

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Rusland, geestelijke gezondheidszorg, acute zorg, verwijzing
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4, 2.12 Bzv
Zaaknummer : 202101492
Zittingsdatum : 7 september 2022

1. Partijen

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

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, hierna gezamenlijk te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 9 maart 2022 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan. Op 11 april 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 27 mei 2022 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 31 mei 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 13 juli 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022022024) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 14 juli 2022 aan partijen gestuurd. Bij brief van 25 juli 2022 heeft de zorgverzekeraar op het desbetreffende advies gereageerd. Een kopie hiervan is aan verzoeker 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 zorgverzekeraar zijn op 7 september 2022 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.
- 2.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoeker in de gelegenheid gesteld een kopie over te leggen van zijn vliegtickets. Bij e-mailbericht van 11 oktober 2022 heeft verzoeker de commissie meegedeeld dat hij deze informatie niet kan aanleveren. Een kopie van dit e-mailbericht is aan de zorgverzekeraar gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting, de reactie van de zorgverzekeraar van 25 juli 2022 alsmede de reactie van verzoeker van 11 oktober 2022 zijn eveneens op 11 oktober 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 13 juli 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 17 oktober 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoeker is van 20 november 2020 tot en met 22 december 2020 opgenomen geweest in de Doctor SAN clinic in Sint Petersburg, Rusland. De met deze opname gemoeide kosten (totaal RUB 563.130,-) heeft verzoeker bij de zorgverzekeraar gedeclareerd.
- 3.3. Nadat verzoeker de zorgverzekeraar desgevraagd extra informatie had doen toekomen heeft laatstgenoemde bij brief van 20 april 2021 afwijzend beslist op het verzoek om vergoeding.
- 3.4. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 10 mei 2021 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 13 juli 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn voorlopig advies aan de commissie, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"(...) Voor de behandeling met ECT worden nieuwe patiënten in Nederland, zeker tijdens de eerste paar sessies, in het algemeen opgenomen. Afhankelijk van de ernst van de psychiatrische klachten, de ernst van de bijwerkingen en de thuissituatie kunnen patiënt en behandelend arts na de eerste paar sessies samen besluiten om de behandeling in de vorm van dagbehandeling voort te zetten, maar dit is zeker geen regel. In het algemeen kan dan ook worden gesteld dat voor de duur van een behandeling met ECT sprake is van medisch noodzakelijk verblijf. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan dan ook geconcludeerd worden dat er in de situatie van verzoeker sprake is van medisch noodzakelijk verblijf.

(...)

Spoedeisende zorg

In het dossier zitten verschillende verklaringen over de situatie ten aanzien van de vraag of er wel of niet sprake was van een crisissituatie (zeer korte verklaring dienstdoende arts en uitgebreidere verklaring kliniekarts). Deze verklaringen hoeven echter niet met elkaar in strijd te zijn. Mogelijk dat het uitzicht op opname tijdens het opnamegesprek heeft geleid tot het verdwijnen van de zelfmoordgedachten.

Verzoeker heeft verklaard dat het achteraf opvragen van stukken in Rusland niet gemakkelijk is geweest. Ook moesten de stukken vervolgens worden vertaald. Het dossier is op onderdelen ontoereikend of onvolledig. Op grond van de in het dossier beschikbare medische verklaringen kan niet uitgebreid worden onderbouwd dat er sprake was van een crisissituatie, maar ook niet dat er geen sprake was van een crisissituatie.

In het dossier van de Russische arts staat dat "volgens de normen voor het verlenen van gespecialiseerde medische zorg voor de hoofddiagnose "Recidiverende depressieve stoornis" de behandeling gedurende 30 dagen in een ziekenhuisomgeving [moet] worden uitgevoerd (Besluit van het ministerie van Gezondheidszorg van Rusland van 29 december 2012)". Voor het Zorginstituut is niet te toetsen wat de onderbouwing is van deze norm binnen de context van de Russische gezondheidszorg. In algemene zin is wel bekend dat psychiatrische behandelingen in Rusland veel vaker klinisch worden uitgevoerd dan in Nederland, waar een relatief goed ontwikkelde ambulante GGZ bestaat. De norm voor een medisch noodzakelijk verblijf zal naar verwachting in Rusland dan ook minder streng zijn dan in Nederland en van invloed zijn op het advies van de arts aan verzoeker over de meest passende behandeling.

