

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten
Zaak : Geestelijke gezondheidszorg (GGZ), niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hoogte vergoeding, informatieplicht
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021 artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017), 'Regeling transparantie zorgaanbieders (TH/NR-018)'
Zaaknummer : 202200547
Zittingsdatum : 8 februari 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten,
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 27 juli 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 19 augustus 2022 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 20 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 21 september 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 februari 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Topfit, ONVZ Wereldfit en ONVZ Tandfit Preventief (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft in 2021 zorg ontvangen van een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde psychotherapeut. De hiermee samenhangende kosten, ten bedrage van € 8.934,69, zijn door de psychotherapeut bij factuur van 31 december 2021 bij verzoekster in rekening gebracht. Verzoekster heeft deze factuur ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft door middel van een declaratieoverzicht aan verzoekster meegedeeld dat hij € 5.966,95 vergoedt en dat het resterende bedrag van € 2.967,74 voor rekening van verzoekster blijft.

3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 22 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. **Standpunt verzoekster**

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan haar een hogere vergoeding dan € 5.996,95 moet toekennen.

4.2. Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar haar heeft misleid door haar onvoldoende te informeren over de wijzigingen in de dekking van de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2021. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster meegedeeld dat er vanaf deze datum een maximale vergoeding zou gaan gelden voor GGZ. Hierop heeft verzoekster telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en gevraagd wat dit in haar specifieke geval zou betekenen. Hierover kon de ziektekostenverzekeraar haar toen niet informeren. Er werd slechts ten algemene gesteld dat de maximale vergoeding was gebaseerd op het marktconforme tarief. Navraag bij de zorgaanbieder leerde verzoekster dat deze haar tarieven baseerde op de tarieven van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Zij was dan ook in de veronderstelling dat de nota volledig zou worden vergoed. Dit blijkt achteraf echter niet het geval te zijn. Er wordt slechts 70%-75% van de factuur vergoed, omdat verzoekster zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder heeft gewend.

Op 30 december 2021 heeft verzoekster opnieuw telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en gevraagd naar de hoogte van de vergoeding in 2022. Aan haar is toen gezegd dat de declaratiecodes die zij noemde niet werden herkend, zodat deze informatie niet kon worden gegeven. Deze declaratiecodes zijn vermeld op de factuur van 31 december 2021 die - kort daarna - zonder problemen is afgehandeld. Ook hieruit blijkt dat de ziektekostenverzekeraar haar niet goed heeft geïnformeerd. Op basis van het gesprek van 30 december 2021 heeft verzoekster besloten de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2022 op te zeggen. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar, gelet op de hiervoor weergegeven gang van zaken, is tekortgeschoten in zijn informatieplicht jegens haar. Dat de ziektekostenverzekeraar geen gespreksnotities heeft gemaakt van de telefoongesprekken is daarbij niet aan haar te wijten.

4.3. Verder heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar er ten onrechte aan voorbij gaat dat er wachtlijsten zijn binnen de GGZ tot soms wel 10 maanden. Het is dan ook niet zo dat zij zich zonder meer tot een - al dan niet gecontracteerde - zorgaanbieder kan wenden. Daarbij geldt overigens dat er een 'klik' moet bestaan tussen haar en de zorgaanbieder, gelet op de aard en omvang van de zorg waarop zij is aangewezen. Niet kan worden aangenomen dat dit bij iedere zorgaanbieder het geval is.

4.4. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat zij op 18 augustus 2020 door de ziektekostenverzekeraar is geïnformeerd dat met ingang van 1 januari 2021 een wijziging zou komen ten aanzien van de vergoeding van GGZ. In vervolg hierop heeft verzoekster zowel op 31 augustus 2020 als op 1 september 2020 telefonisch contact gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens deze contacten is verzoekster alleen verteld dat de vergoeding volgens de marktconforme tarieven zou zijn. Dit laatste heeft verzoekster besproken met de behandelaar en die heeft haar toen verteld dat zij declareert volgens de tarieven die door de NZa zijn vastgesteld. Verder geldt dat de behandelaar van verzoekster haar later heeft geadviseerd goed te kijken naar de vergoedingen omdat deze zijn gewijzigd. Uiteindelijk heeft verzoekster op 30 december 2021 nogmaals telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar teneinde naar de vergoedingen te informeren. Ook toen kon deze haar geen duidelijkheid verschaffen.

