



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen

Zaak : Geestelijke gezondheidszorg, generalistische basis-GGZ intensief, onverzekerd product (OVP)

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2015-2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014-2017

Zaaknummer : 201902705

Zittingsdatum : 17 maart 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

- 
- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 
- 2.1. Op 6 oktober 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 december 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 4 januari 2021 aan verzoekster gezonden.
- 
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 maart 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 
- 3.1. Verzoekster was in de jaren 2015 tot en met 2017 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekeringen ZorgZó (2015) respectievelijk Menzis Basis Vrij (2016-2017) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 750 (2015-2017) (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor geestelijke gezondheidszorg, en blijft daarom verder onbesproken.
- 
- 3.2. Verzoekster heeft een dissociatieve stoornis (DISS), en onderging in verband hiermee van 2014 tot en met 2017 generalistische basis-GGZ bij een psychotherapeute. Vanaf de 13e sessie, die startte in 2015, ontving zij van deze psychotherapeute nota's, die zij bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd.
- 
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft met diverse uitkeringsberichten aan verzoekster meegedeeld dat de door haar ingediende nota's niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 31 januari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

- 
- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de nota's van de psychotherapeute alsnog aan haar te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering. Het gaat hierbij om een bedrag van totaal € 14.389,--.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A17 van de voorwaarden van de zorgverzekering (2014-2017).

6. Beoordeling

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

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster heeft een verleden van seksueel misbruik en mishandeling. In 2014 heeft zij zich gewend tot een psychotherapeute, die was gespecialiseerd in de behandeling van een dissociatieve stoornis (DISS). Zij werd door haar huisarts naar deze psychotherapeute verwezen. De psychotherapeute vertelde verzoekster dat zij vanwege haar overeenkomst met de ziektekostenverzekeraar maar twaalf sessies van 50 minuten mocht declareren. Voor de behandeling van de klachten van verzoekster waren echter veel meer sessies nodig. Vanaf de 13e sessie zou verzoekster de kosten zelf moeten dragen. De psychotherapeute vertelde verzoekster ook dat er voor haar geen enkele mogelijkheid was de therapie die zij nodig had, volledig vergoed te krijgen. Er was slechts één andere gekwalificeerde DISS-therapeut in een straal van 50 tot 70 kilometer, maar die zou binnen een paar maanden stoppen met werken. Een andere optie voor verzoekster was om zich te wenden tot een psychiatrisch ziekenhuis. De psychotherapeute vertelde haar echter dat dit ten eerste niet nodig was, en dat dit ten tweede niet meer mogelijk was. De betreffende psychotherapeute was namelijk ook verbonden aan het ziekenhuis, en mocht geen patiënten behandelen die ook bij haar in de praktijk waren geweest. Verzoekster zou dan de verkeerde behandeling krijgen, aangezien er geen andere gekwalificeerde psychotherapeut bij het ziekenhuis werkzaam was.
- 6.3. Verzoekster heeft hierop driemaal telefonisch contact gehad met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar, die haar allen vertelden dat zij de nota's die zij ontving van de psychotherapeute kon indienen. Deze zouden volledig worden vergoed. Verzoekster heeft de medewerkers, gelet op dit antwoord, daarom niet gevraagd of er ook andere gekwalificeerde DISS-therapeuten in de buurt waren die haar konden behandelen. Wel heeft zij de medewerkers gevraagd om een schriftelijke bevestiging. Die mocht men haar niet geven, zo werd haar verteld. Verzoekster vindt het vreemd dat de ziektekostenverzekeraar de betreffende telefoongesprekken niet meer kan achterhalen. Ieder bedrijf moet voor de Belastingdienst van de laatste zeven jaren de documentatie bewaren over zijn medewerkers. Ook ligt het voor de hand dat de ziektekostenverzekeraar gegevens van zijn klanten gedurende die tijd bewaart. Verzoekster heeft de medewerkers gevraagd in haar dossier te noteren wat was toegezegd. De medewerkers vertelden haar dat dit zou gebeuren. Na indiening van de nota's volgde echter een afwijzing.
- 6.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft de psychotherapeute zich niet gehouden aan de overeenkomst die zij met hem heeft. Verzoekster is niet op de hoogte van de inhoud van deze overeenkomst, en is van mening dat de ziektekostenverzekeraar en de psychotherapeute dit samen moeten oplossen. Verzoekster kent lotgenoten die wel alle behandelingen van hun verzekeraar vergoed hebben gekregen. Verder merkt verzoekster op dat de behandeling nu drie jaren heeft geduurd. Dit had langer moeten zijn; volgens een deskundige op dit gebied duurt het gemiddeld namelijk acht tot vijftien jaren. De psychotherapeute verklaarde echter dat zij niet langer kon

