

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor)

Zaaknummer: 202303665

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 27 maart 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 16 april 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 8 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 14 mei 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 1 augustus 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024019677) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 2 augustus 2024 aan partijen gezonden. De commissie heeft verzoeker gevraagd het door het Zorginstituut geadviseerde nader onderzoek te verrichten en de commissie aanvullende informatie te sturen.
- 1.4. Verzoeker heeft op 24 augustus 2024 een brief van dezelfde datum, afkomstig van de behandelend psychiater, aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 26 augustus 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 28 augustus 2024 hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 2 september 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.5. De commissie heeft kopieën van zowel de aanvullende informatie van verzoeker als de reactie hierop van de ziektekostenverzekeraar, op 2 september 2024 aan het Zorginstituut gestuurd en het Zorginstituut gevraagd om een nader voorlopig advies uit te brengen. Het Zorginstituut heeft bij brief van 1 oktober 2024 een nader voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op dezelfde dag aan partijen gezonden.
- 1.6. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 december 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

- 1.7. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 27 december 2024 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 1 augustus 2024 en het nader voorlopig advies van 1 oktober 2024 aanpassing behoeven. Bij brief van 28 januari 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het (nader) voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Daarnaast heeft het Zorginstituut de vragen van de commissie beantwoord. Een kopie van het definitieve advies is op 29 januari 2025 naar partijen gestuurd, waarbij zij de mogelijkheid hebben gekregen hierop binnen drie weken te reageren. Partijen hebben hiervan geen gebruik gemaakt.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Benfit, ONVZ Wereldfit en ONVZ Tandfit module B (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoeker is sinds 2015 onder behandeling bij een psychiater. De kosten hiervan werden steeds, al dan niet gedeeltelijk, vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft in augustus 2022 de nota van de behandelingen vanaf 1 januari 2022 ter declaratie ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding hiervan bij e-mailbericht van 24 augustus 2022 afgewezen.
- 2.3. Verzoeker heeft op 6 december 2022 de ziektekostenverzekeraar verzocht om aan hem met ingang van 29 augustus 2022 een machtiging te verlenen voor psychotherapie.
- 2.4. Op 9 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar via verzoeker informatie opgevraagd bij de behandelend psychiater. Daarna is enige keren over en weer gecorrespondeerd.
- 2.5. In zijn brief van 8 maart 2023 heeft de behandelend psychiater de behandelhistorie van verzoeker beschreven. Verder heeft hij over verzoeker verklaard:

*"(...) is sinds oktober 2015 bij mij in behandeling. Deze is psychoanalytisch clarificerend en uitpratend-steunend van aard, in een frequentie van eenmaal per week. De behandeling loopt door. (...) [naam verzoeker] nam destijds een scala aan medicatie. Vergeleken met destijds is [naam verzoeker] sterk opgeknapt. De hierboven aangeduide klachten zijn sterk verminderd of afwezig. Ondanks ernstige lichamelijke klachten houdt hij goed stand. Toch is het gevonden evenwicht nog wankel.
Voortzetting van de behandeling is om deze reden geïndiceerd. (...)"*
- 2.6. De behandelend psychiater heeft - namens verzoeker - een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Bij e-mailbericht van 19 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de psychiater meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft. Een kopie van dit e-mailbericht is aan verzoeker gestuurd.
- 2.7. Bij brief van 1 augustus 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.8. De behandelend psychiater heeft in zijn brief van 24 augustus 2024, gericht aan verzoeker, het volgende over verzoeker verklaard:

"(...)

U bent sinds 2015 bij mij in psychiatrische en psychotherapeutische behandeling. In onze contacten is de door ons beiden ondertekende Privacyverklaring ggz actief. Dit is aan uw verzekeraar ONVZ bekend. Ik weet niet of SKGZ en ZN [Zorginstituut Nederland] hiervan op de hoogte zijn.

In dit verband wijs ik u op het document KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens KNMG (KNMG, januari 2024), (...)

Met andere woorden, mijn eventuele beantwoording van vragen van ZN die deels expliciet uw diagnose betreffen zouden op deze indirecte wijze ter kennis van ONVZ komen. Ik acht dit, gezien bovenstaand document, onjuist.

(...)

Ad 1.

Behandeldoelen: dat u zich beter voelt en niet slechter. Dat u in verschillende levensbereiken naar uw (en mijn) oordeel beter functioneert en niet slechter. Behandelwegen: zowel psychoanalytische als steunend-uitpratende psychotherapie. Zo nodig medicamenteus ondersteund.

Het steunend-uitpratende element heeft onder meer ten doel een recidief te voorkomen.

