

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en Onderlinge Waarborgmaatschappij
Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden
Zaak : Specialistische GGZ, regiebehandelaar, bestede tijd
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10, 11, 13
en 14 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende
ziektelkostenverzekering 2022
Zaaknummer : 202201674
Zittingsdatum : 13 september 2023

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon en mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 8 mei 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 11 mei 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 28 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 29 juni 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 26 juli 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023026209) aan de commissie meegedeeld in deze zaak geen adviesbevoegdheid te hebben. Een kopie hiervan is op 28 juli 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 september 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 20 september 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek in te gaan op enkele vragen van de commissie. Bij brief van 12 oktober 2023 heeft het Zorginstituut de commissie antwoord gegeven op de gestelde vragen. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 25 oktober 2023 gereageerd. Een kopie hiervan is op 26 oktober 2023 ter kennisname aan verzoeker gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Vrij Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. In 2021 was verzoeker verzekerd tegen ziektekosten bij een andere zorgverzekeraar. In dat jaar is hij een specialistische GGZ-behandeling gestart bij MBB Change te Zwolle. Deze behandeling werd in 2022 afgerond. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 14 juni 2022 verklaard de in dat jaar gemaakte kosten niet te vergoeden.

- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 1 augustus 2022 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 8 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de zorgaanbieder meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft, en heeft hij de zorgaanbieder gevraagd verzoeker hierover te informeren.
- 3.4. Bij brief van 26 juli 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld in deze zaak geen adviesbevoegdheid te hebben.
- 3.5. Bij brief van 12 oktober 2023 heeft het Zorginstituut geantwoord op nadere vragen van de commissie.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de in 2022 door hem gemaakte kosten van de behandeling bij MBB Change te vergoeden.
- 4.2. In dat verband heeft verzoeker erop gewezen dat de vorige zorgverzekeraar zijn akkoord heeft gegeven voor deze behandeling. Verder merkt verzoeker op dat de ziektekostenverzekeraar steeds wisselende afwijsgonden hanteert. Zo werd vergoeding aanvankelijk geweigerd omdat MBB Change onderdeel zou zijn van een fysiopraktijk en geen aanbieder van specialistische GGZ. De behandeling zou daarom niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Nadien werd als reden voor de afwijzing genoemd dat de regiebehandelaar onvoldoende zou zijn betrokken bij de behandeling. Verzoeker bestrijdt dit en tekent aan dat de ziektekostenverzekeraar alleen een factuur heeft ontvangen voor het laatste deel van de behandeling. De betrokkenheid van de regiebehandelaar is op dat moment een andere dan in het begin van het behandeltraject. Diagnostiek en behandelplan zijn immers al in de eerdere fase aan de orde geweest.
- 4.3. MBB Change werkt volgens een geldig kwaliteitsstatuut en hiernaar is ook gehandeld. De regiebehandelaar is gedurende het gehele traject bij de behandeling betrokken geweest. Zo heeft de regiebehandelaar de behandeldoelen met verzoeker besproken en deze vastgesteld. Verder was hij betrokken bij het tweewekelijkse MDO. Door de invoering van het Zorg Prestatie Model (ZPM) is de indirecte tijd van de regiebehandelaar echter niet meer zichtbaar in de declaratie. Dit verklaart het lage percentage van 3,6% directe tijd. Dat 10% als gebruikelijk wordt beschouwd binnen de beroepsgroep, zoals door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, wordt bestreden. Dit zou 5,5% zijn, en MBB Change zit hier niet ver onder. De regiebehandelaar behoudt wel degelijk toezicht, tot en met het einde van de behandeling. De eindevaluatie heeft plaatsgevonden met de regiebehandelaar. Na de daaropvolgende afronding met groepsPMT in de laatste zes weken, is er nog een individuele eindevaluatie geweest door de psycholoog, zodat eigenlijk sprake is geweest van een dubbele eindevaluatie. MBB Change beschikt over een ISO-9001-certificering, werkt doelmatig en de kwaliteit wordt door andere externe partijen, waaronder een andere zorgverzekeraar, onderschreven.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij vanuit de longafdeling van het Isala Ziekenhuis is verwezen naar MBB Change. De behandeling bij MBB Change bestond uit PMT, sociaal en maatschappelijk werk, een gesprek met de psychiater/psycholoog en gesprekken waarbij de regiebehandelaar aanwezig was. De regiebehandelaar was niet degene met wie hij regelmatig afspraken had. Met de psycholoog had hij eerst wekelijks gesprekken en later met grotere tussenpozen. De gesprekken met de regiebehandelaar vonden één keer in de maand plaats. Dit is gestart in 2021. Op een gegeven moment is hij gewisseld van zorgverzekeraar, en toen volgde het bericht dat er geen vergoeding meer werd verleend. De zorg viel volgens zijn vorige verzekeraar onder de basisverzekering. Hij had hiervoor geen voorafgaande toestemming nodig. Van de ziektekostenverzekeraar ontving hij echter afwijzingen. In eerste instantie werd gezegd dat het zou gaan om fysiotherapie. Later zijn er gesprekken geweest tussen de ziektekostenverzekeraar en MBB Change. Verzoeker benadrukt dat het ging om

een lopende behandeling, en dat hij aannam dat deze gewoon zou worden overgenomen door de ziektekostenverzekeraar.