4.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen recht heeft op een andere of hogere vergoeding dan reeds aan haar is toegekend. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertoe aangevoerd dat hij verzoekster bij e-mailberichten van 17 augustus 2020 en 11 november 2020 heeft geïnformeerd over de wijziging in de dekking van GGZ met ingang van 1 januari 2021. In de e-mailberichten wordt vermeld dat er maximale vergoedingen gaan gelden voor verzekerden die zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wenden en dat deze maximale vergoedingen te raadplegen zijn op de website. Hiermee heeft de ziektekostenverzekeraar voldaan aan de informatieplicht die op hem rust jegens verzoekster.
- 5.2. Verzoekster heeft gesteld dat zij verschillende telefoongesprekken met de ziektekostenverzekeraar heeft gevoerd over de vergoeding van GGZ. Van deze gesprekken zijn echter geen notities gemaakt. Het staat om die reden niet vast dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster bij die gelegenheden onjuist of onvolledig heeft geïnformeerd.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop toegelicht dat hij in 2020 heeft besloten met ingang van 1 januari 2021 maximale vergoedingen te gaan hanteren voor GGZ en wijkverpleging. Om alle verzekerden hierover te informeren is in augustus 2020 een mailing verstuurd. In november 2020 zijn alle verzekerden nogmaals benaderd en ook op de website van de ziektekostenverzekeraar is toen een bericht geplaatst. De concrete vergoedingen waren vanaf 12 november 2020 zichtbaar op de website. De ziektekostenverzekeraar deelt het standpunt van verzoekster dat zij niet goed zou zijn geïnformeerd dan ook niet. Op 30 december 2021 heeft tussen de ziektekostenverzekeraar en verzoekster geen telefonisch contact plaatsgevonden, maar een chatgesprek. Tijdens de chat is gevraagd naar de vergoeding van gespecialiseerde GGZ in 2022. Ondanks het feit dat de betreffende medewerker niet kon vertellen wat de exacte vergoeding was, heeft hij hierbij wel verwezen naar de informatie op de website. Het is niet gebleken dat aan verzoekster bij die gelegenheid onjuiste of onvolledige informatie is gegeven.
- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 79 van de algemene regels van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op GGZ en de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Ook zijn de relevante bepalingen uit de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraar aan consumenten (TH/NR-017)' en de 'Regeling transparantie zorgaanbieders (TH/NR-018)' van de Nederlandse Zorgautoriteit hierin vermeld. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 7.2. Op pagina 148 e.v. van de voorwaarden van de zorgverzekering is geregeld wanneer en onder welke voorwaarden GGZ wordt vergoed. In de voorwaarden is tevens bepaald dat als een verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder er een maximale vergoeding geldt, die is opgenomen in een overzicht. In dit overzicht 'Maximale vergoedingen niet-gecontracteerde ggz 2021' (hierna: het overzicht), dat is te vinden op de website van de ziektekostenverzekeraar, is per prestatiecode vermeld welke vergoeding hiervoor geldt.
- 7.3. Het staat vast dat verzoekster zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder heeft gewend en daar GGZ heeft afgenomen. Dit betekent dat zij - overeenkomstig de hiervoor genoemde verzekeringsvoorwaarden - recht heeft op een door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde maximumvergoeding. Uit de factuur van 31 december 2021 blijkt dat ten behoeve van verzoekster declaratiecode 10B846 is gedeclareerd. In het overzicht is vermeld dat hiervoor een maximale vergoeding van € 5.966,95 geldt. Deze vergoeding is door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster toegekend.
- 7.4. De vraag die vervolgens moet worden beantwoord is of de ziektekostenverzekeraar - in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden - een andere of hogere vergoeding aan verzoekster moet toekennen. In dit verband heeft verzoekster in de eerste plaats gesteld dat de ziektekostenverzekeraar haar onvolledig, dan wel onjuist heeft geïnformeerd over de wijzigingen in de dekking van GGZ vanaf 1 januari 2021. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie het volgende.
- 7.5. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten met ingang van 1 januari 2021 een maximale vergoeding toe te kennen aan verzekerden die zich voor GGZ tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wendden. Dit is een wijziging die voor zijn verzekerden nadelig kan zijn. In dat geval geldt dat de ziektekostenverzekeraar een dergelijke wijziging mag realiseren, mits hij zijn verzekerden hierover tijdig informeert. Dit moet hij doen door de wijziging te vermelden op zijn website en in het prolongatiepakket, omdat het hier een wijziging met ingang van 1 januari 2021 betreft. Het voorgaande volgt uit artikel 9 van de destijds toepasselijke 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017)' van de Nederlandse zorgautoriteit (hierna: de regeling). De ziektekostenverzekeraar heeft aan voornoemde voorwaarden voldaan. Enerzijds door verzoekster bij e-mailberichten van 17 augustus 2020 en 11 november 2020 rechtstreeks op de hoogte te brengen van de wijzigingen in de dekking van GGZ met ingang van 1 januari 2021 en anderzijds door deze wijzigingen op te nemen op zijn website. Daarbij merkt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar verschillende hyperlinks in voornoemde e-mailberichten heeft opgenomen, die naar de relevante informatie op de website leiden. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar gesteld, en door verzoekster is niet weersproken, dat eerder genoemd overzicht vanaf 12 november 2020 op de website stond. Voor zover de informatie op de website voor verzoekster onvoldoende duidelijk was, met name in relatie tot de mededeling dat voor de zorg een tarief in rekening zou worden gebracht dat is gebaseerd op de tarieven van de NZa, had zij dit kunnen bespreken met haar behandelaar. Op de zorgaanbieder rust ter zake namelijk een informatieplicht, en wel op grond van artikel 4 van de 'Regeling transparantie zorgaanbieders (TH/NR-018)' van de NZa.
- 7.6. Verzoekster heeft voorts gesteld dat zij meerdere keren telefonisch contact heeft gehad met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. Volgens verzoekster is haar tijdens deze contacten meegedeeld dat de vergoeding 'marktconform' zou zijn. Uit deze informatie heeft verzoekster begrepen dat een groot deel van de kosten van de behandeling door de ziektekostenverzekeraar zou worden vergoed. Nu het tegendeel waar blijkt te zijn, stelt verzoekster dat zij onjuist of onvolledig is geïnformeerd.