doorgaan met behandelen. Dit heeft tot gevolg gehad dat enkele belangrijke aspecten van de behandeling niet aan bod zijn gekomen.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hij van 2014 tot en met 2017 een contract had met de behandelend psychotherapeute. In dit contract staan afspraken over de tarieven. In het contract is niet opgenomen dat de ziektekostenverzekeraar ieder jaar twaalf sessies van 50 minuten vergoedt. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft tarieven vastgesteld voor Generalistische Basis GGZ en hieraan minuten gekoppeld. Deze minuten zijn echter een richtlijn, en geen vaststaand feit. Het aantal minuten per prestatie is slechts een indicatie van het aantal minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd dat nodig is om de zorg te leveren. De reden dat deze minuten worden genoemd, is om de methodiek en het rekenmodel dat de NZa heeft gebruikt om tot de maximumtarieven te komen, te onderbouwen.
- 6.6. Bij verzoekster was sprake van een intensief traject in de Generalistische Basis GGZ. Als tijdens de behandeling is gebleken dat zij was aangewezen op een andere prestatie dan bij de start van het behandeltraject, had de zorgaanbieder een andere prestatie in rekening kunnen brengen. Dit dient dan wel in het patiëntdossier te zijn opgenomen. Als de problematiek dermate verergert dat de patiënt niet meer binnen de patiëntprofielen van de Generalistische Basis GGZ valt, vindt overdracht plaats aan de verwijzer (huisarts) of een zorgaanbieder in de gespecialiseerde GGZ of de langdurige GGZ. In dat geval wordt het behandeltraject in de Generalistische Basis GGZ afgesloten en wordt de geleverde prestatie in rekening gebracht. Als de behandeling net is gestart, wordt de prestatie 'Onvolledig behandeltraject' in rekening gebracht. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat in het contract met de zorgaanbieder is bepaald dat de zorgaanbieder voor de verleende zorg geen kosten in rekening brengt aan de verzekerde, met uitzondering van, indien van toepassing, een door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage.
- 6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de psychotherapeute erop aangesproken dat zij zich niet aan deze voorwaarde en aan de contractafspraken heeft gehouden. De ziektekostenverzekeraar heeft haar gevraagd waarom kosten in rekening zijn gebracht bij verzoekster. Ook heeft hij gevraagd dit met verzoekster op te lossen als onterecht kosten in rekening zijn gebracht. De psychotherapeute heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld contact te hebben gehad met verzoekster. Verzoekster is tevreden over de behandeling en heeft bevestigd dat zij vanaf het begin wist dat zij de kosten hiervan zelf moest betalen als zij bij de psychotherapeute onder behandeling wilde blijven. Deze behandeling is gedeclareerd met de omschrijving 'OVP', dat staat voor 'Onverzekerd Product'. Dit is onverzekerde zorg die niet ten laste kan worden gebracht van de zorgverzekering. Daarom worden deze nota's niet aan verzoekster vergoed. Verzoekster heeft geen klacht ingediend tegen de psychotherapeute. Gelet hierop is de ziektekostenverzekeraar van mening dat verzoekster ervan op de hoogte was dat de kosten voor haar rekening zouden blijven. Hij ziet in zijn gespreksregistraties niet terug dat verzoekster bemiddeling heeft gevraagd om te kijken waar zij het beste terecht kon. De ziektekostenverzekeraar had in de betreffende jaren voldoende GGZ ingekocht om aan de zorgbehoefte van verzoekster te voldoen.

Overwegingen

- 6.8. Vast staat dat de behandelend psychotherapeute bij de ziektekostenverzekeraar twaalf behandel sessies van 50 minuten heeft gedeclareerd, en dat deze ten laste van de zorgverzekering rechtstreeks aan de psychotherapeute zijn vergoed. Het geschil heeft betrekking op de vergoeding vanaf de dertiende behandel sessie, die is gestart in 2015. De desbetreffende kosten zijn door de psychotherapeute in rekening gebracht bij verzoekster onder vermelding van de behandelcode 'Basis GGZ OVP niet-basispakketzorg Consult'. 'OVP' staat voor 'Onverzekerd Product'. Verzoekster heeft deze nota's bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding afgewezen op de grond dat hiervoor geen dekking bestaat onder de zorgverzekering.

- 6.9. Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) heeft op zijn website een omschrijving gegeven van de behandelcode OVP: *"dit consult betreft een onafgebroken tijdsspanne waarin de zorgaanbieder de patiënt voor één of meerdere indicaties begeleidt, adviseert en/of behandelt. Deze prestatie is bedoeld voor patiënten die zorg ontvangen welke niet behoort tot het verzekerde pakket op grond van de Zvw maar wel zorg is zoals omschreven in de Wmg. Het OVP-tarief is gebaseerd op een consult van 60 minuten, inclusief indirecte patiëntgebonden tijd zoals bijwerken van het dossier."*. De NZa heeft in de 'tariefbeschikking generalistische basis-ggz' opgenomen dat ook voor dit product een maximumtarief geldt. In 2015 was dit tarief € 95,63 (Tariefbeschikking generalistische basis-ggz - TB/CU-5076-01), in 2016 was dit € 95,89 (Tariefbeschikking generalistische basis-ggz - TB/CU-7117-04) en in 2017 was dit € 98,-- (Tarieven en Prestaties-Generalistische basis-ggz - TB/REG-17613-02). De psychotherapeute heeft in de betreffende jaren een bedrag van € 191,26 per consult in rekening gebracht. Deze kosten komen niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking, aangezien het onverzekerde zorg betreft.
- 6.10. Verzoekster heeft aangevoerd dat, op basis van het contract met de ziektekostenverzekeraar, de psychotherapeute de kosten vanaf de 13e behandelsessie niet bij haar in rekening mocht brengen. Verzoekster is daarom van mening dat de ziektekostenverzekeraar dit samen met de psychotherapeute moet oplossen. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een restitutiepolis gesloten. Op basis hiervan heeft zij een vrije artsenukeuze, en kan zij de kosten van behandelingen bij de ziektekostenverzekeraar declareren. Deze is dan niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg. De ziektekostenverzekeraar kan, in het kader van de naturapolissen en combinatiepolissen, wel afspraken maken met zorgaanbieders over kwaliteit en prijs, maar dit betreft dan enkel verzekerde zorg en andere diensten. In dit geval is door de psychotherapeute bij verzoekster evenwel de code OVP in rekening gebracht. Dit betreft geen code waarover met de zorgverzekeraars prijsafspraken worden gemaakt en de berekende tarieven liggen in dit geval ruim boven de toepasselijke maximumtarieven. Volgens de psychotherapeute kon dit, omdat door haar met verzoekster de afspraak was gemaakt dat zij de behandelingen vanaf de 13e sessie zelf zou betalen.
- 6.11. Verzoekster heeft zich verder nog beroepen op drie telefoongesprekken die zij heeft gevoerd met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. Daarbij zou haar zijn gezegd dat de nota's konden worden ingediend en volledig zouden worden vergoed. Verzoekster heeft namen genoemd van medewerkers die zij heeft gesproken. Zij heeft niet vermeld op welke momenten zij met deze medewerkers heeft gesproken. De ziektekostenverzekeraar stelt de betreffende personen niet te hebben kunnen terugvinden. Hij ziet in zijn contactregistratie bovendien geen telefonische toezegging terug.
De commissie stelt voorop dat het aan verzoekster is aannemelijk te maken dat haar, in afwijking van de voorwaarden van de zorgverzekering, een toezegging is gedaan. Nu zij geen schriftelijke bevestiging heeft gekregen van de gesprekken, zij deze gesprekken ook niet zelf schriftelijk heeft bevestigd, en zij ook niet op andere wijze aannemelijk heeft gemaakt dat haar een toezegging is gedaan, kan dit argument niet leiden tot een andere uitkomst.
- 6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 maart 2021,



H.A.J. Kroon



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie als u 18 jaar of ouder bent.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een bekkenfysiotherapeut die staat ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie.