Het psychoanalytische element heeft ten doel om uw moeilijkheden zowel op denk- als op gevoelsniveau in relatie tot uw (vroeg en latere) levensgeschiedenis te begrijpen. Tot zover het behandelplan.

Wij spraken elkaar een maal per week gedurende 60 minuten. Feitelijk was wekelijks sprake van 'evaluatie' van het behandelplan, hoewel dit niet als zodanig door ons werd benoemd. Een formele en vastgelegde evaluatie van het behandelplan vond in 2022 niet plaats.

Ik meen dat u en ik qua doelen en wegen grotendeels geslaagd zijn. Alle beslissingen hebben wij in goed overleg gezamenlijk genomen. Ook de beslissing om in 2022 de behandeling voort te zetten.

Ad 2.

ZN vraagt rechtstreeks om een diagnostische classificatie. Om hier boven aangeduide redenen zal ik deze niet verstrekken.

Ad 3.

U bent sinds 2015 tot vandaag bij mij in behandeling.

In dit verband kan het volgende worden opgemerkt.

In de jaren 1977/1978 was u in psychotherapie via de Jelgersmakliniek in Oegstgeest.

In 1989/1990 kwam u bij collega [naam 1], psychiater te Amsterdam.

In de jaren 1994/1997 en 2000/2015 was u wekelijks in psychotherapie bij [naam2] te Amsterdam.

In 1998/1999 was u gedurende vier dagen per week opgenomen in de psychotherapeutische dagkliniek van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam.

Opvallend is dat na het beëindigen van behandeling telkens uiteindelijk een recidief optrad.

Mede vandaar dat ik wat dit betreft extra voorzichtig ben. Met andere woorden een beslissing tot beëindiging van ons contact dient door u en mij in vrijheid genomen te kunnen worden en niet op grond van een geldelijke beslissing van uw verzekeraar opgedrongen te worden.

Ad 4. Het antwoord op deze vraag luidt nee. Hiertoe bestond geen goede reden."

2.9. Bij brief van 1 oktober 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie het nader voorlopig advies uitgebracht.

2.10. Bij brief van 28 januari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. **Standpunt verzoeker**

3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat hij aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de behandeling door de psychiater vanaf 1 september 2022.

3.2. Verzoeker heeft in dit verband verwezen naar de brief die de behandelend psychiater op 3 december 2023 aan hem heeft gestuurd.

De behandelend psychiater heeft in voornoemde brief toegelicht dat verzoeker sinds 2015 bij hem onder behandeling is. Wekelijks vindt een sessie van één uur plaats en de kosten hiervan zijn steeds - tot en met augustus 2022 - door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Met ingang van 1 september 2022 worden de kosten niet meer vergoed, waarvoor de ziektekostenverzekeraar verschillende afwijsgonden heeft aangevoerd. Anders dan door de ziektekostenverzekeraar is

gesteld, beschikt de psychiater over een goedgekeurd kwaliteitsstatuut. Hij heeft dit ook aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld, maar deze heeft zijn stelling nooit ingetrokken. Verder ontbraken volgens de ziektekostenverzekeraar gegevens op de gedeclareerde nota en waren het genoemde zorgtrajectnummer en de startdatum onjuist. De psychiater verwijst naar het document Informatie-elementenzorgprestatie-model NR/REG-2214d van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Hij merkt op dat het niet verplicht is een factuurnummer en -datum te vermelden op een nota. Hij heeft op een latere versie van de nota trouwens een nummer vermeld dat hij via een website, die hem door de NZa was aangeraden, had gevonden. Overigens heeft de NZa hem meegedeeld dat het vermelden van een zorgtrajectnummer op een nota geen verplichting vanuit de NZa is. Wat de exacte starttijd van het eerste consult op 22 oktober 2015 was, kan de psychiater thans niet meer achterhalen. De woorden 'Type verwijzer' komen in bovenstaand document van de NZa niet voor. Van verplichte vermelding hiervan kan dus geen sprake zijn. De prestatiecode is CO0594. De naam en beroepskwalificaties van de psychiater staan vermeld in het briefhoofd van de nota. Ook de AGB-code staat op de nota vermeld.