De commissie overweegt dat het aan verzoekster is dit laatste aannemelijk te maken. De commissie sluit niet uit dat verzoekster telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar over de vergoeding van GGZ. Het is voor de commissie echter niet mogelijk objectief vast te stellen wat er tijdens deze contacten precies is besproken. Van de gesprekken zijn namelijk geen gespreksnotities gemaakt door de ziektekostenverzekeraar dan wel verzoekster. De gesprekken zijn ook niet op een andere manier (schriftelijk) vastgelegd. Het chatgesprek met verzoekster van 30 december 2021 is wel vastgelegd, maar dit vond een jaar na het inwerking treden van de wijziging plaats. Overigens is door de ziektekostenverzekeraar gesteld, en door verzoekster niet weersproken, dat haar tijdens dit chatgesprek is gewezen op de informatie op de website van de ziektekostenverzekeraar. Gelet op het voorgaande oordeelt de commissie dat niet aannemelijk is gemaakt dat verzoekster door de ziektekostenverzekeraar onjuist of onvolledig is geïnformeerd over de vergoeding.

- 7.7. Verzoekster heeft verder nog aangevoerd dat zij zich niet zonder meer tot een andere (gecontracteerde) zorgverlener had kunnen wenden, vanwege de wachtlijsten die in de GGZ bestaan en omdat een 'klik' met de zorgverlener voor de zorg die zij nodig had van groot belang was. Wat hiervan ook zij, deze omstandigheden kunnen niet ertoe leiden dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoekster een andere of hogere vergoeding toe te kennen voor de zorg die zij heeft genoten.