Verwijzing

U heeft alleen recht op bekkenfysiotherapie als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of verloskundige.

Let op

Het werken aan verbetering of behoud van de conditie in de vorm van medische fitness of een vergelijkbare activiteit, zoals fysiofitness, slender you en groepszwemmen, is niet verzekerd.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Geestelijke Gezondheidszorg is diagnostiek en behandeling van mensen met psychische stoornissen. Het doel is de geestelijke gezondheid te herstellen of te verbeteren en de kwaliteit van leven te verbeteren. De GGZ is onderverdeeld in psychologische zorg geleverd door de huisarts, generalistische basis GGZ (GBGGZ) en gespecialiseerde GGZ. Gespecialiseerde GGZ (SGGZ) is weer onderverdeeld in ambulante gespecialiseerde GGZ (zonder opname) en klinische gespecialiseerde GGZ (met opname). Geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet is niet verzekerd.

Generalistische Basis GGZ

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van generalistische basis GGZ indien er sprake is van een erkende psychische DSM-stoornis. DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Behandeling vindt plaats op basis van een zorgproduct Kort, Middel, Intensief of Chronisch. Een zorgproduct duurt maximaal 365 dagen. Het zorgproduct wordt bepaald door een behandelplan dat uw behandelaar samen met u vaststelt. De omvang van de zorg is begrensd door wat klinisch-psychologen en psychiaters plegen te bieden.

Let op

Niet elke behandeling van een psychische stoornis of GGZ-behandeling is verzekerd in de Basisverzekering. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder voordat u de behandeling start of informeer bij onze afdeling Zorgadvies 088 222 42 42.

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen en de hulp bij psychische klachten die verband houden met werk- en relatieproblemen.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een gezondheidszorgpsycholoog, een psychotherapeut, een psychiater of een klinisch psycholoog. U kunt ook naar een verpleegkundig specialist GGZ als de behandeling

plaatsvindt op grond van zorgproduct Chronisch. U kunt naar een GGZ-instelling waar een gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, psychiater of klinisch psycholoog hoofdbehandelaar is. Andere bij uw behandeling betrokken behandelaren in die instelling moeten dan formeel onder verantwoordelijkheid en toezicht van die hoofdbehandelaar hun taken uitvoeren.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van Generalistische basis GGZ als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts. De datum op de verwijsbrief moet dus eerder zijn dan de datum van uw eerste bezoek aan de zorgaanbieder GBGGZ. In de verwijsbrief moet in ieder geval staan welke stoornis uw huisarts denkt dat u heeft.

Gespecialiseerde GGZ zonder opname

Bij gespecialiseerde GGZ krijgt u zorg op specialistisch niveau. Ambulante gespecialiseerde GGZ wil zeggen dat u regelmatig een bezoek brengt aan de hulpverlener voor uw behandeling, maar dat u gewoon thuis leeft en slaapt. De meeste psychische stoornissen kunnen ambulant behandeld worden.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van diagnostiek en behandeling bij complexe en/of meervoudige psychische stoornissen waarbij de actieve betrokkenheid van een psychiater of klinisch psycholoog noodzakelijk is en vaak ook een multidisciplinaire aanpak gewenst is. De omvang van de zorg binnen de SGGZ is begrensd door wat klinisch-psychologen en psychiaters plegen te bieden.

Let op

Niet elke behandeling van een psychische stoornis of GGZ-behandeling is verzekerd in de Basisverzekering. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder voordat u de behandeling start of informeer bij onze afdeling Zorgadvies 088 22 42 42.

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen en de hulp bij psychische klachten die verband houden met werk- en relatieproblemen.

Welke zorgaanbieder

Voor gespecialiseerde GGZ zonder opname kunt u naar een zelfstandig gevestigde psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut. U kunt ook naar een GGZ-instelling, waar een psychiater of klinisch psycholoog hoofdbehandelaar is. Andere bij uw behandeling betrokken behandelaren in die instelling moeten dan formeel onder verantwoordelijkheid en toezicht van die hoofdbehandelaar hun taken uitvoeren. Ook kunt u naar de polikliniek van een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van gespecialiseerde GGZ zonder opname als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts. Deze verwijsbrief dient gedateerd te zijn van voor het bezoek aan de SGGZ, dient specifiek naar de SGGZ te verwijzen en dient tenminste te vermelden wat de door de huisarts vermoede psychische stoornis is. Als er sprake is van spoedeisende zorg waarvoor in redelijkheid geen verwijzing mogelijk was dan heeft u zo'n schriftelijke verwijzing niet nodig.

Let op

- Komt u zonder tijdige afmelding niet op uw afspraak? Dan moet u de kosten daarvan zelf betalen.

- Indien u geen vermelding van de diagnosecode op de declaratie wenst, maar de declaratie toch voor vergoeding in aanmerking wilt laten komen, is voorafgaand of uiterlijk bij de 1^e declaratie een verklaring nodig. U dient samen met uw behandelaar een verklaring te ondertekenen en naar Menzis op te sturen. Deze verklaring is te vinden op www.menzis.nl/vergoedingen.

Gespecialiseerde GGZ met opname

Sommige psychische problematiek is zo ernstig, dat een ambulante behandeling niet meer toereikend is. Opname in een psychiatrische kliniek of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis is dan de beste oplossing. Dat betekent dat u uw behandeling ontvangt in de kliniek maar ook dat u voor de duur van de behandeling leeft en slaapt in de kliniek of het ziekenhuis. Ook in geval van een crisissituatie kan besloten worden tot een opname.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- opname en verblijf, gedurende het etmaal, in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende maximaal 1.095 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar telt niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 1.095 dagen;
- bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, verpleging en verzorging, gedurende de periode van opname.