Omdat verzoeker zich al op 12 november 2020 (dus voor opname) tot de kliniek zou hebben gewend, trekt verweerder de verklaring van verzoeker in twijfel, dat er werkelijk sprake zou zijn

geweest van een onvoorziene noodsituatie. Deze datum wordt genoemd in het eindverslag van de doctor SAN kliniek d.d. 22 december 2020. In het eindverslag worden enkele consultaties genoemd die tijdens de opname hebben plaatsgevonden. De consultaties bij de neuroloog en cardioloog hebben respectievelijk op 21 november en 20 november 2020 plaatsgevonden. De consultatie waarop verweerder doelt betreft: "Arts (12.11.2020) Chronische gastritis zonder exacerbatie". Het is echter niet logisch dat dit onderzoek ruim een week voor de opname zou hebben plaatsgevonden en dit wordt gestaafd door de ontslagdiagnose waarbij diagnose 'chronische gastritis zonder exacerbatie' als bijkomende diagnose bij de primaire diagnose 'recidiverende depressie' wordt benoemd.

Conclusie

De keuze om direct ECT te geven na in het verleden meerdere medicatiestappen met onvoldoende effect en ook al eerder ECT te hebben geprobeerd, is conform de Richtlijn Electroconvulsietherapie (ECT). Voor het ondergaan van ECT-behandeling is in het algemeen sprake van medisch noodzakelijk verblijf. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan dan ook geconcludeerd worden dat er sprake is van medisch noodzakelijk verblijf.

Het Zorginstituut heeft geen adviesbevoegdheid met betrekking tot de spoedeisendheid van de opname. Het Zorginstituut kan op basis van een dossier niet beoordelen of er een acute noodzaak was voor opname.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan worden geconcludeerd dat voor het ondergaan van ECT-behandeling sprake is van medisch noodzakelijk verblijf."

4. Het geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten, verbonden aan de in Sint Petersburg uitgevoerde behandelingen en het verblijf aldaar, te vergoeden.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

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

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker heeft toegelicht dat hij op een vlucht van Amsterdam naar Griekenland een tussenstop moest maken in Sint Petersburg. Omdat verzoeker tijdens de vlucht een paniekaanval kreeg, is hij in Sint Petersburg achtergebleven en met een ambulance naar een kliniek gebracht. Na twee dagen in deze kliniek te hebben verbleven is verzoeker overgebracht naar de Doctor SAN clinic. Aldaar is verzoeker ruim een maand opgenomen geweest. De zorgverzekeraar wil de kosten van deze opname niet vergoeden omdat volgens hem geen sprake was van een situatie die direct ingrijpen noodzakelijk maakte. Verzoeker kan dit standpunt niet volgen. Volgens verschillende specialisten had verzoeker last van paniekaanvallen, was er sprake van een acute inzinking, en had hij suïcidale neigingen.

Standpunt zorgverzekeraar

- 6.3. De zorgverzekeraar verklaart dat verzoeker hem heeft verzocht de kosten van de opname in de kliniek in Sint Petersburg te vergoeden. De zorgverzekeraar ziet geen aanleiding hiertoe over te gaan. Dit omdat voor opname in een GGZ-instelling een verwijzing van bijvoorbeeld een huisarts noodzakelijk is. Een dergelijke verwijzing ontbreekt in dit geval. Voorts beschikt verzoeker niet over schriftelijke toestemming voor de behandeling door een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. Opgemerkt dient te worden dat een verwijzing niet nodig is als sprake is van een acute situatie, maar dat is niet aan de orde. Dit blijkt uit het feit dat door verzoeker een medisch verslag van 22 december 2020 van de Russische zorgaanbieder is overgelegd. Uit de daarin vermelde klachten blijkt niet dat sprake was van een crisissituatie of van een situatie die een klinische opname (met spoed) noodzakelijk maakt. Een paniekaanval (in een vliegtuig) wordt hierin niet vermeld en evenmin wordt melding gemaakt van een crisissituatie bij een tussenlanding. Er wordt alleen benoemd dat bij verzoeker sprake is van een verslechtering van zijn depressieve klachten. Ook worden in het verslag verschillende termen door elkaar gebruikt. Zo wordt zowel gesproken over een 'dringende situatie' als over een 'noodsituatie'. Tussen deze twee termen zit een aanzienlijk verschil. Daar komt bij dat een paniekaanval in een vliegtuig niet per definitie een reden is voor een klinische opname van 30 dagen. Een onderbouwing waaruit blijkt dat opname noodzakelijk was, ontbreekt. Verder wordt in het medisch verslag niet gesproken over vervoer per ambulance en ook is door verzoeker geen nota van dit vervoer overgelegd. Gelet op alle onduidelijkheden kan niet worden geconcludeerd dat sprake was van een crisissituatie en ook niet dat sprake was van een noodzakelijke klinische behandeling. Tot slot is door verzoeker niet duidelijk gemaakt waarom een tussenstop in Sint Petersburg moest worden gemaakt tijdens een vliegreis van Nederland naar Griekenland.