- 4.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft, onder verwijzing naar artikel 23 van de voorwaarden van de zorgverzekering, verklaard dat het hier een niet gecontracteerde zorgaanbieder betreft. Om die reden is zijn voorafgaande toestemming vereist. Deze is geweigerd omdat geen sprake is van een BIG-geregistreeerde indicierend en coördinerend regiebehandelaar. In dit verband wijst de ziektekostenverzekeraar erop dat het grootste deel van de behandeling in 2021 plaatsvond, toen het zorgprestatie-model (ZPM) nog niet gold. De tijdsregistratie was in dat jaar dus inclusief indirecte tijd. MDO's zijn hierin gewoon zichtbaar. Inclusief indirecte tijd was de betrokkenheid van de regiebehandelaar 3,6% terwijl dit volgens de behandelsector zelf 10% moet zijn. De 5,5% waaraan wordt gerefereerd is niet onderbouwd.
- 5.2. Er is voorts geen eindevaluatie met de regiebehandelaar geweest. De behandeling is nog zes weken voortgezet met groepsPMT, en hierbij was de regiebehandelaar niet betrokken. De psycholoog kan diens plaats niet innemen. Voor de ziektekostenverzekeraar is daarnaast niet duidelijk hoe de regiebehandelaar heeft kunnen toezien op de dossiervorming gedurende slechts een halfuur in een halfjaar tijd. Dit betreft de overige gedeclareerde indirecte tijd. Een persoonlijke toelichting van de regiebehandelaar op het voorgaande werd niet ontvangen. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de uitgebrachte offerte niet in lijn met het eigen kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder, omdat hierin wordt uitgegaan van slechts eenmaal een kwartier tijd voor de regiebehandelaar. Tevens wordt afgeweken van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ en van de voorwaarden van de zorgverzekering zodat geen vergoeding van de declaratie kan plaatsvinden.
- 5.3. In het nader commentaar van 28 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog toegelicht dat de directe betrokkenheid van de regiebehandelaar in 2022 ruim minder dan 10% was, namelijk 1,5%. De regiebehandelaar heeft hierover - als gezegd - geen verdere toelichting verstrekt. Dit maakt dat de ziektekostenverzekeraar op grond van een uitspraak van de rechtbank Den Haag (ECLI: NL: RBDHA:2023:5702) de betreffende declaraties niet hoeft te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft geen informatie kunnen terugvinden dat de vorige zorgverzekeraar een machtiging zou hebben verstrekt. Ambulante GGZ zit ook niet in het VECOZO machtigingenportaal.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het gaat om de beoordeling van een verzoek om toestemming. Dit is nodig omdat zo wordt voorkomen dat een verzekerde te maken krijgt met een factuur die niet wordt vergoed. Zo kan het zijn dat de ziektekostenverzekeraar tot het oordeel komt dat de regiebehandelaar onvoldoende is betrokken. Dan kan met de verzekerde worden gekeken naar een alternatief. In de voorwaarden staat weliswaar dat dit vooraf moet, maar er is in afwijking hiervan besloten er toch inhoudelijk naar te kijken, ook al werd dit pas achteraf gevraagd. Ook uit de toelichting die verzoeker heeft gegeven, volgt dat de regiebehandelaar weinig betrokken was. Er is momenteel discussie over deze betrokkenheid binnen de GGZ. Voor de ziektekostenverzekeraar is het belangrijk dat een verzekerde goede zorg krijgt, waarbij er voldoende betrokkenheid is van een psychiater, omdat deze de expertise heeft die belangrijk is bij de behandeling. Een psycholoog mag geen regiebehandelaar zijn, tenzij het een GZ-psycholoog betreft. Dat laatste is bij verzoeker niet het geval geweest. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut schrijft voor welke eisen er gelden voor een behandeling, en GGZ-behandelaren moeten dit volgen. Het gaat hierbij om normen om de betrokkenheid vorm te geven. Dit is met de branchegroepen, de verzekeraars en de GGZ zelf vastgesteld. De rechter heeft eerder geoordeeld dat een zorgverzekeraar hierop mag varen.