De psychiater heeft verzoeker jarenlang behandeld zonder hiervoor een machtiging te hoeven aanvragen. De kosten zijn al die tijd vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Dit is met ingang van 2022 veranderd. Een verzoek tot het verstrekken van een machtiging omvat noodzakelijkerwijs medisch-inhoudelijke informatie. Deze informatie dient onder het medisch beroepsgeheim te worden aangeleverd. De behandelend psychiater heeft daarom gevraagd om de naam van de medisch adviseur aan hem bekend te maken, maar de ziektekostenverzekeraar heeft dit geweigerd. De psychiater vindt dit onjuist, omdat bij onverhoopte schending van het beroepsgeheim vanuit de ziektekostenverzekeraar de medisch adviseur tuchtrechtelijk (of anderszins) ter verantwoording moet kunnen worden geroepen en om die reden bij naam bekend dient te zijn.

De psychiater is van mening dat langdurige psychotherapie onder de dekking van de zorgverzekering valt. Daarom moeten de kosten van de onderhavige behandeling aan verzoeker worden vergoed.

Daarnaast heeft de behandelend psychiater in een eerder e-mailbericht, van 27 december 2022, opgemerkt dat het beantwoorden van het verzoek om informatie een substantiële doorbreking van zijn beroepsgeheim en een doorbreking van de medische privacy van verzoeker zou betekenen. In het geval van verzoeker is een 'privacyverklaring NZa' actief. De psychiater is daarom van mening dat hij de vragen niet of slechts zeer beperkt kan beantwoorden.

- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat de behandel frequentie inmiddels is verlaagd. Het eventueel beëindigen van de behandeling moet echter aan de professionaliteit van de behandelaar worden overgelaten. Verzoeker heeft benadrukt dat langdurige psychoanalytische psychotherapie bewezen effectief is en tot het verzekerde pakket op grond van de zorgverzekering behoort.

De behandelend psychiater is van mening dat hij de klinische redenering voldoende heeft beschreven.

4. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in de voorwaarden van de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2022 bepaald dat voor een GGZ-behandeling die wordt geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, en die bestaat uit 35 of meer sessies, een machtiging moet worden aangevraagd.

De ziektekostenverzekeraar heeft de door verzoeker gedeclareerde nota bij e-mailbericht van 24 augustus 2022 afgewezen, omdat de behandelend psychiater niet beschikt over een goedgekeurd kwaliteitsstatuut. Ook ontbreken op deze nota de vereiste gegevens, zoals bijvoorbeeld het factuurnummer, de factuurdatum, de prestatiecode en de naam, beroepscode en het AGB-nummer van de behandelaar.

Naar aanleiding van de door verzoeker op 6 december 2022 ingediende aanvraag voor een machtiging voor psychotherapie vanaf 29 augustus 2022, heeft de ziektekostenverzekeraar op 9 december 2022 via verzoeker aanvullende informatie opgevraagd bij de psychiater. Hierop is over en weer gecorrespondeerd met de zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn berichten onder meer toegelicht dat hij zonder de gevraagde informatie niet kan beoordelen of verzoeker aanspraak heeft op de gevraagde behandeling. De medische gegevens worden uitsluitend door de medisch adviseurs, en door medewerkers die onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseurs werken, behandeld. Zij hebben allen een geheimhoudingsplicht. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar aan de psychiater meegedeeld dat hij de naam van zijn medisch adviseur niet verstrekt. De Algemene verordening gegevensverwerking bepaalt dat de verwerkingsverantwoordelijken informatie geven over onder andere de ontvangers óf de categorieën van ontvangers. In het e-mailbericht van 20 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de behandelend psychiater heeft verklaard dat de situatie van verzoeker sterk is verbeterd, maar dat sprake is van "een wankel evenwicht". Dit laatste wordt echter niet verder gespecificeerd. Daarom is volgens de ziektekostenverzekeraar niet gebleken dat verzoeker in september 2022 nog langer was aangewezen op wekelijkse consultatie. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat onbeperkt en ongelimiteerd doorbehandelen geen standaard is in de Nederlandse psychiatrie. De voortzetting van de behandeling en de wijze waarop moeten worden onderbouwd.