Let op

- Ontvangt u op 1 januari 2015 langer dan 1 jaar, maar korter dan 3 jaar intramurale GGZ-zorg? Dan ontvangt u deze zorg ten laste van de Wet langdurige zorg (Wlz) – voorheen de AWBZ. U hoeft geen beroep te doen op deze Basisverzekering.
- Niet elke behandeling van een psychische stoornis of GGZ-behandeling is verzekerd in de Basisverzekering. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder voordat u voor behandeling wordt opgenomen of informeer bij onze afdeling Zorgadvies 088 222 42 42.
- U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen en de hulp bij psychische klachten die verband houden met werk- en relatieproblemen.

Welke zorgaanbieder

U kunt terecht bij een GGZ-instelling of bij de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, waar een psychiater of klinisch psycholoog als hoofdbehandelaar fungeert. Andere bij uw behandeling betrokken behandelaren in die instelling moeten dan formeel onder verantwoordelijkheid en toezicht van die hoofdbehandelaar hun taken uitvoeren.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van gespecialiseerde GGZ met opname als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts, psychiater of klinisch-psycholoog. Als er sprake is van spoedeisende zorg waarvoor in redelijkheid geen verwijzing mogelijk was dan heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

Toestemming

- Als u kiest voor een behandeling met verblijf bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming van Menzis nodig. Hiertoe vindt u op de website van Menzis de formulieren.
- Wilt u voortgezet verblijf na een periode van 365 dagen of nadat de periode waarvoor toestemming is verleend is verstreken? Dan moet u uiterlijk 2 maanden voordat de periode van 365 dagen of de termijn waarvoor toestemming is verleend verstrijkt, schriftelijk toestemming vragen aan Menzis via uw zorgaanbieder.

Let op

Indien u geen vermelding van de diagnosecode op de declaratie wenst, maar de declaratie toch voor vergoeding in aanmerking wilt laten komen, is voorafgaand of uiterlijk bij de 1^e declaratie een verklaring nodig. U dient samen met uw behandelaar een verklaring te ondertekenen en naar Menzis op te sturen. Deze verklaring is te vinden op www.menzis.nl/vergoedingen.

Let op

Menzis maakt met zorgaanbieders afspraken over het volume dat de zorgaanbieder aan zorg mag verlenen (omzetplafond). Als dit omzetplafond bereikt is heeft dit gevolgen voor u. U kunt dan niet meer bij deze zorgaanbieder terecht voor planbare zorg. Belt u in dat geval onze Zorgadviseur op 088 22 42 42. De Zorgadviseur kijkt samen met u waar u wel terecht kunt. Als het omzetplafond bereikt wordt tijdens uw behandeling heeft dat voor u geen gevolgen. U kunt dan uw behandeling afmaken bij de zorgaanbieder.

Geneesmiddelen

Een geneesmiddel (of medicijn) is een stof die een bepaalde, gewenste werking op het lichaam uitoefent. Geneesmiddelen zijn er in allerlei vormen, zoals tablet, injectievloeistof, zetpil, pleister. Er zijn duizenden geneesmiddelen op de markt. Om een geneesmiddel op de markt te mogen brengen, heeft de producent een handelsvergunning nodig. Die vergunning wordt alleen verleend als het (merk- of merkloze) geneesmiddel voldoet aan strenge kwaliteitseisen.

Welke zorg

Geregistreerde geneesmiddelen

Met uitzondering van de uitgesloten middelen bedoeld onder het kopje 'Preferentiebeleid', heeft u recht op vergoeding van kosten van alle geneesmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke geneesmiddelen dat zijn, is te vinden in Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op www.overheid.nl. Als u wilt weten of een bepaald geneesmiddel op deze lijst staat, kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Niet-geregistreerde geneesmiddelen

U heeft recht op vergoeding van kosten van geneesmiddelen die in de apotheek zelf zijn bereid. Ook heeft u recht op vergoeding van kosten van geneesmiddelen die uw arts voor gebruik door u bestelt, als dit geneesmiddel in Nederland is bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, 1^e lid, onder mm van de Geneesmiddelenwet. Indien het gaat om een bestelling van een geneesmiddel dat in Nederland niet in de handel is maar wel in een ander land, is dit slechts toegestaan als u lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. In alle gevallen moet het gaan

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Geestelijke Gezondheidszorg is diagnostiek en behandeling van mensen met psychische stoornissen. Het doel is de geestelijke gezondheid te herstellen of te verbeteren en de kwaliteit van leven te verbeteren. De GGZ is onderverdeeld in psychologische zorg geleverd door de huisarts, generalistische basis GGZ (GBGGZ) en gespecialiseerde GGZ. Gespecialiseerde GGZ (SGGZ) is weer onderverdeeld in ambulante gespecialiseerde GGZ (zonder opname) en klinische gespecialiseerde GGZ (met opname). Geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet is niet verzekerd.

Generalistische Basis GGZ

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van generalistische basis GGZ indien er sprake is van een erkende psychische DSM-stoornis. DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Behandeling vindt plaats op basis van een zorgproduct Kort, Middel, Intensief of Chronisch. Een zorgproduct duurt maximaal 365 dagen. Het zorgproduct wordt bepaald door een behandelplan dat uw behandelaar samen met u vaststelt. De omvang van de zorg is begrensd door wat klinisch-psychologen en psychiaters plegen te bieden.

