



# ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Geneeskundige zorg, GGZ, verplicht eigen risico, indicatie, gedeclareerde uren

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.1, 2.4, 2.17 en 2.18 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018, Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten

Zaaknummer : 201801722

Zittingsdatum : 24 juli 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 24 februari 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat (i) het aantal door de zorgaanbieder gedeclareerde uren onjuist is, (ii) de ziektekostenverzekeraar in het verlengde hiervan de nota voor het door verzoekster verschuldigde eigen risico moet aanpassen, en (iii) zij geen incassokosten is verschuldigd wegens het niet tijdig betalen van die nota (hierna: het verzoek).
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 juni 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 juni 2019 aan verzoekster gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 juni 2019 aanvullende stukken aan de commissie gezonden. Afschriften hiervan zijn op 8 juli 2019 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 juli 2019 gehoord. Omdat partijen niet gelijktijdig zijn gehoord, zijn zij in de gelegenheid gesteld schriftelijk te reageren op de van de hoorzitting gemaakte aantekeningen. Partijen hebben hiervan beiden op 5 augustus 2019 gebruik gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 7 augustus 2019 ter informatie aan de wederpartij gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen FNV Zorg 2 en FNV TandZorg 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).  
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 juli 2018 aan verzoekster meegedeeld dat zij een bedrag van € 271,59 aan hem is verschuldigd vanwege het verplicht eigen risico 2018 ter zake van zorg en/of diensten, verleend door een zorgaanbieder in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar diverse keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 23 juli 2018, 15 augustus 2018 en 28 augustus 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn beslissing te handhaven.

4. Bevoegdheid van de commissie

4.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

5. Geschil

5.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is het bedrag dat hij vordert van verzoekster ter zake van het verplicht eigen risico 2018 aan te passen, omdat volgens haar de zorgaanbieder op een onjuiste basis (zowel wat betreft de verleende zorg als het aantal gedeclareerde uren) heeft gedeclareerd. Daarnaast wenst verzoekster geen incassokosten te betalen, omdat nog steeds niet vaststaat dat het bij haar in rekening gebrachte bedrag voor het eigen risico 2018 correct is. Tot slot maakt verzoekster bezwaar tegen het feit dat op het uitkeringsbesluit is vermeld dat het GGZ-zorg betreft.

6. Verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving

6.1. De voorwaarden van de zorgverzekering bepalen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geestelijke gezondheidszorg (GGZ) bestaat. De betreffende passage is opgenomen op de pagina's 18 tot en met 22. De voorwaarden van de zorgverzekering regelen voorts het verplicht eigen risico. De betreffende passage is opgenomen op de pagina's 7 en 8.

De artikelen 10 en 11 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) zien op het te verzekeren risico respectievelijk de te verzekeren prestaties.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering (Bzv). Het verplicht eigen risico staat in de artikelen 19 en 21 Zvw, en 2.17 en 2.18 Bzv.

In artikel 17.3 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten van de Nederlandse Zorgautoriteit is bepaald welke informatie op het declaratieoverzicht moet staan.

De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving staan in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

7. Beoordeling

7.1. Verzoekster had begin 2018 last van slaapproblemen. Zij is naar de huisarts gegaan voor slaapmedicatie. Omdat gewone slaapmedicatie bij verzoekster niet werkt, heeft de huisarts haar voorgesteld een 'psychiatrisch middel' te gebruiken, dat als bijwerking heeft dat betrokkene meer gaat slapen. De huisarts mag een dergelijk middel echter niet voorschrijven. Daarom is verzoekster verwezen naar een psychiater. Omdat zij niet maanden kon wachten op het eerste consult, heeft de huisarts 'spoed' bij de verwijzing vermeld. Verzoekster heeft op 19 maart 2018 een gesprek gehad met twee verpleegkundigen. Zij heeft toen uitgelegd waarom zij niet kon slapen. Aan het eind van het gesprek heeft de psychiater ongeveer tien minuten met verzoekster gesproken over de medicatie. Omdat het om een 'psychiatrisch middel' gaat, moest verzoekster een vervolgspraak maken. Verzoekster heeft steeds aangegeven dat zij geen verdere afspraken wilde, maar volgens de zorgaanbieder was dit verplicht. Het tweede gesprek was ook met twee verpleegkundigen en heeft één uur geduurd.

De zorgaanbieder heeft volgens verzoekster teveel uren in rekening gebracht. Ook staat op het urenoverzicht dat een onderzoek heeft plaatsgevonden, maar dit is niet juist. De berekende indirecte tijd is voor verzoekster niet herleidbaar. Dit geldt ook voor de reistijd. Hierbij merkt verzoekster op dat de bezoeken werden gecombineerd met een gesprek met een andere persoon uit haar woonplaats. Zij vindt het daarom niet terecht dat de kosten hiervan volledig voor haar rekening komen. Ook is ten onrechte gedeclareerd voor crisiszorg.