- 4.2. In de heroverweging van 19 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de behandelend psychiater meegedeeld dat hem bekend is dat deze een kwaliteitsstatuut heeft, maar dat hij dit niet heeft aangemeld, waardoor dit in de administratie van de ziektekostenverzekeraar niet wordt herkend. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar nog op dat het aantal van 35 sessies niet geldt per kalenderjaar, maar dat wordt geteld vanaf de eerste sessie. Alleen behandelingen die bewezen effectief zijn, komen voor vergoeding in aanmerking. Een kopie van de heroverweging is aan verzoeker gestuurd.
- 4.3. In de brief van 9 februari 2024, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat tot 2022 de geneeskundige GGZ bij niet-gecontracteerde GGZ-aanbieders niet machtigingsplichtig was zodat toen geen voorafgaande toestemming voor deze zorg vereist was. Dit is met ingang van 1 januari 2022 gewijzigd. Verzoeker had hiervan op de hoogte kunnen zijn via de met hem gedeelde verzekeringsvoorwaarden. De ziektekostenverzekeraar merkt in dit kader op dat verzoeker de aanvraag niet vooraf heeft ingediend.
- 4.4. In de brief aan de commissie van 8 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar het volgende aangevoerd. Aangezien verzoeker niet tijdig een goed onderbouwde aanvraag had ingediend, zijn de sessies ná de 35e sessie niet vergoed. Dit betreft de sessies vanaf september 2022 tot en met december 2022. Ook de consulten in 2023 komen niet voor vergoeding in aanmerking. Over de periode van januari 2022 tot en met augustus 2022 is wekelijks een sessie met prestatiecode CO0594 vergoed. Verzoeker heeft een nota van € 236,41 per sessie gedeclareerd. Omdat de psychiater niet is gecontracteerd, zijn de kosten vergoed tot het maximum van € 152,51 per sessie. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat verzoeker in november 2021 het bericht werd gestuurd met informatie over zijn verzekeringen in 2022. Hij ontving een polisblad en een overzicht van de wijzigingen in de vergoedingen voor 2022. In dit overzicht is vermeld dat voor een GGZ-behandeling door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vooraf toestemming moet worden gevraagd, onder andere bij behandeling zonder opname met meer dan 35 sessies. Volgens de behandelend psychiater staat het recht op privacy van verzoeker eraan in de weg om een onderbouwing te geven van de noodzaak tot wekelijkse consulten. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat hij zonder de gevraagde informatie in redelijkheid zijn (wettelijke) taak niet kan uitvoeren om de aanspraak op (vergoeding van) de zorg te beoordelen.

- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat voor hem de diagnosecode niet noodzakelijk is voor de beoordeling. De klinische redenering in verband met de frequentie en de behandelduur blijft echter onvoldoende. Zonder de gevraagde informatie kan de aanvraag niet worden beoordeeld, en kan dus ook geen machtiging worden afgegeven.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 1 augustus 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het geschil betreft de vraag of verzoeker (vanaf september 2022) gezien zijn klachten van angst, angstequivalenten en angstige vermijding met aanvankelijk ernstig beperkt functioneren, redelijkerwijs was aangewezen op langdurige psychoanalytische psychotherapie.

De vraag of verzoeker wel of niet (naar inhoud en omvang) redelijkerwijs is aangewezen op de zorg in geschil kan op basis van de in het dossier beschikbare informatie niet worden beantwoord. Het dossier bevat geen recent behandelplan of uitgebreide evaluatie van het behandelplan. Deze stukken zijn nodig om de vraag te kunnen beantwoorden of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op de psychoanalytische psychotherapie.

Nader onderzoek

Om te beoordelen of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op psychoanalytische psychotherapie is een antwoord op de volgende vragen nodig, onderbouwd met een kopie van het behandelplan en evaluatie van dit behandelplan in 2022:

- *Is bij verzoeker primair sprake van een chronische angststoornis, somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (as I) of (ook) van een persoonlijkheidsstoornis? De reden voor deze vraag is dat het Zorginstituut bij de beoordeling van het criterium "redelijkerwijs aangewezen op" onder andere kijkt naar wat de zorgstandaarden en richtlijnen van de beroepsgroep hierover zeggen. Op basis van de beschrijving van de problematiek bij verzoeker, vraagt het Zorginstituut zich af of voor deze beoordeling de zorgstandaard angstklachten en angststoornissen (2017), de zorgstandaard SOLK en somatoforme stoornissen (2018) en/of de zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen (2017) het meest passend is? De zorgstandaard Psychotherapie (2019) geeft immers aan dat voor afzonderlijke stoornissen de bestaande behandelrichtlijnen (de zorgstandaarden waarin beschreven staat wat de best passende zorg is bij specifieke problemen in een bepaalde fase van het behandeltraject) leidend zijn voor het professionele handelen.*
- *In de brief van 8 maart 2023 geeft de behandelaar aan dat de situatie van verzoeker sterk verbeterd is, maar het evenwicht nog wankel is en dat hij voortzetting van de therapie daarom noodzakelijk acht. Op basis van deze informatie kan mogelijk geconcludeerd worden dat inmiddels sprake is van een onderhoudsbehandeling. De behandelaar geeft aan dat hij de verlaging van de frequentie met het oog op een recidief onjuist acht. Is al een keer geprobeerd om de frequentie van de therapie (enigszins) te verlagen, en zo ja, wat was het effect hiervan op het functioneren van verzoeker?*
- *Hebben verzoeker en de behandelaar gezien de lange duur van de klachten en de behandeling bij een evaluatie ooit overwogen om de werkhypothese te herzien, de soort psychotherapeutische behandeling aan te passen, of een second opinion te vragen om diagnose of behandeladvies te toetsen? Zo nee, waarom niet?*

Advies

Het Zorginstituut adviseert nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij rekening gehouden wordt met het bovenstaande."