Er wordt overigens niet alleen op een percentage afgegaan, maar tevens wordt gevraagd om een toelichting door de regiebehandelaar. Deze is niet gekomen, echter wel van MBB Change. Die laatste is beoordeeld, maar hieruit volgt niet dat de regiebehandelaar voldoende betrokken was. Integendeel, bij de groepsPMT was zij helemaal niet betrokken. Waarom de vorige zorgverzekeraar de kosten van de behandeling in 2021 onder de gegeven omstandigheden wel heeft vergoed, is de ziektekostenverzekeraar niet bekend.

- 5.5. Bij brief van 25 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar nog aangevoerd dat uit de brief van het Zorginstituut van 12 oktober 2023 volgt dat de invulling door de ziektekostenverzekeraar in de polisvoorwaarden van wie de GGZ zorg mag leveren in overeenstemming is met de Zorgverzekeringswet. Dit is overigens eerder ook bevestigd door de rechter. Zoals meermaals aangegeven en toegelicht, was de regiebehandelaar in dit geval niet voldoende betrokken, wat maakt dat de factuur niet voor vergoeding in aanmerking komt. Het Zorginstituut geeft een te beperkte uitleg van het begrip 'plegen te bieden'. Uit een rapport van het Zorginstituut zelf volgt namelijk dat daarvoor het volgende relevant is: *"Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, kan je o.a. kijken naar de richtlijnen van de beroepsgroepen en andere documenten van de beroepsgroep zelf of in de Wet BIG. Verder kan je kijken naar beleidsdocumenten, richtlijnen van andere bestuursorganen, kwaliteitsnormen, opleidingseisen, beroepscode's, kortom alle bronnen die iets over dit onderwerp zouden kunnen zeggen komen in aanmerking."*

Uit het Kwaliteitsstatuut (een kwaliteitsnorm) volgt dat de regiebehandelaar al diens taken en verantwoordelijkheden uit dat statuut moet uitvoeren. Oftewel de regiebehandelaar moet voldoende betrokken zijn bij de behandeling. Gelet hierop is zorg waarbij de regiebehandelaar onvoldoende betrokken is, geen zorg zoals psychiaters en klinische psychologen plegen te bieden en is deze niet conform de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut gaat in zijn brief niet in op het criterium 'de stand van de wetenschap en de praktijk'. In de rechtspraak is dit onderwerp daarentegen meermaals (naast 'plegen te bieden') aan de orde geweest. De betrokkenheid van de regiebehandelaar valt, blijkens de rechtspraak, wel degelijk onder de criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk' en de factuur mocht dus ook op die grond (onvoldoende betrokkenheid) worden afgewezen.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In zijn brief van 26 juli 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"U hebt Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) op 29 juni 2023 om advies gevraagd over het geschil tussen verzoeker en verweerder. Het Zorginstituut heeft het dossier beoordeeld. De conclusie is dat het Zorginstituut in dit geschil geen adviesbevoegdheid heeft."

Het geschil gaat over een afwijzing van de aanvraag tot vergoeding van een GGZ-behandeling bij MBB Change in Zwolle in 2022. Het onderliggend dossier dat het Zorginstituut heeft ontvangen bevat meerdere stukken van verweerder waarin meerdere afwijsgonden zijn genoemd. Daarnaast gevraagd door de SKGZ heeft verweerder op 28 juni 2023 aangegeven dat de afwijsgond inhoudt dat geen sprake is van verzekerde zorg omdat de regiebehandelaar onvoldoende betrokken is geweest bij de behandeling. Hierbij wordt verwezen naar de reactie van verweerder van 23 maart 2023 aan de Ombudsman. In die reactie gaat verweerder in op de betrokkenheid van de regiebehandelaar en de vereisten die daaraan worden gesteld op grond van artikel 23 van de polisvoorwaarden.

In de eerste afwijzende beslissing van 14 juni 2022 noemt verweerder in de toelichting ook dat niet is voldaan aan de polisvoorwaarden die betrekking hebben op de regiebehandelaar. Daarbij wordt opgemerkt dat geen sprake is van verzekerde zorg en dat niet wordt voldaan aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit wordt echter verder niet ingevuld of toegelicht.

Het Zorginstituut leidt uit het voorgaande af dat het geschil zich toespitst op de vraag of aan de polisvoorwaarden is voldaan. Verweerder heeft in het kader van de functionele prestatie-

omschrijving van artikel 2.4 Besluit zorgverzekering gebruik gemaakt van zijn bevoegdheid om in de verzekeringsovereenkomst te concretiseren tot welk type zorgverlener de verzekerde zich voor GGZ dient te wenden.

Zo geven de polisvoorwaarden aan dat sprake moet zijn van een indicerend en coördinerend regiebehandelaar die een aanmerkelijk aandeel in de behandeling en het zorgproces heeft. 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. Niet in geschil is of sprake is van verzekerde zorg en/of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Het Zorginstituut heeft daarom geen adviesbevoegdheid en brengt in dit geschil geen advies uit."