Let op

- Niet elke behandeling van een psychische stoornis of GGZ-behandeling is verzekerd in de Basisverzekering. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder voordat u de behandeling start of informeer bij de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.
- U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij psychische klachten die verband houden met werk- en relatieproblemen.
- Indien u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dient u de nota vergezeld te laten gaan van een kopie van de verwijzing. De nota dient alle informatie te bevatten die volgens wet- en regelgeving vereist zijn. U kunt deze vinden op de website. Menzis kan aanvullende informatie bij u opvragen om de rechtmatigheid van de declaratie te kunnen vaststellen.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een gezondheidszorgpsycholoog, een psychotherapeut, een psychiater of een klinisch psycholoog. U kunt ook naar een verpleegkundig specialist GGZ als de behandeling plaatsvindt op grond van zorgproduct Chronisch. U kunt naar een GGZ-instelling waar een gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, psychiater of klinisch psycholoog hoofdbehandelaar is. Andere bij uw behandeling betrokken behandelaren in die instelling moeten dan formeel onder verantwoordelijkheid en toezicht van die hoofdbehandelaar hun taken uitvoeren.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van Generalistische basis GGZ als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist naar de Generalistische Basis GGZ. De datum op de verwijsbrief moet dus eerder zijn dan de datum van uw eerste bezoek aan de zorgaanbieder GBGGZ. In de verwijsbrief moet in ieder geval staan welke DSM-stoornis uw huisarts of medisch specialist denkt dat u heeft en de reden voor de verwijzing.

Gespecialiseerde GGZ zonder opname

Bij gespecialiseerde GGZ krijgt u zorg op specialistisch niveau. Ambulante gespecialiseerde GGZ wil zeggen dat u regelmatig een bezoek brengt aan de hulpverlener voor uw behandeling, maar dat u gewoon thuis leeft en slaapt. De meeste psychische stoornissen kunnen ambulant behandeld worden.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van diagnostiek en behandeling bij complexe en/of meervoudige psychische stoornissen waarbij de actieve betrokkenheid van een psychiater of klinisch psycholoog noodzakelijk is en vaak ook een multidisciplinaire aanpak gewenst is. De omvang van de zorg binnen de SGGZ is begrensd door wat klinisch-psychologen en psychiaters plegen te bieden.

Let op

- Niet elke behandeling van een psychische stoornis of GGZ-behandeling is verzekerd in de Basisverzekering. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder voordat u de behandeling start of informeer bij de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.
- U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij psychische klachten die verband houden met werk- en relatieproblemen.
- Indien u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dient u de nota vergezeld te laten gaan van een kopie van de verwijzing. De nota dient alle informatie te bevatten die volgens wet- en regelgeving vereist zijn. U kunt deze vinden op de website. Menzis kan aanvullende informatie bij u opvragen om de rechtmatigheid van de declaratie te kunnen vaststellen.

Welke zorgaanbieder

Voor gespecialiseerde GGZ zonder opname kunt u naar een zelfstandig gevestigde psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut. U kunt ook naar een GGZ-instelling, waar een psychiater of klinisch psycholoog hoofdbehandelaar is. Andere bij uw behandeling betrokken behandelaren in die instelling moeten dan formeel onder verantwoordelijkheid en toezicht van die hoofdbehandelaar hun taken uitvoeren. Ook kunt u naar de polikliniek van een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van gespecialiseerde GGZ zonder opname als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts of medisch specialist. Deze verwijsbrief dient gedateerd te zijn van voor het bezoek aan de SGGZ, dient specifiek naar de SGGZ te verwijzen en dient tenminste te vermelden wat de door de huisarts of medisch specialist vermoede psychische (DSM-)stoornis is en de reden voor de verwijzing. Als er sprake is van spoedeisende zorg waarvoor in redelijkheid geen verwijzing mogelijk was, dan heeft u zo'n schriftelijke verwijzing niet nodig.

Let op

- Komt u zonder tijdige afmelding niet op uw afspraak? Dan moet u de kosten daarvan zelf betalen.
- Indien u geen vermelding van de diagnosecode op de declaratie wenst, maar de declaratie toch voor vergoeding in aanmerking wilt laten komen, is voorafgaand of uiterlijk bij de eerste declaratie een verklaring nodig. U dient samen met uw behandelaar een verklaring te ondertekenen en naar Menzis op te sturen. Deze verklaring is te vinden op www.menzis.nl/vergoedingen.

- Indien u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dient u de nota vergezeld te laten gaan van een kopie van de verwijzing. De nota dient alle informatie te bevatten die volgens wet- en regelgeving vereist zijn. U kunt deze vinden op de website. Menzis kan aanvullende informatie bij u opvragen om de rechtmatigheid van de declaratie te kunnen vaststellen.

Gespecialiseerde GGZ met opname

Sommige psychische problematiek is zo ernstig, dat een ambulante behandeling niet toereikend is. Opname in een psychiatrische kliniek of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis is dan de beste oplossing. Dat betekent dat u uw behandeling ontvangt in de kliniek maar ook dat u voor de duur van de behandeling leeft en slaapt in de kliniek of het ziekenhuis. Ook in geval van een crisissituatie kan besloten worden tot een opname.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- opname en verblijf, gedurende het etmaal, in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende maximaal 1.095 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar telt niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 1.095 dagen;
- bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, verpleging en verzorging, gedurende de periode van opname.

i Let op

- Ontving u op 1 januari 2015 langer dan 1 jaar, maar korter dan 3 jaar intramurale GGZ-zorg? Dan ontvangt u deze zorg ten laste van de Wet langdurige zorg (Wlz) – voorheen de AWBZ. U hoeft geen beroep te doen op deze Basisverzekering.
- Niet elke behandeling van een psychische stoornis of GGZ-behandeling is verzekerd in de Basisverzekering. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder voordat u voor behandeling wordt opgenomen of informeer bij de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.
- U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij psychische klachten die verband houden met werk- en relatieproblemen.