- 5.2. In het nader voorlopig advies van 1 oktober 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Aanvullende informatie

In reactie op het voorlopig advies d.d. 1 augustus 2024 van het Zorginstituut heeft de behandelaar aanvullende informatie aangeleverd. De behandelaar geeft namens verzoeker aan dat het behandelplan er in grote lijnen als volgt uit ziet: het doel is dat verzoeker "zich beter voelt en niet slechter" en "beter functioneert en niet slechter". De behandelinterventies bestaan uit steunend-uitpratende psychotherapie, vooral bedoeld om een recidief te voorkomen, en psychoanalytische elementen, met als doel de moeilijkheden van verzoeker in denk- en gevoelsniveau in relatie tot zijn levensgeschiedenis te begrijpen. Er wordt gesproken over waar nodig medicamenteuze ondersteuning, maar dit wordt niet nader gespecificeerd. In 2022 vond volgens de behandelaar geen formele evaluatie van het behandelplan plaats.

De behandelaar geeft namens verzoeker aan dat hij geen antwoord zal geven op de vraag welke diagnose is gesteld. Zijn besluit om geen diagnostische classificatie te verstrekken komt voort uit het feit dat verweerder een kopie krijgt van het geschil, terwijl verzoeker een privacyverklaring GGZ heeft getekend.

Op de vraag of al een keer is geprobeerd om de frequentie van de therapie te verlagen, geeft de behandelaar impliciet aan dat dit niet is gebeurd. Behandelaar schrijft dat na eerdere behandelingen in 1977-1978, 1989-1990, 1994-1997 en 2000-2015 steeds een recidief optrad. De behandelaar zegt om die reden extra voorzichtig te zijn. Waaruit de recidieven bestond, wordt niet beschreven. De huidige behandeling startte in 2015, al dan niet direct aansluitend op de in 2015 afgesloten behandeling, en vindt sindsdien wekelijks plaats.

Daarnaast geeft de behandelaar namens verzoeker aan dat er gedurende de huidige behandeling nooit is overwogen om de werkhypothese te herzien, de soort psychotherapeutische behandeling aan te passen, of een second opinion te vragen om diagnose of behandeladvies te toetsen. Hiertoe bestond, aldus de behandelaar, geen goede reden.

(...)

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het geschil betreft de vraag of verzoeker (vanaf september 2022) gezien zijn klachten van angst, angstequivalenten en angstige vermijding met aanvankelijk ernstig beperkt functioneren, redelijkerwijs was aangewezen op langdurige psychoanalytische psychotherapie.

In het standpunt 'psychoanalyse en langdurige psychoanalytische psychotherapie' heeft het Zorginstituut beoordeeld dat langdurige psychoanalytische psychotherapie zorg is zoals medisch specialisten en klinisch psychologen plegen te bieden. Ook heeft het Zorginstituut in algemene zin beoordeeld dat langdurige psychoanalytische psychotherapie voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Dit betekent echter niet dat iedere behandeling met langdurige psychoanalytische psychotherapie is aan te merken als een te verzekeren prestatie op grond van de Zvw.

Voor geneeskundige GGZ geldt dat slechts van verzekerde zorg sprake kan zijn, wanneer bij een verzekerde een psychische stoornis is vastgesteld die is opgenomen in de DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) en deze stoornis onder de aanspraak geneeskundige GGZ valt.

Nu de behandelaar weigert aan te geven welke diagnose bij verzoeker is gesteld, kan niet beoordeeld worden of sprake is van verzekerde geneeskundige GGZ en of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op langdurige psychoanalytische psychotherapie. De toelichting van de behandelaar d.d. 24 augustus 2024, met verwijzing naar de privacyverklaring GGZ, maakt dit niet anders. Het is aan verzoeker om aan te tonen dat hij redelijkerwijs is aangewezen op een bepaalde vorm van zorg.

Conclusie

Aangezien op basis van de beschikbare informatie in het dossier de DSM-5 diagnose van verzoeker onbekend is, kan het Zorginstituut niet beoordelen of sprake is van verzekerde zorg en of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op behandeling met langdurige psychoanalytische psychotherapie."