6.2. In zijn brief van 12 oktober 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier aan de orde, opgemerkt:

"Bij brief van 26 juli 2023 heeft het Zorginstituut in reactie op uw adviesaanvraag in dit geschil geconcludeerd geen adviesbevoegdheid te hebben. Het geschil gaat over een afwijzing van een aanvraag tot vergoeding van een GGZ-behandeling bij MBB Change in Zwolle. Uit het onderliggende dossier heeft het Zorginstituut afgeleid dat verweerder de aanvraag heeft afgewezen omdat de regiebehandelaar onvoldoende betrokken is geweest bij de behandeling en daarmee niet is voldaan aan artikel 23 van de polisvoorwaarden. Het is niet aan het Zorginstituut de polisvoorwaarden te beoordelen.

In uw brief van 20 september 2023 vraagt u het Zorginstituut te beoordelen of de zorg zoals die in het dossier naar voren komt, gelet op de betrokkenheid van de regiebehandelaar, zorg is zoals GGZ-behandelaren die plegen te bieden. U merkt daarbij op dat de commissie het zo begrijpt dat de aanmerkelijke betrokkenheid van de regiebehandelaar vertaald wordt als minimaal 10% en dat deze eis wordt gesteld omdat deze zorg anders niet voldoet aan de zorg die GGZ-behandelaren die plegen te bieden en daarmee geen verzekerde prestatie is.

U vraagt het Zorginstituut in feite of sprake is van geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten en klinisch-psychologen die plegen te bieden via een beoordeling over wie de zorg aan verzoeker heeft geleverd, namelijk aan de hand van de inzet van de regiebehandelaar.

Over de vraag of de verleende zorg in het geschil geneeskundige zorg is zoals medisch-specialisten (in dit geval een psychiater) en klinisch-psychologen die plegen te bieden merkt het Zorginstituut het volgende op. Verzoeker werd door MBB Zwolle behandeld in verband met een somatische symptoomstoornis. MBB Zwolle is een instelling voor gespecialiseerde GGZ en biedt behandelingen aan voor complexe, langdurige en aanhoudende klachten (ALK) en somatisch onvoldoende verklaarde klachten (SOLK); in DSM-5 termen gaat het dan om somatische symptoomstoornissen. Niet ter discussie staat dat de behandeling van somatische symptoomstoornissen tot het domein van de geneeskundige GGZ behoort. Hiermee is sprake van geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten en klinisch-psychologen die plegen te bieden. Op basis van het plegen te bieden criterium maakt de behandeling van somatische symptoomstoornissen onderdeel uit van het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Voor een bredere uitleg van dit criterium, in die zin dat hierin wordt meegewogen of de behandeling op professioneel juiste wijze is aangeboden is juridisch gezien geen plaats."

7. **Bevoegdheid van de commissie**

7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 4.6.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over specialistische GGZ en het toestemmingsvereiste 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.
- 8.2. De commissie merkt in de eerste plaats op dat verzoeker heeft gesteld dat de vorige zorgverzekeraar zijn akkoord heeft gegeven voor de onderhavige behandeling. In artikel 14, vijfde lid, Zvw is bepaald:

"Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd."

De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hem geen machtiging van de vorige zorgverzekeraar bekend is en dat het machtigingenportaal van VECOZO ook niet de mogelijkheid kent een machtiging voor Ambulante GGZ aan te vragen. Wat het door verzoeker bedoelde akkoord precies inhield, blijkt voorts niet uit de stukken. Hoewel dit onder de gegeven omstandigheden op zijn weg had gelegen, is door verzoeker geen machtiging, brief of andere uiting van de vorige zorgverzekeraar overgelegd waaruit blijkt dat toestemming voor de behandeling bij MBB Change werd verleend. Daarom blijft artikel 14, vijfde lid, Zvw in dit geval buiten toepassing, en moet het ervoor worden gehouden dat de ziektekostenverzekeraar - nu het hier gaat om een niet door hem gecontracteerde zorgaanbieder - op grond van artikel 23.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering gerechtigd was van verzoeker te verlangen dat hij schriftelijke toestemming voor (voortzetting van) de behandeling vroeg.