Welke zorgaanbieder

U kunt terecht bij een GGZ-instelling of bij de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, waar een psychiater of klinisch psycholoog als hoofdbehandelaar fungeert. Andere bij uw behandeling betrokken behandelaren in die instelling moeten dan formeel onder verantwoordelijkheid en toezicht van die hoofdbehandelaar hun taken uitvoeren.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van gespecialiseerde GGZ met opname als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts of medisch specialist. Deze verwijsbrief dient gedateerd te zijn van voor het bezoek aan de SGGZ, dient specifiek naar de SGGZ te verwijzen en dient tenminste te vermelden wat de door de huisarts of medisch specialist vermoede psychische (DSM-)stoornis is en de reden voor de verwijzing. Als er sprake is van spoedeisende zorg waarvoor in redelijkheid geen verwijzing mogelijk was, dan heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

Toestemming

- Als u kiest voor een behandeling met verblijf bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming van Menzis nodig. Hiertoe vindt u op de website van Menzis de aanvraagformulieren.
- Wilt u voortgezet verblijf na een periode van 365 dagen of nadat de periode waarvoor reeds toestemming is verleend is verstreken? Dan moet u uiterlijk twee maanden voordat de periode van 365 dagen of de termijn waarvoor toestemming is verleend verstrijkt, schriftelijk toestemming vragen aan Menzis via uw huidige hoofdbehandelaar. Op www.menzis.nl vindt u het aanvraagformulier.

❗ Let op

Indien u geen vermelding van de diagnosecode op de declaratie wenst, maar de declaratie toch voor vergoeding in aanmerking wilt laten komen, is voorafgaand of uiterlijk bij de eerste declaratie een verklaring nodig. U dient samen met uw behandelaar een verklaring te ondertekenen en naar Menzis op te sturen. Deze verklaring is te vinden op www.menzis.nl/vergoedingen. De nota dient alle informatie te bevatten die volgens wet- en regelgeving vereist is (met uitzondering dus van de diagnosecode). Zie www.menzis.nl voor deze vereisten.

Geneesmiddelen

Een geneesmiddel (of medicijn) is een stof die een bepaalde, gewenste werking op het lichaam uitoefent. Geneesmiddelen zijn er in allerlei vormen, zoals tablet, injectievloeistof, zetpil, pleister. Er zijn duizenden geneesmiddelen op de markt. Om een geneesmiddel op de markt te mogen brengen, heeft de producent een handelsvergunning nodig. Die vergunning wordt alleen verleend als het (merk- of merkloze) geneesmiddel voldoet aan strenge kwaliteitseisen.

Welke zorg

Geregistreerde geneesmiddelen

Met uitzondering van de uitgesloten middelen bedoeld onder het kopje 'Preferentiebeleid', heeft u recht op vergoeding van kosten van alle geneesmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke geneesmiddelen dat zijn, is te vinden in Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op www.overheid.nl. Als u wilt weten of een bepaald geneesmiddel op deze lijst staat, kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Niet-geregistreerde geneesmiddelen

U heeft recht op vergoeding van kosten van geneesmiddelen die in de apotheek zelf zijn bereid. Ook heeft u recht op vergoeding van kosten van geneesmiddelen die uw arts voor gebruik door u bestelt, als dit geneesmiddel in Nederland is bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm van de Geneesmiddelenwet. Indien het gaat om een bestelling van een geneesmiddel dat in Nederland niet in de handel is maar wel in een ander land, is dit slechts toegestaan als u lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. In alle gevallen moet het gaan om rationale farmacotherapie. Dat wil zeggen dat behandeling plaatsvindt met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en de effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering.

Claudicatio intermittens (etalagebenen)

Etalagebenen is de volksterm voor symptomatisch perifeer arterieel vaatlijden, ofwel claudicatio intermittens. Hierbij voeren de slagaders in uw benen te weinig zuurstof aan voor de spieren die u gebruikt bij het lopen. Dit komt omdat deze slagaderen vernauwd zijn. Een vernauwing ontstaat door slagaderverkalking. (De term etalagebenen is bedacht omdat patiënten zich een houding willen geven als zij noodgedwongen moeten rusten. Zij kijken dan bijvoorbeeld in de etalage van een winkel.)

Welke zorg

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u gedurende maximaal 12 maanden recht op vergoeding van kosten van maximaal 37 behandelingen oefentherapie onder begeleiding als u etalagebenen heeft. Onder etalagebenen wordt verstaan: perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een fysiotherapeut of oefentherapeut die is aangesloten bij ClaudicatioNet.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van behandeling van etalagebenen als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Geestelijke Gezondheidszorg is diagnostiek en behandeling van mensen met psychische stoornissen. Het doel is de geestelijke gezondheid te herstellen of te verbeteren en de kwaliteit van leven te verbeteren. De GGZ is onderverdeeld in psychologische zorg geleverd door de huisarts, generalistische basis GGZ (GBGGZ) en gespecialiseerde GGZ (SGGZ). Gespecialiseerde GGZ is weer onderverdeeld in ambulante gespecialiseerde GGZ (zonder opname) en klinische gespecialiseerde GGZ (met opname). Geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, 1^e lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet is niet verzekerd.

Generalistische Basis GGZ

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van generalistische basis GGZ indien er sprake is van een erkende psychische DSM-stoornis. DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Behandeling vindt plaats op basis van een zorgproduct Kort, Middel, Intensief of Chronisch. Een zorgproduct duurt maximaal 365 dagen. Het zorgproduct wordt bepaald door een behandelplan dat uw behandelaar, samen met u vaststelt. De omvang van de zorg is begrensd door wat klinisch-psychologen en psychiaters plegen te bieden.

Let op

- Niet elke behandeling van een psychische stoornis of GGZ-behandeling is verzekerd in de Basisverzekering. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder voordat u de behandeling start of informeer bij de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.
- U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij psychische klachten die verband houden met werk- en relatieproblemen.

- Als u een nota bij Menzis indient, dient deze alle informatie te bevatten die volgens wet- en regelgeving vereist is. U kunt deze vinden op [menzis.nl](https://www.menzis.nl). Menzis kan aanvullende informatie bij u opvragen om de rechtmatigheid van de declaratie te kunnen vaststellen.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een vrijgevestigd:

- gezondheidszorgpsycholoog,
- psychotherapeut,
- klinisch psycholoog,
- klinisch neuropsycholoog.

U kunt naar een GGZ-instelling waar een van de volgende behandelaren regiebehandelaar is:

- gezondheidszorgpsycholoog,
- klinisch psycholoog,
- klinisch neuropsycholoog,
- psychotherapeut,
- verpleegkundig specialist GGZ,
- indien dementie de hoofddiagnose is: de specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater,
- indien de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek betreft: de verslavingsarts.

