan een deel uit uw aanvullende verzekering vergoed worden als u daarvoor verzekerd bent.

Als u uit diezelfde categorie X een toestel van € 2.000,- kiest dat even geschikt is, vergoeden we dus niets, omdat dat toestel niet doelmatig is; als er twee hoortoestellen binnen een categorie (X) zijn die even geschikt en voldoende zijn voor u, vergoeden we op basis van de doelmatigheid het hoortoestel van € 1.500,- en wordt niets vergoed van het hoortoestel van € 2.000,-.

- De verzekerde zorg kan ook bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Voor deze "andere zorg" gelden de volgende voorwaarden:
  - de andere zorg moet naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden; en
  - de andere zorg is wettelijk niet uitgesloten; en
  - wij hebben u van tevoren een akkoordverklaring gegeven voor de "andere zorg".

Deze algemene eisen gelden altijd naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden voor de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg. Als u reeds zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan inmiddels gewijzigde en u medegedeelde eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten. Een lopende behandeling waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven, mag worden afgemaakt.

#### A.3.3. Voorwaardelijke zorg

In afwijking van artikel A.3.2. 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar geregelde voorwaarden (zie artikel B.22.).



## D.14. Buitenland spoedeisende zorg

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat de hieronder genoemde vormen van spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland. Spoedeisende zorg is medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden.

Wij vergoeden:

- a. de “boventarief” kosten.  
In het buitenland bent u verzekerd voor dezelfde zorg (in inhoud en omvang) als waarvoor u in Nederland (of uw woonland) verzekerd bent. Uw zorgverzekering en uw aanvullende verzekering vergoeden de kosten volgens de Nederlandse tarieven.  
De tarieven van de buitenlandse zorg kunnen echter afwijken van de Nederlandse tarieven. Als de buitenlandse tarieven:
  - o lager zijn dan de Nederlandse tarieven, vergoeden wij dit lagere buitenlandse tarief.
  - o hoger zijn dan de vergoeding volgens Nederlandse tarieven, die u uit uw zorgverzekering of uw aanvullende verzekering krijgt, blijft er een bedrag over. Wij noemen dit bedrag het “boventarief”.  
Wij vergoeden vanuit dit artikel dit “boventarief” (inclusief de vergoeding volgens de Nederlandse tarieven) tot maximaal het tarief dat op uw Vergoedingen Overzicht staat;
- b. mondzorg bij spoed door een tandarts;
- c. repatriëring (terugkeer) van de zieke verzekerde inclusief medische begeleiding door een bevoegde arts of verpleegkundige. Dit is het ziekenvervoer van uw tijdelijke verblijfplaats of plaats van uw ongeval, plotselinge ziekte of uw behandeling in het buitenland naar een instelling voor medisch specialistische zorg in Nederland, of als u daar niet woont, naar een instelling voor medisch specialistische zorg in uw woonland.  
De repatriëring zelf moet medisch noodzakelijk zijn, omdat naar ons oordeel:
  - o de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel;
  - o behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is;
  - o behandeling in het buitenland ter plaatse veel duurder is dan behandeling in het woonland/Nederland.
- d. begeleiding door een aantal gezinsleden van

een zieke verzekerde die op grond van voorgaand artikel c. gerepatriëerd wordt;

- e. (vervallen);
  - f. vervoer van het stoffelijk overschot:
    1. terug naar Nederland van de verzekerde die buiten Nederland is overleden en tot zijn overlijden in Nederland heeft gewoond, of;
    2. terug naar het woonland van de verzekerde die buiten zijn woonland is overleden.
- De vergoeding betreft kosten die rechtstreeks samenhangen met het vervoer van het stoffelijk overschot uit het land van overlijden terug naar Nederland of naar het woonland. Onder deze kosten vallen de kosten om het stoffelijk overschot te bewaren, te verzorgen en gereed te maken voor vervoer, kosten van het vervoer zelf en ook overheidskosten, zoals leges en rechten;
- g. toezending van noodzakelijke medicijnen en/of hulpmiddelen, zoals bijvoorbeeld de kosten van een koerier. Wij bedoelen niet de aanschafkosten van de middelen;
  - h. kosten van (tele)communicatie met onze hulpdienst voor het verkrijgen van de noodzakelijke zorg;
  - i. medisch advies door het Medisch Team van onze hulpdienst voorafgaande aan of tijdens uw tijdelijke verblijf in het buitenland.