- 8.3. De volgende vraag die ter beantwoording voorligt, is of de gevraagde toestemming verzoeker terecht werd geweigerd. Volgens artikel 23 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op geestelijke gezondheidszorg, zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden. In deze bepaling is verder opgenomen dat sprake moet zijn van een vrijevestigde praktijk of GGZ instelling waarbij de indicierend en coördinerend regiebehandelaar alle aan hem/haar opgelegde taken en verantwoordelijkheden vanuit het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ aantoonbaar en in zijn volledigheid uitvoert. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van medebehandelaars, die bevoegd zijn om een gedeelte van de behandeling onder coördinatie van de regiebehandelaar uit te voeren. In geval van een GGZ instelling moet de indicierend en coördinerend regiebehandelaar een aanmerkelijk aandeel in de behandeling en het zorgproces hebben.
- 8.4. Het Zorginstituut heeft in zijn brief van 12 oktober 2023, naar aanleiding van een vraag van de commissie daarover, geantwoord dat verzoeker door MBB Change werd behandeld in verband met een somatische symptoomstoornis. MBB Change is een instelling voor gespecialiseerde GGZ en biedt behandelingen aan voor complexe, langdurige en aanhoudende klachten (ALK) en somatisch onvoldoende verklaarde klachten (SOLK). In DSM-5 termen gaat het dan om somatische symptoomstoornissen. Niet ter discussie staat dat de behandeling van somatische symptoomstoornissen tot het domein van de geneeskundige GGZ behoort. Hiermee is sprake van geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten en klinisch-psychologen die plegen te bieden. Voor een bredere uitleg van dit criterium is, aldus het Zorginstituut, geen plaats. De commissie merkt op dat het bij 'plegen te bieden' gaat om de domeinafbakening ten algemene. In de Nota van Toelichting bij artikel 2.4 Bzv wordt hierover opgemerkt: "Het opnemen van beroepsgroepen in de omschrijving kadert slechts de inhoud en omvang van de zorg in. Het

regelt niet dat zij de beroepsbeoefenaren zijn die de zorg voor rekening van de zorgverzekering verlenen. Zoals gezegd, is dat een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en de verzekerde. Zij maken daarover afspraken in de zorgverzekeringsovereenkomst. Dat kunnen dus andere zorgaanbieders zijn en hoeven zelfs in het geheel niet de beroepsbeoefenaren zijn die in de bepaling genoemd worden. Voor de zorg in het eerste lid kunnen dus allerlei beroepsbeoefenaren en instellingen ingeschakeld worden, bijvoorbeeld een huisarts, een verloskundige, een ziekenhuis, een psychiater, een basisarts, een bedrijfsarts, de sociaal psychiatrisch verpleegkundige en een gezondheidscentrum. Het inschakelen van beroepsbeoefenaren hoeft zich overigens, voor zover het geen voorbehouden handelingen betreft, niet te beperken tot beroepsbeoefenaren waarop de registratie en titelbescherming op grond van de Wet op de beroepen gezondheidszorg betrekking hebben." Het is om deze reden dat de commissie het Zorginstituut volgt in zijn uitleg van het criterium 'plegen te bieden'.

De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat bij onvoldoende betrokkenheid van de regiebehandelaar moet worden geconcludeerd dat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk deelt de commissie niet. In de Nota van Toelichting bij artikel 2.1 Bzv wordt over dit criterium opgemerkt: "In de tweede plaats bepaalde het ook nog eens de grenzen van de aanspraken. In deze betekenis is het gebruikelijkheids criterium voor het onderhavige besluit relevant. Bij deze betekenis slaat het woord gebruikelijk niet zozeer op de frequentie waarin een verrichting of behandelingswijze toepassing vindt. Het verklaart die zorg tot dat deel van het pakket, welke de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeken en behandelingsmogelijkheden rekent. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. In dit opzicht heeft het criterium veel gemeen met de rechtspraak welke het gebruikelijk zijn afmeet aan de houding in de kringen van de medische wetenschap en praktijkuitoefening. Het woord houding maakt duidelijk dat niet bepalend is hoe vaak bepaalde zorg toepassing vindt, doch in welke mate beroepsbeoefenaren dergelijke hulp als een professioneel juiste handelwijze beschouwen. Staat eenmaal vast dat een vorm van onderzoek of behandeling gebruikelijk is, dan is daarmee het opgenomen zijn in het verzekeringspakket een gegeven." Van de behandeling van somatische symptoomstoornissen die hier aan de orde is moet worden aangenomen dat deze als zodanig aan genoemd criterium voldoet.

Het voorgaande brengt de commissie tot de conclusie dat de vraag die dan nog moet worden beantwoord is of de desbetreffende behandeling - door deze zorgaanbieder - op professioneel juiste wijze wordt aangeboden, mede gelet op het in de verzekeringsvoorwaarden genoemde Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ en de hierin opgenomen eis dat de indicierend en coördinerend regiebehandelaar een aanmerkelijk aandeel in de behandeling en het zorgproces moet hebben.