Andere bij uw behandeling betrokken behandelaren in die instelling moeten dan formeel onder verantwoordelijkheid en toezicht van die regiebehandelaar hun taken uitvoeren.

Kwaliteitsstatuut

Elke zorgaanbieder moet op 1 januari 2017 een kwaliteitsstatuut hebben dat is geregistreerd bij Zorginstituut Nederland. In dit kwaliteitsstatuut staat wat de zorgaanbieder voor u heeft geregeld over kwaliteit en verantwoording. Als de zorgaanbieder waar u naartoe gaat geen kwaliteitsstatuut heeft, komt de verleende zorg niet voor vergoeding in aanmerking.

Gaat u naar een aanbieder, controleert u dan voorafgaand aan de behandeling of deze aanbieder een kwaliteitsstatuut heeft. U kunt hiervoor contact opnemen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. U kunt ook contact opnemen met de betreffende zorgaanbieder of naar de website van de zorgaanbieder gaan.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van Generalistische basis GGZ als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist naar de Generalistische Basis GGZ. De datum op de verwijsbrief moet dus eerder zijn dan de datum van uw 1^e bezoek aan de zorgaanbieder GBGGZ. In de verwijsbrief moet in ieder geval staan welke DSM-stoornis uw huisarts of medisch specialist denkt dat u heeft en de reden voor de verwijzing.

Gespecialiseerde GGZ zonder opname

Bij gespecialiseerde GGZ krijgt u zorg op specialistisch niveau. Ambulante gespecialiseerde GGZ wil zeggen dat u regelmatig een bezoek brengt aan de hulpverlener voor uw behandeling, maar dat u gewoon thuis leeft en slaapt. De meeste psychische stoornissen kunnen ambulant behandeld worden.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van diagnostiek en behandeling bij complexe en/of meervoudige psychische stoornissen waarbij vaak ook een multidisciplinaire aanpak gewenst is. De omvang van de zorg binnen de SGGZ is begrensd door wat klinisch-psychologen en psychiaters plegen te bieden.

Let op

- Niet elke behandeling van een psychische stoornis of GGZ-behandeling is verzekerd in de Basisverzekering. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder voordat u de behandeling start of informeer bij de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.
- U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij psychische klachten die verband houden met werk- en relatieproblemen.
- Als u een nota bij Menzis indient, dient deze alle informatie te bevatten die volgens wet- en regelgeving vereist is. U kunt deze vinden op [menzis.nl](https://www.menzis.nl). Menzis kan aanvullende informatie bij u opvragen om de rechtmatigheid van de declaratie te kunnen vaststellen.
- Verslavingszorg is vaak duur en is – zeker als de verslavingszorg in het buitenland plaatsvindt – in lang niet alle gevallen verzekerd. Laat u daarom vooraf goed informeren als u zich voor verslaving wilt laten behandelen. U kunt hiervoor contact opnemen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

Welke zorgaanbieder

Voor gespecialiseerde GGZ zonder opname kunt u naar een vrijgevestigd:

- psychotherapeut,
- klinisch psycholoog,
- klinisch neuropsycholoog,
- psychiater.

U kunt naar een GGZ-instelling of de polikliniek van een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis waar een van de volgende behandelaren regiebehandelaar is:

- psychiater,
- klinisch psycholoog,
- klinisch neuropsycholoog,
- psychotherapeut,
- gezondheidszorgpsycholoog,
- verpleegkundig specialist GGZ,
- specialist ouderengeneeskunde,
- klinisch geriater,
- verslavingsarts.

Andere bij uw behandeling betrokken behandelaren in die instelling moeten dan formeel onder verantwoordelijkheid en toezicht van die regiebehandelaar hun taken uitvoeren.

Kwaliteitsstatuut

Elke zorgaanbieder moet op 1 januari 2017 een kwaliteitsstatuut hebben dat is geregistreerd bij Zorginstituut Nederland. In dit kwaliteitsstatuut staat wat de zorgaanbieder voor u heeft geregeld over kwaliteit en verantwoording. Als de zorgaanbieder waar u naartoe gaat geen kwaliteitsstatuut heeft, komt de verleende zorg niet voor vergoeding in aanmerking.

Gaat u naar een aanbieder, controleert u dan voorafgaand aan de behandeling of deze aanbieder een kwaliteitsstatuut heeft. U kunt hiervoor contact opnemen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. U kunt ook contact opnemen met de betreffende zorgaanbieder of naar de website van de zorgaanbieder gaan.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van gespecialiseerde GGZ zonder opname als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts of medisch specialist. Deze verwijsbrief dient gedateerd te zijn van voor het bezoek aan de SGGZ, dient specifiek naar de SGGZ te verwijzen en dient tenminste te vermelden wat de door de huisarts of medisch specialist vermoede psychische (DSM-)stoornis is en de reden voor de verwijzing. Als er sprake is van spoedeisende zorg waarvoor in redelijkheid geen verwijzing mogelijk was, dan heeft u zo'n schriftelijke verwijzing niet nodig.

Let op

- Komt u zonder tijdige afmelding niet op uw afspraak? Dan moet u de kosten daarvan zelf betalen.
- Indien u geen vermelding van de diagnosecode op de declaratie wenst, maar de declaratie toch voor vergoeding in aanmerking wilt laten komen, is voorafgaand of uiterlijk bij de 1^e declaratie een verklaring nodig. U dient samen met uw behandelaar een verklaring te ondertekenen en naar Menzis op te sturen. Deze verklaring is te vinden op menzis.nl/vergoedingen.

Gespecialiseerde GGZ met opname

Sommige psychische problematiek is zo ernstig, dat een ambulante behandeling niet toereikend is. Opname in een psychiatrische kliniek of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis is dan de beste oplossing. Dat betekent dat u uw behandeling ontvangt in de kliniek maar ook dat u voor de duur van de behandeling leeft en slaapt in de kliniek of het ziekenhuis. Ook in geval van een crisissituatie kan besloten worden tot een opname.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- opname en verblijf, gedurende het etmaal, in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende maximaal 1.095 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar telt niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 1.095 dagen,
- bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, verpleging en verzorging, gedurende de periode van opname.