Slotsom

- 7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 maart 2023,

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

Artikel 4 Informatieverstrekking

1. De zorgaanbieder informeert de consument over datgene dat voor de consument van belang is om een weloverwogen keuze te maken om zorg te vergelijken en te ontvangen.
2. De zorgaanbieder informeert de consument over prestaties die geleverd worden.
3. De zorgaanbieder informeert de consument over tarieven die voor de consument van belang zijn.
4. De zorgaanbieder geeft aan of de te leveren prestaties of diensten onder de verzekerde aanspraak van de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg vallen.
5. De zorgaanbieder informeert de consument over eventuele eigen betalingen.
6. In geval van doorverwijzing voor vervolgzorg adviseert de zorgaanbieder de consument zo objectief mogelijk. Daarbij wijst de zorgaanbieder de consument op zijn keuzevrijheid.
7. De zorgaanbieder maakt wachttijden inzichtelijk.
8. Bij het openbaren van kwaliteitsinformatie die betrekking heeft op zorg, maakt de zorgaanbieder voor de consument inzichtelijk op welke wijze deze informatie tot stand is gekomen.

9. Wijzigingen in de polisvoorwaarden

1. De ziektekostenverzekeraar informeert de verzekerde tijdig over wijzigingen ten nadele van de verzekerde in de polisvoorwaarden.
2. De ziektekostenverzekeraar vermeldt alle onder artikel 9.1 bedoelde wijzigingen op de website, en in het prolongatiepakket wanneer het gaat om wijzigingen per 1 januari.

Psychische zorg Vergoedingen

Generalistische basis-ggz
Gespecialiseerde ggz

Generalistische basis-ggz

Als u lichte psychische problemen heeft.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg Anders beperkte vergoeding Bij (vermoeden van) psychische stoornis
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	€ 500 bij aanpassingsstoornis en werk- en relatieproblemen Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 1.000 bij aanpassingsstoornis en werk- en relatieproblemen Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 1.500 bij aanpassingsstoornis en werk- en relatieproblemen Max. per kalenderjaar

Wat u vergoed krijgt

Bij psychische problemen is uw huisarts of de bedrijfsarts het eerste aanspreekpunt. Als die een psychische stoornis vermoedt, verwijst hij u door voor generalistische basis-ggz. Of bij ernstige klachten, voor gespecialiseerde ggz.

De vergoeding die u nu leest, gaat over generalistische basis-ggz. De behandeling bestaat meestal uit gesprekken, met bijvoorbeeld een gz-psycholoog¹ of psychotherapeut. Ook een internetbehandeling is mogelijk.

U krijgt altijd een regiebehandelaar. Die is voor u (en uw naasten) het eerste aanspreekpunt. De regiebehandelaar stelt een diagnose, maakt samen met u een behandelplan, en behandelt u. Hij kan daarnaast andere behandelaars inzetten. Uw regiebehandelaar zorgt dan voor een goede samenwerking en afstemming. Hij beheert ook uw dossier. Wie regiebehandelaar mogen zijn, staat hieronder bij 'Hier kunt u terecht'.

De **basisverzekering** vergoedt generalistische basis-ggz vanaf 18 jaar, als er een vermoeden is dat u een psychische stoornis heeft of als zo'n stoornis al is vastgesteld.

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. Dan vergoeden wij de zorg volledig. In onze Zorgzoeker² ziet u met welke zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan vergoeden wij tot een maximaal bedrag. Hoe hoog de vergoeding is, hangt af van de zorg die u krijgt. De maximale vergoedingen staan in een overzicht³. Alles hierboven betaalt u zelf. Dit geldt niet voor zorg uit de aanvullende verzekering.

De basisverzekering vergoedt niet: behandeling van werkproblemen⁴, relatieproblemen en aanpassingsstoornissen⁵.