Of uw aanvullende verzekering vergoeding voor deze zorg geeft, staat op uw Vergoedingen Overzicht. Als deze zorg vergoed wordt, dan is dat samen met de vergoeding uit de zorgverzekering tot een maximum dat ook op uw Vergoedingen Overzicht staat. Kijkt u daar welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden.

### Let op!

- In de zorgverzekering is deze zorg al (gedeeltelijk) verzekerd. In artikel B.2.2. kunt u lezen of u daarvoor verzekerd bent. Die zorg gaat vóór op de vergoeding uit deze aanvullende verzekering.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de bijkomende kosten, kosten van douaneheffing en retourvracht van toegezonden medicijnen en/of hulpmiddelen.
- Wanneer u bijvoorbeeld met de gipsvlucht terug naar Nederland moet worden gebracht, vallen deze kosten niet onder de (aanvullende) verzekering. U kunt deze kosten wel verzekeren via een reisverzekering.
- Het terugbrengen van een overledene valt niet onder de zorgverzekering en ook lang niet altijd onder een aanvullende verzekering. Daarvoor is alleen in een paar heel uitgebreide aanvullende verzekeringen een vergoeding

opgenomen. Een reisverzekering dekt deze kosten wel.

- Wij vergoeden alleen maar zorg in het buitenland als u daar tijdelijk verblijft. Bent u daar zonder onderbreking langer dan 365 dagen, dan gaan wij er vanuit dat u daar woont en dat u daar niet tijdelijk verblijft. De kosten van zorg die u maakt na de 365<sup>e</sup> dag, komen dan niet meer voor vergoeding in aanmerking.

## Voorwaarden

### Algemeen

- U krijgt de kosten niet of gedeeltelijk vergoed uit de zorgverzekering of een afzonderlijk afgesloten (reis)verzekering;
- Uw verblijf is tijdelijk. Daarvan is sprake, als u maximaal 365 dagen aaneengesloten in het buitenland bent.
- Het bedrag dat u voor buitenlandse zorg declareert, mag niet hoger zijn dan gebruikelijk is in het land waar u tijdelijk verblijft;
- De zorg was niet te voorzien op het moment dat u naar het buitenland vertrok;
- Nadat wij de kosten hebben betaald, moet u meewerken aan de overdracht van de rechten op een andere (reis)verzekeraar;
- U moet geheel meewerken aan de zorgverlening en u houden aan de aanwijzingen van de ingeschakelde hulpdienst.

### Zorgverlener

Een zorgverlener die gevestigd is in het buitenland waar u tijdelijk verblijft, verleent de zorg. Deze zorgverlener voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld.

### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig. U moet de akkoordverklaring aanvragen bij ons of bij de hulpdienst waarmee wij een overeenkomst voor (bemiddeling voor) zorg in het buitenland hebben gesloten. Wij kunnen voor deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen. Voor een eenmalig bezoek bij een arts of apotheek is geen akkoordverklaring nodig.

### Tarieven

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

## D.14.2. Vervallen

## D.15. Voetzorg

### D.15.1. Algemene voetzorg

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden voetzorg (podologie en podotherapie).