- 8.5. Zoals de commissie in een eerdere zaak heeft overwogen (vgl. GcZ 3 september 2021, 202000620) valt uit het Kwaliteitsstatuut GGZ geen algemeen geldende kwantitatieve norm af te leiden. De beantwoording van de vraag of de regiebehandelaar een aanmerkelijk aandeel in de inhoudelijke behandeling heeft, hangt af van de in het Kwaliteitsstatuut GGZ beschreven taken van de regiebehandelaar, de verdeling van taken tussen de medebehandelaars, alsmede van de feiten en omstandigheden van het individuele geval. Uit de polisvoorwaarden blijkt niet dat een psychiater of (klinisch) psycholoog betrokken moet zijn bij de onderhavige behandeling of het opstellen van een behandelplan. In artikel 23.1 wordt verwezen naar de 'regiebehandelaar'. In de 'begripsomschrijvingen' van de verzekeringsvoorwaarden is hierover opgenomen: "Zorgverlener die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, de diagnose stelt en het behandelplan vaststelt. Daarvoor heeft hij minimaal één keer een face-to-face consult met de patiënt. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor doelmatige uitvoering van het behandelplan, door adequate afstemming en communicatie met de medebehandelaars, en toetst of de behandeldoelen worden bereikt. De regiebehandelaar evalueert de voortgang met de patiënt en stelt zo nodig het behandelplan bij.".
- Zoals uit het voorgaande blijkt, wordt het begrip 'een aanmerkelijk aandeel' in de verzekeringsvoorwaarden niet ingevuld aan de hand van een percentage. Dat moet worden uitgegaan van een betrokkenheid van de regiebehandelaar gedurende ten minste 10 % van de bestede tijd volgt voorts niet uit de jurisprudentie. Het hof Den Haag heeft de ondergrens ooit op 2% bepaald. In de door de ziektekostenverzekeraar aangehaalde uitspraak van de rechtbank Den Haag (ECLI:NL:RBDHA:2023:5702) wordt, onder verwijzing naar de arresten 'Human Concern'

en 'De Omslag' (ECLI:NL:GHDHA:2021:1063), opgemerkt dat: "een betrokkenheid van 2% de rechtbank opmerkelijk laag voorkomt, nu de gespecialiseerde GGZ per definitie is gericht op de behandeling van (zeer) complexe psychiatrische stoornissen. Om die reden wijkt de rechtbank af van dit door het hof genoemde percentage en wordt overwogen dat in het geval van een lagere betrokkenheid dan 10% kan worden getwijfeld aan de goede invulling van de taken van de psychiater". Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd dat de betrokkenheid van de psychiater, als regiebehandelaar, in het geval van verzoeker ongeveer 3,6% is geweest. Verzoeker heeft het tegendeel niet aannemelijk gemaakt. Hij heeft ter zitting verklaard dat hij de psychiater één keer heeft gezien, aan het begin van de behandeling.

De commissie overweegt dat, gelet op de verklaring van verzoeker, niet is voldaan aan de voorwaarde dat de regiebehandelaar de voortgang - tussentijds - evalueert met de patiënt en het behandelplan zo nodig bijstelt. Voorts is de commissie van oordeel dat in een geval als het onderhavige, waarbij het gaat om specialistische GGZ, gericht op de behandeling van (zeer) complexe psychiatrische stoornissen, van de regiebehandelaar een betrokkenheid mag worden verwacht in alle relevante fasen van de behandeling. Hiervan is niet gebleken. De commissie acht het bovendien opmerkelijk dat de individuele eindevaluatie, die volgde op de groepsPMT, niet heeft plaatsgevonden door de regiebehandelaar, maar door een psycholoog, niet zijnde een klinisch psycholoog. Dit alles brengt de commissie tot de conclusie dat de regiebehandelaar geen aanmerkelijk aandeel heeft gehad in de behandeling en het zorgproces, zodat niet is voldaan aan het gestelde in de verzekeringsvoorwaarden en de onderhavige zorg niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Het verzoek wordt daarom afgewezen.

Slotsom

8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 januari 2024,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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

Voor inzendtermijnen zie de voorwaarden onder 4.1.1 onder e. Voor vragen over ziekenvervoer of de logeervergoeding kunt u contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer (071) 5 825 825.

Artikel 22 Buitenland

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van (naar keuze):

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

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

Heb ik toestemming nodig?

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

Artikel 23 Geestelijke Gezondheidszorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op Geestelijke Gezondheidszorg zoals psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg is toegankelijk vanaf 18 jaar.

Wat zijn de voorwaarden?