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden de behandeling van werk- of relatieproblemen en aanpassingsstoornissen, voor alle leeftijden. De vergoeding is bij alle zorgverleners volledig, maar er geldt wel een maximale vergoeding per kalenderjaar. Die bedragen staan bovenaan deze vergoeding.

¹ Ook: gezondheidszorgpsycholoog

² Zie hiervoor: zorgzoeker.onvz.nl

³ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

⁴ Bijvoorbeeld burn-out en overspannenheid

⁵ Daarvan is sprake als iemand moeite heeft om zich op emotioneel gebied aan te passen aan een veranderde situatie, bijvoorbeeld na een overlijden of echtscheiding

Hier kunt u terecht

Voor zorg uit de basisverzekering :

- zelfstandige zorgverlener met nummer 1, 2, 3 of 4 hieronder
- ggz-instelling, bij een regiebehandelaar met nummer 1, 2, 3, 4, 5, 6 of 7 hieronder

Voor zorg uit de aanvullende verzekering:

- zorgverleners met nummer 1, 2, 3, 8 of 9 hieronder

1. gz-psycholoog¹
2. klinisch psycholoog
3. psychotherapeut
4. klinisch neuropsycholoog
5. verpleegkundig specialist ggz
6. bij dementie: specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater
7. bij verslaving of gokproblematiek: verslavingsarts
8. kinder- of jeugdpsycholoog, geregistreerd bij NIP of SKJ
9. orthopedagoog-generalist

Overgangsregeling 18-jarigen

Ggz tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet. Die kent andere regiebehandelaars dan de basisverzekering. Als het nodig is dat een behandeling ook na uw 18e verjaardag nog doorloopt bij de 'oude' regiebehandelaar (een kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist) dan vergoeden wij dat, voor maximaal 12 maanden. Langer mag niet van de overheid. In die tijd kan de behandeling afgerond worden, of overgedragen aan een basisverzekering-regiebehandelaar.

Dit wordt niet vergoed

- behandeling van vliegangst
- behandeling van leerstoornissen, zoals dyslexie
- opname
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het overzicht therapieën ggz²
- als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen contract hebben, krijgt u een maximale vergoeding. Rekent uw zorgverlener een hoger bedrag, dan betaalt u het verschil zelf. Dit geldt niet voor zorg uit de aanvullende verzekering

Andere vergoedingen

Soms kan de huisarts u zelf helpen. Dan geldt de vergoeding Psychische zorg bij de huisarts.

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor generalistische basis-ggz die onder de basisverzekering valt

Meestal bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg

Hoe dat werkt, staat hierboven onder 'Wat u vergoed krijgt'.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de zorgverlener gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts of SEH-arts³. Als het gaat om een aanpassingsstoornis (alleen aanvullende verzekering) mag de verwijzing ook van een jeugdarts komen. Bij acute zorg⁴ is geen verwijzing nodig.

Als u onder behandeling bent in de gespecialiseerde ggz, dan kan uw regiebehandelaar⁵ u ook verwijzen naar de generalistische basis-ggz. U hoeft dan niet eerst langs uw huisarts.

Controleer of uw zorgverlener een contract met ons heeft

In onze Zorgzoeker⁵ kunt u nakijken of uw zorgverlener een contract met ons heeft. Zoekt u een zorgverlener? Dan vindt u met de Zorgzoeker ook eenvoudig een zorgverlener in de buurt. U kunt ook contact opnemen met ons Service Center. Wij helpen u graag.

¹ Ook: gezondheidszorgpsycholoog

² Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

³ Spoedeisende hulp arts

⁴ Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

⁵ Zie hiervoor: zorgzoeker.onvz.nl

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Een psychische stoornis volgens de DSM

De basisverzekering vergoedt ggz, maar alleen als u een psychische stoornis heeft, of als uw zorgverlener dat vermoedt. Alle psychische stoornissen staan in de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', DSM. Dit is een internationale standaard voor de indeling van psychische stoornissen. DSM-5 is de nu gebruikte versie.