Let op

- Niet elke behandeling van een psychische stoornis of GGZ-behandeling is verzekerd in de Basisverzekering. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder voordat u voor behandeling wordt opgenomen of informeer bij de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.
- U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij psychische klachten die verband houden met werk- en relatieproblemen.

- Verslavingszorg is vaak duur en is – zeker als de verslavingszorg in het buitenland plaatsvindt – in lang niet alle gevallen verzekerd. Laat u daarom vooraf goed informeren als u zich voor verslaving wilt laten behandelen. U kunt hiervoor contact opnemen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

Welke zorgaanbieder

U kunt terecht bij een GGZ-instelling of bij de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, waar een van de volgende behandelaren regiebehandelaar is:

- psychiater,
- klinisch psycholoog.

Andere bij uw behandeling betrokken behandelaren in die instelling moeten dan formeel onder verantwoordelijkheid en toezicht van die regiebehandelaar hun taken uitvoeren. In overleg met de psychiater of klinisch psycholoog kan worden afgesproken dat de regiebehandelaar die u had toen u gespecialiseerde GGZ zonder opname kreeg, ook tijdens de opname uw regiebehandelaar blijft.

Kwaliteitsstatuut

Elke zorgaanbieder moet op 1 januari 2017 een kwaliteitsstatuut hebben dat is geregistreerd bij Zorginstituut Nederland. In dit kwaliteitsstatuut staat wat de zorgaanbieder voor u heeft geregeld over kwaliteit en verantwoording. Als de zorgaanbieder waar u naartoe gaat geen kwaliteitsstatuut heeft, komt de verleende zorg niet voor vergoeding in aanmerking.

Gaat u naar een aanbieder, controleert u dan voorafgaand aan de behandeling of deze aanbieder een kwaliteitsstatuut heeft. U kunt hiervoor contact opnemen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. U kunt ook contact opnemen met de betreffende zorgaanbieder of naar de website van de zorgaanbieder gaan.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van gespecialiseerde GGZ met opname als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts of medisch specialist. Deze verwijsbrief dient gedateerd te zijn van voor het bezoek aan de SGGZ, dient specifiek naar de SGGZ te verwijzen en dient tenminste te vermelden wat de door de huisarts of medisch specialist vermoede psychische (DSM-)stoornis is en de reden voor de verwijzing. Als er sprake is van spoedeisende zorg waarvoor in redelijkheid geen verwijzing mogelijk was, dan heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

Toestemming

- Als u kiest voor een behandeling met verblijf bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, worden de gemaakte kosten niet volledig vergoed. Ook heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming van Menzis nodig. Om deze toestemming aan te vragen, kunt u contact opnemen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.
- Wilt u voortgezet verblijf na een periode van 365 dagen of nadat de periode waarvoor reeds toestemming is verleend is verstreken? Dan moet u uiterlijk 2 maanden voordat de periode van 365 dagen of de termijn waarvoor toestemming is verleend verstrijkt, schriftelijk toestemming vragen aan Menzis via uw huidige regiebehandelaar. Op [menzis.nl](https://www.menzis.nl) vindt u het aanvraagformulier.

i Let op

Indien u geen vermelding van de diagnosecode op de declaratie wenst, maar de declaratie toch voor vergoeding in aanmerking wilt laten komen, is voorafgaand of uiterlijk bij de 1^e declaratie een verklaring nodig. U dient samen met uw behandelaar een verklaring te ondertekenen en naar Menzis op te sturen. Deze verklaring is te vinden op menzis.nl/vergoedingen. De nota dient alle informatie te bevatten die volgens wet- en regelgeving vereist is (met uitzondering dus van de diagnosecode). Zie menzis.nl voor deze vereisten.

Geneesmiddelen

Een geneesmiddel (of medicijn) is een stof die een bepaalde, gewenste werking op het lichaam uitoefent. Geneesmiddelen zijn er in allerlei vormen, zoals tablet, injectievloeistof, zetpil, pleister. Er zijn duizenden geneesmiddelen op de markt. Om een geneesmiddel op de markt te mogen brengen, heeft de producent een handelsvergunning nodig. Die vergunning wordt alleen verleend als het (merk- of merkloze) geneesmiddel voldoet aan strenge kwaliteitseisen.

Welke zorg

Geregistreerde geneesmiddelen

Met uitzondering van de uitgesloten middelen bedoeld onder het kopje 'Preferentiebeleid', heeft u recht op vergoeding van kosten van alle geneesmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke geneesmiddelen dat zijn, is te vinden in Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op overheid.nl. Als u wilt weten of een bepaald geneesmiddel op deze lijst staat, kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Niet-geregistreerde geneesmiddelen

U heeft recht op vergoeding van kosten van geneesmiddelen die in de apotheek zelf zijn bereid. Ook heeft u recht op vergoeding van kosten van geneesmiddelen die uw arts voor gebruik door u bestelt, als dit geneesmiddel in Nederland is bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, 1^e lid, onder mm van de Geneesmiddelenwet. Indien het gaat om een bestelling van een geneesmiddel dat in Nederland niet in de handel is maar wel in een ander land, is dit slechts toegestaan als u lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. In alle gevallen moet het gaan om rationele farmacotherapie. Dat wil zeggen dat behandeling plaatsvindt met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en de effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering.

Advies en begeleiding

In deze zorg is het advies van en de begeleiding door degene die u het geneesmiddel ter hand stelt, inbegrepen.

i Let op

Er gelden beperkingen ten aanzien van: preferentiebeleid, indicatie, plaats van toediening en maximale periode.

Preferentiebeleid

Ieder geneesmiddel heeft een werkzame stof. U heeft recht op vergoeding van kosten van alle werkzame stoffen die voorkomen in de geneesmiddelen in bijlage 1 bij de Regeling 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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - 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°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepleten, 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.