- 5.3. In het definitief advies van 28 januari 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"U vraagt het Zorginstituut in te gaan op de stelling van verweerder dat de diagnosecode niet noodzakelijk is voor de beoordeling of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van psychoanalytische psychotherapie.

Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op. In het voorlopig advies d.d. 1 augustus 2024 heeft het Zorginstituut aangegeven welke informatie het Zorginstituut nodig acht voor de beoordeling van onderhavig geschil. Hoewel het verzoeker en behandelaar vrij staat om de gevraagde medisch inhoudelijke informatie niet te verstrekken, kan het Zorginstituut zonder deze informatie niet beoordelen of er sprake is van verzekerde geneeskundige GGZ en of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op langdurige psychoanalytische psychotherapie.

Daarnaast heeft u het Zorginstituut gevraagd in te gaan op de stelling van verweerder dat de klinische redenering ten aanzien van de duur en frequentie van de behandeling onvoldoende is. Nu op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet is vast te stellen of er bij verzoeker sprake is van een psychische stoornis en of deze onder de aanspraak van geneeskundige GGZ valt, kan het Zorginstituut de klinische redenering van de duur en frequentie van de behandeling ook niet beoordelen."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 51 van de 'Algemene regels' van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over specialistische GGZ en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 7.2. Op grond van het artikel 'gespecialiseerde ggz', op pagina 191 en verder van de voorwaarden van de zorgverzekering, bestaat aanspraak op specialistische GGZ bij een ernstige psychische stoornis volgens de DSM-5.
- In het geval de zorgaanbieder een zelfstandig zorgverlener is, moet de zorg worden verleend door een klinisch psycholoog, psychotherapeut, klinisch neuropsycholoog, of psychiater. Verder is - voor zover hier van belang - in dit artikel bepaald dat de verzekerde toestemming moet vragen aan de ziektekostenverzekeraar als de zorgaanbieder niet door hem is gecontracteerd en betrokkene meer dan 35 consulten nodig heeft.
- In artikel 24 van de voorwaarden van de zorgverzekering is opgenomen dat de aanspraak beperkt blijft tot vergoeding van zorg waarop de verzekerde naar inhoud en omvang in redelijkheid is aangewezen.

- 7.3. De commissie overweegt dat in het geval van verzoeker meer dan 35 behandelingen hebben plaatsgevonden, en dat hij wordt behandeld door een psychiater die niet is gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar. Eerdergenoemde voorwaarde uit de zorgverzekering is dus op verzoeker van toepassing. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar - onweersproken - gesteld dat verzoeker in november 2021, derhalve voorafgaand aan de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden met ingang van 2022, hiervan op de hoogte is gesteld. Om de kosten van verdere behandeling door deze zorgaanbieder vergoed te krijgen, was verzoeker dus met ingang van genoemd jaar gehouden toestemming te vragen aan - en te verkrijgen van - de ziektekostenverzekeraar.
- 7.4. Het staat vast dat verzoeker niet vooraf toestemming heeft gevraagd voor de behandelingen na 1 september 2022. Eerst op 6 december 2022 werd bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor een machtiging voor - voortgezette - psychoanalytische psychotherapie ingediend. Voor zover het de tijdig aangevraagde zorg betreft geldt het volgende. Zoals door het Zorginstituut in het nader voorlopig advies wordt toegelicht, is niet elke behandeling met langdurige psychoanalytische psychotherapie aan te merken als een te verzekeren prestatie op grond van de Zvw, en bestaat hierop alleen aanspraak in geval van een psychische stoornis volgens de DSM-5. Verzoeker, onderscheidenlijk de behandelend psychiater namens hem, heeft een beroep gedaan op de privacyverklaring GGZ en geweigerd de diagnose bekend te maken. In artikel 4.3 van de Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg van de NZa is geregeld dat in geval van een dergelijke verklaring bepaalde informatie niet hoeft te worden verstrekt. Dit laat onverlet dat de ziektekostenverzekeraar moet kunnen controleren of (i) sprake is van verzekerde zorg en (ii) een verzekerde hierop redelijkerwijs is aangewezen. Onbekend is welke diagnose door de behandelend psychiater bij verzoeker is gesteld en of sprake is van geneeskundige GGZ, zodat niet vast staat dat het verzekerde zorg betreft. Tevens kan hierdoor de klinische redenering ten aanzien van de duur en de frequentie van de behandeling niet worden beoordeeld, waardoor niet vast staat dat verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op verdere langdurige psychoanalytische psychotherapie. Ingevolge artikel 150 Rv en de jurisprudentie is het uitgangspunt dat degene die meent een vordering op de verzekeraar te hebben, op grond van een bij deze verzekeraar afgesloten verzekeringsovereenkomst, de stelplicht en bewijslast heeft van zijn op een rechtsgevolg gerichte stelling dat sprake is van dekking onder de verzekeringsovereenkomst. Dat geldt ook voor de zorgverzekering (zie Hoge Raad 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469). Het lag dus op de weg van verzoeker om aan te tonen dat (i) sprake is van verzekerde zorg en (ii) dat hij op deze zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Nu onvoldoende informatie is aangeleverd om tot een dergelijke beoordeling te komen, mocht de ziektekostenverzekeraar weigeren een machtiging af te geven. Hetgeen verzoeker heeft gesteld over de eerdere vergoeding van kosten, de inrichting van de nota van de psychiater, en het op deze rustende beroepsgeheim kan niet leiden tot een andere conclusie.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde. Daarom kan op grond van deze verzekering het verzoek niet worden toegewezen.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 maart 2025,