Uw zorgverlener moet een kwaliteitsstatuut hebben

Daar staat in aan welke kwaliteitseisen de zorgverlener voldoet, en hoe de zorg er is geregeld. U vindt het kwaliteitsstatuut op de website van de zorgverlener.

Uw zorgverlener moet uw klachten in 1 aaneengesloten traject behandelen

Wij kijken daarom of uw zorgverlener per 12 maanden niet meer dan 1 traject in rekening brengt. Een tweede traject binnen die 12 maanden vergoeden wij alleen als u opnieuw een verwijzing heeft voor nieuwe, andere klachten, of voor een onverwachte terugval.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de generalistische basis-ggz die klinisch psychologen normaal gesproken verlenen en waarvan de effectiviteit is bewezen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Wachtlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

U kunt onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. De ZorgConsulent is er ook voor andere vormen van zorgbemiddeling. Of voor hulp bij het kiezen van een zorgverlener.

Gespecialiseerde ggz

Als u ernstige psychische problemen heeft.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg Anders beperkte vergoeding Bij (vermoeden van) psychische stoornis
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u vergoed krijgt

Bij ernstige psychische problemen krijgt u een verwijzing voor gespecialiseerde ggz. De behandeling bestaat vaak uit gesprekken met bijvoorbeeld een psychiater of psychotherapeut. Als dat nodig is, wordt u opgenomen in een ggz-instelling of op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

U krijgt altijd een regiebehandelaar. Die is voor u (en uw naasten) het eerste aanspreekpunt. De regiebehandelaar stelt een diagnose, maakt samen met u een behandelplan, en behandelt u. Hij kan daarnaast andere behandelaars inzetten. Uw regiebehandelaar zorgt dan voor een goede samenwerking en afstemming. Hij beheert ook uw dossier. Wie regiebehandelaar mogen zijn, staat hieronder bij 'Hier kunt u terecht'.

De basisverzekering vergoedt gespecialiseerde ggz vanaf 18 jaar.

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. Dan vergoeden wij de zorg volledig. In onze Zorgzoeker¹ ziet u met welke zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan vergoeden wij tot een maximaal bedrag. Hoe hoog de vergoeding is, hangt af van wat voor zorg u krijgt. En van uw diagnose. De maximale vergoedingen staan in een overzicht². Alles hierboven betaalt u zelf.

¹ Zie hiervoor: zorgzoeker.onvz.nl

² Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

Is opname nodig voor een goed resultaat van de behandeling? Dan vergoedt de basisverzekering die ook. Met daarbij, als dat nodig is: verpleging en verzorging, paramedische zorg¹, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Krijgt u tijdens de opname ook dagbesteding? Dan vergoeden wij ook die dagbesteding en het vervoer daar naartoe.

Hier kunt u terecht

- zelfstandige zorgverlener met nummer 1, 2, 3 of 4 hieronder
- ggz-instelling of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Daar mag uw regiebehandelaar elk van de 8 zorgverleners hieronder zijn. Bij een behandeling met opname is uw regiebehandelaar in principe nummer 1 of 4. Zij mogen toestemming geven dat u de regiebehandelaar van voor uw opname houdt
 1. klinisch psycholoog
 2. psychotherapeut
 3. klinisch neuropsycholoog
 4. psychiater
 5. gz-psycholoog²
 6. verpleegkundig specialist ggz
 7. bij dementie: specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater
 8. bij verslaving of gokproblematiek: verslavingsarts

Overgangsregeling 18-jarigen

Ggz tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet. Die kent andere regiebehandelaars dan de basisverzekering. Als het nodig is dat een behandeling ook na uw 18e verjaardag nog doorloopt bij de 'oude' regiebehandelaar (een kinder- en jeugdpsycholoog, orthopedagoog-generalist of gz-psycholoog) dan vergoeden wij dat, voor maximaal 12 maanden. Langer mag niet van de overheid. In die tijd kan de behandeling afgerond worden, of overgedragen aan een basisverzekering-regiebehandelaar.