Hoeveel wij vergoeden staat op het Vergoedingen Overzicht.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Vanuit dit artikel D.15.1. vergoeden wij niet:
  - steunzolen;
  - hulpmiddelen voetzorg;
  - behandelingen van patiënten bij reumatoïde artritis of ernstige bloedvatproblemen in de benen;
  - persoonlijke verzorging zoals het verwijderen van eelt om verzorgende redenen of algemene nagelverzorging.
- In de zorgverzekering kan deze zorg al gedeeltelijk en onder bepaalde voorwaarden verzekerd zijn. In artikel B.23. kunt u lezen of u daarvoor verzekerd bent. Die zorg gaat vóór op de vergoeding uit deze aanvullende verzekering.

## Voorwaarden

### Zorgverlener

Een podotherapeut of podoloog voert de voetzorg uit.

### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

### Tarieven

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

### D.15.2. Voetzorg bij ernstige bloedvatproblemen en/of reumatoïde artritis

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden voetzorg (podotherapie) ingeval van voetproblemen bij:

- reumatoïde artritis en/of;
  - ernstige bloedvatproblemen in de benen.
- Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel

#### A.21.4. Hechtenis of gevangenschap

Tijdens de periode dat u in hechtenis bent of in de gevangenis zit, hebt u geen recht op zorg of vergoeding van kosten daarvan. Ook als de zorg die u ontvangt wel onder de verzekering valt. Dit geldt zowel voor gevangenschap/hechtenis in Nederland als in het buitenland. U bent tijdens deze periode aangewezen op geneeskundige zorg die door of namens de instelling waar u verblijft wordt verstrekt. In Nederland zorgt het Ministerie van Justitie daarvoor.

### A.22. Geschillen

#### A.22.1. Verzoek om heroverweging

Als u het niet eens bent met een beslissing die wij voor de uitvoering van de verzekering hebben genomen, kunt u schriftelijk aan onze afdeling Juridische Zaken vragen de beslissing te heroverwegen.

#### A.22.2. Rechter of geschillencommissie

Gaat u niet akkoord met de uitkomst van de heroverweging? U kunt dan kiezen voor één van de volgende mogelijkheden:

- U kunt naar de bevoegde rechter als wij niet binnen 4 weken op dit verzoek om heroverweging reageren. U kunt dit ook doen als wij aangeven dat (en waarom) wij bij onze beslissing blijven.
- U kunt het geschil ook voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist ([www.skgz.nl](http://www.skgz.nl)). Bij deze stichting werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bindend advies uitbrengen.

Hebt u eenmaal voor de ene mogelijkheid gekozen dan kunt u in principe geen gebruik maken van de andere mogelijkheid.

#### A.22.3. E-Court

Als u uw kosten (premie daaronder begrepen) niet op tijd aan ons betaalt, kunnen wij om deze schulden te innen in een arbitraal geding gebruik maken van het scheidsgerecht Stichting e-Court. U hebt gedurende een maand vanaf de oproeping het recht om te kiezen voor behandeling door de

kantonrechter. De wettelijke regels daarvoor en het Arbitrage Reglement dat op de internetsite [www.e-court.nl](http://www.e-court.nl) staat zijn van toepassing.

### A.23. Klachten

#### A.23.1. Klacht

Als u een klacht hebt die niet gaat over de uitvoering van uw zorgverzekering, dan kunt u dit ook aan ons laten weten. U kunt dit schriftelijk of telefonisch doen. Wij beslissen over uw klacht en wij stellen u hiervan op de hoogte.

#### A.23.2. Niet akkoord met de beslissing

Gaat u niet akkoord met onze beslissing en zijn uw klachten niet naar redelijkheid weggenomen? U hebt dan de volgende mogelijkheden:

- U kunt uw klacht voorleggen aan de bevoegde rechter;
- U kunt uw klacht voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Bij deze stichting werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bindend advies uitbrengen.

Hebt u eenmaal voor de ene mogelijkheid gekozen dan kunt u in principe geen gebruik meer maken van de andere mogelijkheid.