- er moet sprake zijn van een vrijgevestigde praktijk of GGZ instelling waarbij de indicierend en coördinerend regiebehandelaar ten minste en aantoonbaar voldoet aan de voor de complexiteit van de betreffende problematiek geldende (opleidings-)vereisten en (overige) competenties zoals in het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (zie <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-landelijk-kwaliteitsstatuut>) voorgescreven;
- er moet sprake zijn van een vrijgevestigde praktijk of GGZ instelling waarbij de indicierend en coördinerend regiebehandelaar alle aan hem/haar opgelegde taken en verantwoordelijkheden vanuit het geldende Landelijk kwaliteitsstatuut GGZ aantoonbaar en in zijn volledigheid uitvoert;
- bij een GGZ instelling kan gebruik worden gemaakt van medebehandelaars. Een medebehandelaar is bevoegd om een gedeelte van de behandeling onder coördinatie van de regiebehandelaar uit te voeren;
- er moet sprake zijn van een GGZ instelling waarbij de indicierend en coördinerend regiebehandelaar een aanmerkelijk aandeel in de behandeling en het zorgproces heeft;
- er moet sprake zijn van een vrijgevestigde praktijk waarbij de indicierend en coördinerend regiebehandelaar de behandeling en het zorgproces geheel of voor het grootste gedeelte zelf uitvoert;
- uitsluitend zorgverleners die zijn opgenomen in de lijst consult registrerende beroepen of in de lijst beroepen curatieve GGZ van Zorg en Zekerheid, kunnen taken als medebehandelaar vervullen. Beide lijsten kunt u vinden op [zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten](https://www.zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten);
- de zorg wordt verleend in de praktijk of kliniek van de zorgverlener. Voor thuisbehandeling wordt een uitzondering gemaakt wanneer er sprake is van medische noodzaak;

- de zorgaanbieder beschikt over een geldig kwaliteitsstatuut op basis van het geldende 'Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ'. Het 'Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ' is opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten van Zorginstituut Nederland. De zorgaanbieders dienen het kwaliteitsstatuut aan te leveren bij www.ggzkwaliteitsstatuut.nl en integraal en aantoonbaar na te leven;
- u kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Dit is het geval als u naar een zorgaanbieder gaat waar Zorg en Zekerheid geen contract mee heeft. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen of een nota bij ons in te dienen. U moet de nota zelf bij ons indienen.

Heb ik een verwijzing nodig?

Voor de Geestelijke Gezondheidszorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg/crisis zorg.

Op de verwijsbrief moeten de volgende gegevens vermeld worden:

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

U moet ten aanzien van de periode waarvoor de verwijzing is verleend, beschikken over een geldige verwijzing, die niet ouder is dan negen maanden ten opzichte van de aanvang van de zorg.

Voor een vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is geen nieuwe verwijzing nodig, als de vervolgbehandeling binnen negen maanden na einde van de eerdere behandeling aanvangt. Wanneer de behandeling langer dan negen maanden wordt onderbroken, is er voor een vervolgbehandeling een nieuwe verwijzing nodig.

Wij volgen het 'Verwijsafspraken Geestelijke Gezondheidszorg' van het ministerie van VWS dd. 01 januari 2020. U kunt dit document vinden u op zorgzekerheid.nl/ggzdocumenten.

23.1 Ambulante geestelijke gezondheidszorg vanaf 18 jaar

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op ambulante geestelijke gezondheidszorg:

- in een vrije vestiging;
- in een GGZ-instelling;
- verzekerden die gedurende de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereiken kunnen gebruik maken van de overgangsregeling indien voortzetting of afronding onder de Zorgverzekeringswet dient plaats te vinden. Als vanwege de opgebouwde behandelrelatie de patiënt/cliënt de zorg bij de bestaande (regie)behandelaar voort wenst te zetten maar dit wordt verhinderd door de verplichting voortvloeiend uit het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, kan deze patiënt/cliënt gebruik maken van de overgangsregeling. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:
 - de patiënt/cliënt is al in zorg bij de regiebehandelaar voor diens 18e verjaardag;
 - de regiebehandelaar heeft een postmasterregistratie in het register SKJ of BIG register;
 - de voortzetting van de behandeling is gericht op afsluiting of overdracht;
 - de behandeling kent een maximale termijn van 365 dagen na de dag dat de patiënt/cliënt 18 jaar wordt;
 - voor de voortzetting van deze behandeling gelden dezelfde randvoorwaarden als onder de Jeugdwet en beleidsregels voor de curatieve GGZ.

Aanbieders die alleen op basis van deze overgangsregeling zorg verlenen onder de Zorgverzekeringswet hebben geen verplichting om een Kwaliteitsstatuut op te stellen.

Waar heb ik geen recht op?

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

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

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

- a. een verwijfsbrief van een huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts;
- b. de indicatie (de onderbouwing dat u aangewezen bent op geestelijke gezondheidszorg) inclusief DSM-5-diagnose zoals vastgesteld door de indicerend regiebehandelaar;
- c. het behandelplan zoals deze door de indicerend regiebehandelaar, in samenspraak met patiënt en eventuele medebehandelaars en geconsulteerde collega's, is op- en vastgesteld, inclusief aantal behandelminuten en de uit te voeren activiteiten;
- d. de zorgverleners en hun beroep, inclusief indicerend en coördinerend regiebehandelaar (onder vermelding van BIG-registratienummer), die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg;
- e. de zorgvraagtypering en de prestatiecode.