Dit wordt niet vergoed

- behandeling van eenvoudige psychische stoornissen die in de generalistische basis-ggz of met psychische zorg bij de huisarts kunnen worden behandeld
- behandeling van werkproblemen³, relatieproblemen en aanpassingsstoornissen⁴
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het overzicht therapieën ggz⁵
- als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen contract hebben, krijgt u een maximale vergoeding. Rekent uw zorgverlener een hoger bedrag, dan betaalt u het verschil zelf

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor gespecialiseerde ggz geldt het eigen risico.

Meestal bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg

Hoe dat werkt, staat hierboven onder 'Wat u vergoed krijgt'.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de zorgverlener gaat, moet u een gerichte verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts, een medisch specialist of SEH-arts⁶. Dit betekent dat de huisarts of medisch specialist vindt dat de gespecialiseerde ggz de meest geschikte behandelvorm is. Bij acute zorg⁷ is geen verwijzing nodig.

Als u onder behandeling bent in de generalistische basis-ggz, dan kan uw regiebehandelaar u ook doorverwijzen naar de gespecialiseerde ggz. U hoeft dan niet eerst langs de huisarts.

Controleer of uw zorgverlener een contract met ons heeft

Als uw zorgverlener geen contract met ons heeft, krijgt u een lagere vergoeding. In onze Zorgzoeker⁸ kunt u nakijken of uw zorgverlener een contract met ons heeft. Zoekt u een zorgverlener? Dan vindt u met de Zorgzoeker ook eenvoudig een zorgverlener in de buurt. U kunt ook contact opnemen met ons Service Center. Wij helpen u graag.

¹ Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek

² Ook: gezondheidszorgpsycholoog

³ Bijvoorbeeld burn-out en overspannenheid

⁴ Daarvan is sprake als iemand moeite heeft om zich op emotioneel gebied aan te passen aan een veranderde situatie, bijvoorbeeld na een overlijden of echtscheiding

⁵ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

⁶ Spoedeisende hulp arts

⁷ Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

⁸ Zie hiervoor: zorgzoeker.onvz.nl

Voor opname korter dan 1 jaar moet u ons soms vooraf toestemming vragen

Dit geldt alleen voor behandeling met opname van een aan alcohol gebonden stoornis, een aan overige middelen gebonden stoornis of een eetstoornis.

Of u dan toestemming moet vragen hangt af van de zorgverlener die u kiest. Er zijn 2 mogelijkheden.

1. Heeft uw zorgverlener een contract met ons? Dan hoeft u niets te doen. Met die zorgverleners hebben wij afspraken over de toestemming.
2. Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan moet u vooraf toestemming¹ bij ons vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de zorg niet. Uw zorgverlener kan de toestemming voor u vragen.

Voor verlenging van een opname na 1 jaar moet u ons altijd vooraf toestemming vragen

Blijft u langer dan een jaar opgenomen? Dan moet u daarvoor uiterlijk in de 10e maand van uw opname toestemming¹ aan ons vragen. Meestal regelt uw zorgverlener dat voor u.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Een psychische stoornis volgens de DSM

De basisverzekering vergoedt ggz, maar alleen als u een psychische stoornis heeft, of als uw zorgverlener dat vermoedt. Alle psychische stoornissen staan in de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', DSM. Dit is een internationale standaard voor de indeling van psychische stoornissen. DSM-5 is de nu gebruikte versie.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de gespecialiseerde ggz die psychiaters en klinisch psychologen normaal gesproken verlenen en waarvan de effectiviteit is bewezen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uw zorgverlener moet een kwaliteitsstatuut hebben

Daar staat in aan welke kwaliteitseisen de zorgverlener voldoet, en hoe de zorg er is geregeld. U vindt het kwaliteitsstatuut op de website van de zorgverlener.

Let op bij opname in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor gespecialiseerde ggz en opname dan in Nederland. Daardoor krijgt u misschien niet alles vergoed. Neemt u vooraf contact op met ons Service Center. Dan voorkomt u vervelende (financiële) verrassingen achteraf.

¹ www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

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

Artikel 2.4

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

- is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslaptte 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 agenese 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 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.