#### A.23.3. Klacht over standaardformulieren

Als u, zorgverleners of andere zorgverzekeraars onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vinden, kan een klacht daarover ingediend worden bij de NZa. De NZa doet hierover vervolgens een uitspraak. Die uitspraak is bindend.

### A.24. Nederlands Recht

Op uw verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

### A.25. Wat als situatie niet is geregeld?

In alle gevallen waarvoor in deze verzekeringsvoorwaarden niets is geregeld, beslist de raad van bestuur of directie hoe wij daarmee omgaan.

## VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2019

### **aanvullende verzekering OHRA Extra Aanvullend (modelnummer: 7700104) versie 1**

Hieronder vindt u het Vergoedingen Overzicht van de aanvullende verzekering OHRA Extra Aanvullend.

Dit Vergoedingen Overzicht bestaat uit een aantal kolommen:

- In de middelste kolom "Hoeveel krijgt u vergoed" staan bedragen, aantallen, uren en/of termijnen. Dit zijn altijd de maximale bedragen, aantallen, uren en/of termijnen.

De vergoedingspercentages (in %) berekenen wij over de wettelijke tarieven, afgesproken tarieven of marktconforme tarieven. Zie ook hiervoor artikel A.20.

- In de laatste kolom "Voorwaarden" staat een nummer. Dit nummer verwijst naar een artikel in de Verzekeringsvoorwaarden. In dit artikel staan de voorwaarden waaraan u moet voldoen om de betreffende zorg vergoed te krijgen.

<b>Wat krijgt u vergoed</b>	<b>Hoeveel krijgt u vergoed</b>	<b>Voorwaarden</b>
<b>Alternatieve geneeswijzen</b>		<b>D.7.</b>
Alternatieve geneeswijzen	€ 500,- per jaar voor alternatieve en/of psychosociale behandelingen (€ 45,- per dag) en medicijnen (100%) samen	D.7. D.7.1. en D.7.2.
<b>Buitenland spoedzorg</b>		<b>D.14.</b>
Buitenland spoedzorg	100% van het gedeclareerde tarief buiten Nederland of uw woonland	D.14.a.
- Mondzorg bij spoed in het buitenland	€ 250,- per jaar vanaf 18 jaar	D.14.b.
- Vervoer stoffelijk overschot	100%	D.14.f.
- Opsturen van medicijnen en hulpmiddelen	100%	D.14.g.
- Telecommunicatiekosten	€ 350,- per jaar	D.14.h.
- Medische advies	100% door hulpdienst	D.14.i.
- Repatriëring	100% (bij ziekte)	D.14.c.
<b>Diëtetiek</b>		<b>D.18.</b>
Diëtetiek	€ 100,- per jaar	D.18.
<b>Ergotherapie</b>		<b>D.17.</b>
Ergotherapie	2 uur per jaar tot 18 jaar	D.17.1.
Begeleiding mantelzorger bij ergotherapie	2 uur per jaar	D.17.2.
<b>Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck</b>		<b>D.16.</b>
Fysiotherapie en/of oefentherapie	9 behandelingen per jaar en 100% van een screening voorafgaand aan de behandeling	D.16.1. D.16.1.
<b>Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)</b>		<b>D.6.</b>
Lichttherapie	€ 150,- per jaar bij winterdepressie	D.6.4.
Traumaverwerking	100% bij arbeidsgerelateerde gebeurtenis	D.6.5.
<b>Huidtherapieën</b>		<b>D.10.</b>
Acnebehandeling	€ 100,- per jaar	D.10.3.
Camouflagetherapie	€ 100,- per jaar	D.10.4.
Ontharing	€ 150,- per jaar	D.10.2.
<b>Hulpmiddelen</b>		<b>D.1. en D.4.</b>
Aangepaste lingerie	€ 90,- (na borstamputatie) zolang u bij ons verzekerd bent	D.4.22.

## VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2019

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Hulpmiddelen	€ 500,- per jaar van de wettelijke eigen bijdrage of van het bedrag dat uitkomt boven de max. vergoeding van de basisverzekering	D.4.1.
Alarmering bij epilepsie	100%	D.4.20.
Hoofdbedekking	€ 75,- per jaar voor hoofdbedekking anders dan een pruik	D.4.4.b.
Plaswekker	100% bij koop of 4 maanden bij huur; eenmalig zolang u bij ons verzekerd bent	D.4.6.
Braces en bandages	€ 150,- per jaar	D.4.18.
Redressiehelm	100%	D.4.21.
<b>Mantelzorg</b>		<b>D.24.</b>
Mantelzorgcursus	€ 150,- zolang u bij ons verzekerd bent	D.24.1.
Mantelzorgvervanging	14 dagen per jaar	D.24.2.
<b>Medicijnen</b>		<b>D.3.</b>
Anticonceptie	€ 200,- per jaar vanaf 21 jaar en 100% van de wettelijke eigen bijdrage tot 21 jaar	D.3.5. D.3.2.a.
Medicijnen wettelijke eigen bijdrage	€ 50,- per jaar van de wettelijke eigen bijdrage van het geneesmiddelen vergoedingssysteem (GVS) (behalve anticonceptie)	D.3.2.b.
<b>Mondzorg</b>		<b>D.8.</b>
Mondzorg tot 18 jaar	€ 500,- per jaar voor kronen, bruggen en inlays (R-codes)	D.8.2.
Orthodontie	€ 1.000,- tot 18 jaar (75% per behandeling), zolang u bij ons verzekerd bent; € 250,- vanaf 18 jaar, zolang u bij ons verzekerd bent	D.8.1. en D.8.5. D.8.1. en D.8.5.
<b>Preventie</b>		<b>D.2.</b>
Griep prik	1x per jaar	D.2.1.a.
Vaccinaties	€ 250,- per jaar voor preventieve inenting, medicijnen, bloedonderzoek hepatitis B en mantoux-test tuberculose i.v.m. een vakantiereis	D.2.3.e.
Voedingsadvies	€ 150,- per jaar	D.2.7.
<b>Stottertherapie</b>		<b>D.5.</b>
Stottertherapie	€ 250,- per jaar voor therapiekosten	D.5.a.
<b>Verblijf</b>		<b>D.13.</b>
Hospice	€ 500,- per jaar van de eigen bijdrage	D.13.7.
Herstellingsoord	€ 500,- per jaar	D.13.6.
<b>Vervoer</b>		<b>D.12.</b>
Vervoer aanvullende kilometervergoeding	€ 0,19 per km voor vervoer per auto bovenop de vergoeding uit de basisverzekering	D.12.1.b.

## VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2019

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Vervoer auto of openbaar vervoer	€ 0,19 per km voor vervoer per auto of 100% voor openbaar vervoer 2e klasse (voor vervoer naar medisch specialistische zorg als u voor dit vervoer geen vergoeding uit de basisverzekering krijgt)	D.12.1.d.
Vervoer taxi	100%	D.12.1.c.
Vervoer wettelijke eigen bijdrage	100%	D.12.1.a.
<b>Voetzorg</b>		<b>D.4. en D.15.</b>
Voetzorg	€ 100,- per jaar voor algemene voetzorg; € 100,- per jaar voor de behandeling van ernstige bloedvatproblemen in de benen en/of bij reumatoïde artritis	D.15.1. D.15.2. en D.15.3.
Steunzolen en voetzorg hulpmiddelen	€ 100,- per jaar	D.4.8. en D.4.9.
<b>Afwijkende voorwaarden</b>		<b>C.11.</b>
Meegroeiservice		C.11.3.8.

---

## Besluit zorgverzekering

---

### 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:

(...)

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

### Artikel 2.12

1. Verblijf omvat verblijf gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 2.7, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.
2. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen.
3. In afwijking van het tweede lid tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 1.095 dagen.