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

23.2 Klinische geestelijke gezondheidszorg vanaf 18 jaar**Waar heb ik recht op?**

U heeft recht op:

- opname in een GGZ-instelling, een instelling voor specialistische verslavingszorg of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste drie jaar (1.095 dagen). Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als een onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de drie jaar (1.095 dagen). Onderbrekingen wegens weekend- of vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de drie jaar (1.095 dagen);
- 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;
- de opname is medisch noodzakelijk in het kader van de behandeling;
- verzekerden die gedurende de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereiken kunnen gebruik maken van de overgangsregeling indien voortzetting of afronding onder de Zorgverzekeringswet dient plaats te vinden. Als vanwege de opgebouwde behandelrelatie de patiënt/cliënt de zorg bij de bestaande (regie)behandelaar voort wenst te zetten maar dit wordt verhinderd door de verplichting voortvloeiend uit het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, kan deze patiënt/cliënt gebruik maken van de overgangsregeling. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:
 - de patiënt/cliënt is al in zorg bij de regiebehandelaar voor diens 18e verjaardag;
 - de regiebehandelaar heeft een postmasterregistratie in het register SKJ of BIG register;
 - de voortzetting van de behandeling is gericht op afsluiting of overdracht;
 - de behandeling kent een maximale termijn van 365 dagen na de dag dat de patiënt/cliënt 18 jaar wordt;
 - voor de voortzetting van deze behandeling gelden dezelfde randvoorwaarden als onder de Jeugdwet en beleidsregels voor de curatieve GGZ.

Aanbieders die alleen op basis van deze overgangsregeling zorg verlenen onder de Zorgverzekeringswet hebben geen verplichting om een Kwaliteitsstatuut op te stellen.

Waar heb ik geen recht op?

- gespecialiseerde (verslavings)zorg waarbij resocialisatie het primaire doel betreft;
- opname op basis van een sociale indicatie (bijvoorbeeld bij het niet beschikken over huisvesting).

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- u dient vooraf schriftelijk toestemming aan te vragen als u naar een niet-gecontracteerde zorginstelling gaat voor geestelijke gezondheidszorg 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, die is vastgesteld door de indicerend regiebehandelaar;
 - c. Het behandelplan zoals door de indicerend regiebehandelaar in samenspraak met patiënt en eventuele medebehandelaars en geconsulteerde collega's is op- en vastgesteld, inclusief aantal behandelminuten en de uit te voeren activiteiten;
 - d. de zorgverleners en hun beroep, inclusief indicerend en coördinerend 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 zorgvraagtypering en de prestatiecode.
- voor verblijf dat (naar verwachting) langer duurt dan één jaar, (tweede en derde jaar verblijf) moet, voor het voortzetten van het verblijf, vooraf, te weten uiterlijk twee maanden voor afloop van het eerste verblijfsjaar, schriftelijke toestemming worden aangevraagd bij Zorg en Zekerheid.

In de toestemmingsaanvraag moet de motivatie voor de noodzaak van verblijf worden vastgelegd, evenals de verblijfsklasse 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 voortgezet verblijf aanwezig te zijn die de indicatie tot langdurig verblijf aangeeft. Een dergelijke checklist voortgezet verblijf kunt u vinden op zorgzekerheid.nl/ggzdocumenten.

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

Artikel 24 Ketenzorg

24.1 Ketenzorg

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van multidisciplinaire gecoördineerde zorg, ook wel ketenzorg genoemd, als u een specifieke chronische aandoening heeft.

Welke kosten worden niet vergoed?

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

Wat zijn de voorwaarden?

De ketenzorg wordt geleverd bij een specifieke chronische aandoening (COPD, astma, CVRM en diabetes mellitus type 2). De huisarts is de hoofdbehandelaar en de zorg wordt door verschillende zorgverleners op een gecoördineerde wijze geleverd en is conform de vastgestelde zorgstandaard van de desbetreffende aandoening.

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

24.2 Voetzorg buiten de keten

Wat wordt er vergoed?

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

Heb ik een verwijzing nodig?

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

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

Artikel 25 Stoppen met roken

Wat wordt er vergoed?

Deze zorg omvat geneeskundige zorg gericht op gedragsverandering met als doel te stoppen met roken. Wij vergoeden de kosten van geneesmiddelen die zijn voorgeschreven als onderdeel van het programma. U kunt het programma alleen volgen of in een groep.

Wat zijn de voorwaarden?

- Wij vergoeden de kosten van één stoppen-met-roken-programma per kalenderjaar;
- de zorgaanbieder moet in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken vermeld staan.