Overwegingen commissie

- 6.4. Verzoeker is van 20 november 2020 tot en met 22 december 2020 opgenomen geweest in de Doctor SAN clinic in Sint Petersburg. Tussen Nederland en de Russische Federatie bestaat geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering zodat het recht op vergoeding moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.5. Op grond van artikel B.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op opname in een GGZ-instelling voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Een voorwaarde is hierbij dat er sprake is van een verwijzing door bijvoorbeeld een huisarts of medisch specialist. Een dergelijke verwijzing is niet vereist in geval van acute zorg. Verzoeker stelt dat dit laatste bij hem aan de orde was aangezien hij in een vliegtuig op weg van Nederland naar Griekenland een paniekaanval kreeg. De zorgverzekeraar betwist dat sprake was van acute zorg en voert hiertoe aan dat hij verzoeker verschillende keren tevergeefs heeft verzocht te onderbouwen dat hij met het vliegtuig onderweg was naar Griekenland.
- 6.6. Gelet op de gemotiveerde betwisting door de zorgverzekeraar was het, gelet op de op verzoeker rustende stelplicht, aan verzoeker om duidelijkheid te bieden over het doel en de bestemming van zijn reis. Dit had hij op eenvoudige wijze kunnen doen door bijvoorbeeld de tickets over te leggen of bewijs te leveren in de vorm van hotelreserveringen in Griekenland. Verzoeker heeft dit echter niet gedaan, ook niet na daartoe door de commissie nog eens uitdrukkelijk in de gelegenheid te zijn gesteld na afloop van de hoorzitting, zodat de commissie het niet onaannemelijk acht dat niet Griekenland, maar de Russische Federatie van meet af aan het reisdoel van verzoeker was. De commissie merkt op dat ook in dat laatste geval op de reis daarnaartoe een acute situatie zou kunnen zijn ontstaan. Met betrekking hiertoe geldt dat verzoeker bij aankomst in Sint-Petersburg allereerst is onderzocht in een andere kliniek dan de Doctor SAN clinic. Weliswaar wordt in het verslag van deze kliniek gesproken over 'urgent indications', maar verzoeker heeft uitsluitend verzocht om vergoeding van de kosten van opname in de Doctor SAN clinic. Met betrekking tot de opname in deze Doctor SAN kliniek is door verzoeker de spoedeisendheid daarvan op geen

enkele wijze aannemelijk is gemaakt, terwijl daarvan ook niet is gebleken uit de door verzoeker overgelegde stukken. Dit leidt ertoe dat de commissie tot de conclusie komt dat voor klinische opname in de Doctor SAN clinic de onderbouwing van de spoedeisendheid ontbreekt.

- 6.7. Zoals onder 6.5. is overwogen, is in dat geval op grond van artikel B.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering een verwijzing door bijvoorbeeld een huisarts of medisch specialist vereist. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker door zijn huisarts of een medisch specialist is verwezen naar de Doctor SAN clinic, zodat op grond van artikel B.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten. Dat ter plaatse mogelijk een indicatie is gesteld voor ECT inclusief medisch noodzakelijk verblijf, doet hieraan niet af.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 oktober 2022,

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

(...)

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.

(...)

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:

(...)

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

Artikel 2.12

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

Pedicure

De mbo-opgeleide professional in paramedische voetzorg, die in het bezit is van een Rijkserkend diploma.

Podotherapeut

Een podotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Polisblad

De zorgpolis (akte) waarin de tussen u (verzekeringnemer) en de zorgverzekeraar gesloten basisverzekering en aanvullende verzekeringen zijn vastgelegd.

Preferente geneesmiddelen

De door ons, binnen een groep identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen, aangewezen voorkeursmiddelen.