mr. drs. 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 beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

● 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 voor consulten bij aanpassingsstoornis en werk- en relatieproblemen Max. per kalenderjaar
Topfit	€ 1.000 voor consulten bij aanpassingsstoornis en werk- en relatieproblemen Max. per kalenderjaar
Superfit	€ 1.500 voor consulten 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. En kan ook andere behandelaars inzetten. Uw regiebehandelaar zorgt dan voor een goede samenwerking en heeft een coördinerende rol. Wie voor de behandeling 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 Zorgzoeker 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 overzicht. Alles hierboven betaalt u zelf. Dit geldt niet voor zorg uit de aanvullende verzekering.

De basisverzekering vergoedt niet: behandeling van werkproblemen², relatieproblemen en aanpassingsstoornissen³.

Psychische zorg

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.

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 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 ggz](#)
- 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. [Zo werkt 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 verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts of SEH-arts⁴. Als het gaat om een aanpassingsstoornis (alleen aanvullende verzekering) mag de verwijzing ook van een jeugdarts komen. Bij acute zorg⁵ is geen verwijzing nodig.

Als u onder behandeling bent in de gespecialiseerde ggz, dan kan uw regiebehandelaar 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 [Zorgzoeker](#) 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.

• 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 goedgekeurd kwaliteitsstatuut hebben en zich houden aan veldafspraken

In het kwaliteitsstatuut ggz staat aan welke kwaliteitseisen de zorgverlener voldoet, en hoe de zorg er is geregeld. U vindt het kwaliteitsstatuut op de website van de zorgverlener. In de veldafspraken⁶ staan afspraken over verantwoording, controles en gepast gebruik. Heeft uw zorgverlener geen goedgekeurd kwaliteitsstatuut of houdt die zich niet aan de veldafspraken? Dan kan dit gevolgen hebben voor uw vergoeding.

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.

Wachttijd? 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.

Uitleg

1. Gz-psycholoog: Ook: gezondheidszorgpsycholoog
2. Werkproblemen: Bijvoorbeeld burn-out en overspannenheid
3. Aanpassingsstoornissen: 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
4. SEH-arts: Spoedeisende hulp arts
5. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
6. Veldafspraken: Dit zijn afspraken die landelijk gemaakt zijn tussen zorgverleners in de ggz, zorgverzekeraars en toezichthouders over hoe zij samen de ggz inrichten, declareren en controleren

● 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. Soms krijgt u geneesmiddelen. 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. En kan ook andere behandelaars inzetten. Uw regiebehandelaar zorgt dan voor een goede samenwerking en heeft een coördinerende rol. Wie voor de behandeling 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 [Zorgzoeker](#) 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 [overzicht](#). Alles hierboven betaalt u zelf.

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 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 ggz
- 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. Zo werkt 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-arts⁵. Dit betekent dat de huisarts of medisch specialist vindt dat de gespecialiseerde ggz de meest geschikte behandelvorm is. Bij acute zorg⁶ 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 Zorgzoeker 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.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

U moet vooraf toestemming van ons hebben als uw zorgverlener geen contract met ons heeft en:

- u meer dan 35 consulten nodig heeft, of
- u korter dan 1 jaar wordt opgenomen, of
- u Esketamine neusspray (Spravato) krijgt voorgeschreven

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 toestemming 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.

Soms krijgt u uw geneesmiddelen van uw ggz-instelling

Krijgt u bij uw behandeling geneesmiddelen? Dan vallen die meestal onder de vergoeding Geneesmiddelen basisverzekering. Behalve als de ggz-instelling het geneesmiddel levert. Dan valt het geneesmiddel onder deze vergoeding.