Privékliniek

Een privékliniek is een behandelcentrum zonder een formeel vereiste toelating voor de levering van medisch specialistische zorg

Psychiater

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

Psychotherapeut

Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Regiebehandelaar

De zorgverlener die de regie voert over het zorgproces.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een conform de bij of door wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Specialist ouderengeneeskunde

Een arts die de opleiding voor het specialisme ouderengeneeskunde heeft gevolgd en is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Spoedeisende zorg

Van spoedeisende zorg is sprake als de beoordeling of behandeling van klachten niet langer dan enkele uren tot een dag kan wachten om gezondheidsschade of zelfs overlijden te voorkomen. Of hiervan sprake is wordt bepaald door de medisch adviseurs van Zilveren Kruis en/of de medisch adviseurs van Zilveren Kruis Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross.

Tandarts

Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Tandprotheticus

Een tandprotheticus die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Tertiaire verwijzing

Een patiënt wordt voor zijn zorgvraag door zijn behandelend medisch specialist doorverwezen naar een andere zorginstelling.

U/uw

De verzekerde persoon. Deze staat genoemd op het polisblad. Met u (verzekeringnemer) bedoelen wij degene die de basisverzekering en/of aanvullende verzekeringen met ons is aangegaan.

Uitsluitingen

Uitsluitingen in de verzekeringsovereenkomst bepalen dat een verzekerde geen aanspraak heeft op of recht heeft op vergoeding van kosten.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden verstaan Bosnië-Herzegovina, Macedonië, Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije.

Verloskundige

Een verloskundige die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Verwijzing/Verklaring

Een verwijzing/verklaring is maximaal 1 jaar geldig, met uitzondering van een verwijzing voor GGZ. Deze verwijzing is maximaal 9 maanden geldig.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van de zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

Wij/ons

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.

Wijkverpleegkundige

Een verpleegkundige niveau 5 (artikel 3a wet BIG, hbo-bachelor) of verpleegkundig specialist (artikel 14 wet BIG, hbo-master).

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning.

Zelfstandig behandelcentrum (zbc)

Een instelling voor medisch-specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.



Tip! Op onze website vindt u een overzicht met overige problemen en diagnoses waarvan de behandeling niet onder de basisverzekering valt en psychologische interventies waarop u vanuit de basisverzekering geen recht heeft.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.18 Psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Wordt u opgenomen in een GGZ-instelling, zoals in een psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische universiteitskliniek of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis? Dan heeft u recht op:

- a gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg volgens artikel B.17;
- b uw verblijf met of zonder verpleging en verzorging;
- c paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die tijdens het verblijf bij de behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op psychiatrisch ziekenhuisverblijf

- 1 U moet 18 jaar of ouder zijn.
- 2 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of SEH-arts (spoedeisende hulp). Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg of wanneer u wordt overgedragen van de basis GGZ naar de GGZ-instelling.
- 3 De verwijzing moet voldoen aan de 'Afspraken verwijzing Geestelijke gezondheidszorg' zoals vastgesteld door het ministerie van VWS.
- 4 Een verwijzing is maximaal 9 maanden geldig. Dit betekent dat uw behandeling binnen 9 maanden na het afgeven van de verwijzing moet starten. Zit er meer dan 9 maanden tussen? Vraag dan een nieuwe verwijzing.
- 5 Er moet sprake zijn van medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg.
- 6 Uw zorgverlener beschikt over een kwaliteitsstatuut dat geregistreerd staat bij www.ggzkwaliteitsstatuut.nl. Kijk hiervoor op de website van uw zorgverlener of vraag naar het kwaliteitsstatuut.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

- U heeft onder andere geen recht op:
- a behandeling van aanpassingsstoornissen;
 - b hulp bij werk- en relatieproblemen;
 - c hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
 - d psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden tot 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Tip! Op onze website vindt u een overzicht met overige problemen en diagnoses waarvan de behandeling niet onder de basisverzekering valt en psychologische interventies waarop u vanuit de basisverzekering geen recht heeft.

Op hoeveel dagen verblijf met behandeling heeft u recht?

Bij psychiatrisch verblijf met behandeling heeft u recht op een onafgebroken verblijf in een GGZ-instelling voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- b niet-psychiatrisch ziekenhuisverblijf;
- c eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener het aanvraagformulier invullen op deze webpagina: www.zk.nl/machtigingggz. Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij laten uw zorgverlener weten of wij toestemming geven of dat wij uw aanvraag afwijzen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