Uw zorgverlener moet een goedgekeurd kwaliteitsstatuut hebben en zich houden aan veldafspraken

In het kwaliteitsstatuut ggz staat aan welke kwaliteitseisen de zorgverlener voldoet, en hoe de zorg er is geregeld. U vindt het kwaliteitsstatuut op de website van de zorgverlener. In de veldafspraken⁷ staan afspraken over verantwoording, controles en gepast gebruik. Heeft uw zorgverlener geen goedgekeurd kwaliteitsstatuut of houdt die zich niet aan de veldafspraken? Dan kan dit gevolgen hebben voor uw vergoeding.

Let op bij zorg in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. Daardoor krijgt u misschien niet alles vergoed. En voor een opname in het buitenland moet u altijd vooraf toestemming van ons hebben.

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen zien wij de opname ook als doorlopend. Is de onderbreking voor vakantie- of weekendverlof? Dan tellen de verlofdagen mee voor het volmaken van de 3 jaar.

Wachlijst? 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.

Uitleg

1. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
2. Gz-psycholoog: Ook: gezondheidszorgpsycholoog
3. Werkproblemen: Bijvoorbeeld burn-out en overspannenheid
4. Aanpassingsstoornissen: 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. SEH-arts: Spoedeisende hulp arts
6. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
7. Veldafspraken: Dit zijn afspraken die landelijk gemaakt zijn tussen zorgverleners in de ggz, zorgverzekeraars en toezichthouders over hoe zij samen de ggz inrichten, declareren en controleren

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°. 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 verslachte 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 gehemeltespelen, 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.

● 3. Ik ben verzekerd bij ONVZ

U heeft een verzekering bij ONVZ. Dan heeft u recht op vergoeding van zorg en diensten volgens de regels van die verzekering. Hier leest u daar meer over.

Stel: u heeft bij ons een verzekering en u heeft fysiotherapie nodig. Wordt dat vergoed? En is het eigen risico van toepassing, of geldt er een eigen bijdrage?

● Ik heb zorg nodig

21. Heeft u zorg nodig? De volgende regels en de vergoedingen bepalen of wij de zorg of diensten vergoeden. Meestal gaat vergoeding vanzelf. De zorgverlener vraagt rechtstreeks vergoeding van ONVZ. En ONVZ betaalt rechtstreeks aan de zorgverlener.

U mag het recht op vergoeding van zorgkosten niet aan iemand anders overdragen zonder onze toestemming (cessie). En niet gebruiken om iemand anders zekerheid te geven dat u een rekening van die ander gaat betalen (pandrecht).

Wij betalen altijd in euro's. Bij rekeningen in een andere muntsoort rekenen wij het bedrag om naar euro's. Met de wisselkoers op de laatste werkdag van de maand vóór de maand waarin u de zorg ontvangt.

22. **Uw verzekering vergoedt de zorg en geeft recht op de diensten die in de vergoedingen staan. Als aan de voorwaarden is voldaan.** Dat zijn de voorwaarden in de algemene regels die u nu leest. En de voorwaarden die bij de vergoedingen op de site staan.

In deze algemene regels staat bijvoorbeeld dat wij alleen zorg vergoeden die u in redelijkheid nodig heeft. Dit geldt dan altijd. Ook al wordt dit niet steeds herhaald.

Bij de vergoeding kan staan dat u van ons vooraf toestemming moet hebben voor u voor behandeling naar de zorgverlener gaat.

23. **De verzekering vergoedt de zorg en diensten zolang u bij ons verzekerd bent.** Op de datum van behandeling of de datum van aflevering (bij bijvoorbeeld een geneesmiddel) moet u dus bij ons verzekerd zijn. Brengt uw zorgverlener de hele behandeling met 1 tarief in rekening, zoals bij een dbc? Dan moet u op de datum van het openen van de dbc bij ons verzekerd zijn.

24. **Wij vergoeden alleen de zorg:**

a. die naar inhoud en omvang effectief en veilig is

Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond dat de zorg goed werkt. En dit in de praktijk is gebleken. Als deze maatstaf er niet is, dan geldt wat het betrokken vakgebied goede zorg vindt. Dat is de zorg die de groep van zorgverleners normaal gesproken verleent.

b. en waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen

Dit is het geval als de zorg voor u doelmatig is. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn. Dit geldt ook voor diensten.

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen redelijke afstand van uw woonadres. Wat redelijk is, hangt af van de soort zorg en hoe dringend de zorg nodig is.