Verzoekster benadrukt dat zij zich alleen in verband met slaapproblemen tot de zorgaanbieder heeft gewend. Er is geen sprake van een psychische aandoening of een behandeling hiervan. Zij is dan ook van mening dat geen behandeling heeft plaatsgevonden en dat geen GGZ-zorg is verleend. Er is immers alleen medicatie voorgeschreven en haar is gevraagd of zij hierdoor beter slaapt. Verzoekster vindt daarom dat zij ter zake niet het eigen risico 2018 is verschuldigd. Verzoekster heeft er ook bezwaar tegen dat op de uitkeringsspecificatie staat vermeld dat het GGZ-zorg betreft. Zij wil niet worden aangemerkt als GGZ-patiënte.

- 7.2. De ziektekostenverzekeraar heeft ten behoeve van verzoekster een nota van een zorgaanbieder vergoed. Deze zorgaanbieder is een GGZ-instelling. Omdat het verplicht eigen risico 2018 op dat moment nog niet was volgemaakt, heeft de ziektekostenverzekeraar € 271,59 ten laste van dit eigen risico gebracht. Verzoekster moet genoemd bedrag aan de ziektekostenverzekeraar betalen. Omdat zij hierin nalatig is gebleven, zijn haar incassokosten in rekening gebracht. Op 19 maart 2018 heeft verzoekster een gesprek gehad bij de zorgaanbieder. Hierna hebben nog verschillende (telefoon)gesprekken plaatsgevonden. Dat zorg is verleend, staat volgens de ziektekostenverzekeraar vast. Daarom wordt het bij verzoekster in rekening gebrachte verplicht eigen risico 2018 niet gecrediteerd. Naar aanleiding van de door verzoekster ingediende klacht heeft de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen met de zorgaanbieder. De zorgaanbieder heeft een en ander nagekeken, en geconcludeerd dat de verleende zorg correct is gedeclareerd. De desbetreffende zorg heeft verrichtingencode 25B002 met de omschrijving 'Gespecialiseerde GGZ, Crisisopvang bestede tijd vanaf 1200 t/m 1799 minuten'. Het door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde tarief voor deze zorg bedraagt € 3.209,09. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de huisarts op de verwijzing heeft vermeld dat het om 'crisisopvang' gaat. Op de uitkeringsspecificatie staat de naam van de zorgaanbieder vermeld. Dit is verplicht. Dat uit deze naam blijkt dat sprake is van GGZ vloeit voort uit die verplichting.
- 7.3. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door de zorgaanbieder ingediende declaratie. Aangezien de zorgaanbieder rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoekster niet vooraf inzage gehad in de nota en heeft zij niet de mogelijkheid gehad betaling te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het eigen risico - echter wel gedeeltelijk voor haar rekening. De vraag die ter beantwoording voorligt, is derhalve of de ziektekostenverzekeraar betaling van de nota had moeten weigeren dan wel bij de zorgaanbieder had moeten aandringen op correctie.
- 7.4. Gezien de stelling van verzoekster dat aan haar door de zorgaanbieder geen zorg is verleend overweegt de commissie als volgt. Verzoekster heeft zich met een zorgvraag, namelijk het oplossen van haar slaapproblemen, op verwijzing van de huisarts gewend tot de zorgaanbieder. De zorgaanbieder heeft na een eerste gesprek met verzoekster aan haar medicatie voorgeschreven. Daarna hebben nog diverse gesprekken met verzoekster plaatsgevonden. De commissie concludeert op grond hiervan dat de zorgaanbieder GGZ-zorg heeft verleend aan verzoekster. Dat geen diagnose is gesteld, en dat in de ogen van verzoekster geen behandeling heeft plaatsgevonden (behalve de verstrekking van medicatie), maakt dit niet anders.
- 7.5. Binnen de door de zorgaanbieder gedeclareerde DBC dient rekening te worden gehouden met zowel de directe als de indirecte tijd. Laatstgenoemde tijd betreft bijvoorbeeld verslaglegging en overleg. Dat gevraagd of ongevraagd tijd wordt besteed aan een patiënt, maakt het in rekening brengen van deze tijd niet anders. De ziektekostenverzekeraar heeft de hieraan verbonden kosten vergoed aan de zorgaanbieder. Gelet op het naturakarakter van de zorgverzekering, en het feit dat de desbetreffende zorgaanbieder door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, is de ziektekostenverzekeraar gehouden gedegen onderzoek te doen naar de hoogte van de bij hem ingediende nota. Hij heeft hieraan voldaan door naar aanleiding van de klacht van verzoekster contact op te nemen met de zorgaanbieder en navraag te doen naar de declaratie. De zorgaanbieder heeft hierop verklaard dat de gedeclareerde uren overeenkomen met de zorg die is verleend.

- 7.6. Uit het aantal uren dat verzoekster heeft genoemd en de aantekeningen die zij heeft gemaakt op het urenoverzicht van de zorgaanbieder, valt op te maken dat in ieder geval 430 minuten aan directe tijd is besteed. Verzoekster heeft niet aangevoerd dat de gedeclareerde indirecte tijd niet correct zou zijn, daarom gaat de commissie uit van de juistheid hiervan. Dit zijn 489 minuten. Daarnaast staat vast dat in ieder geval twee huisbezoeken hebben plaatsgevonden. Dat verzoekster niet heeft verzocht om een dergelijke vervolgspraak is hierbij niet van belang. De reistijd van de locatie van de zorgaanbieder naar het woonadres van verzoekster bedraagt ruim een half uur enkele reis. Er zijn per huisbezoek twee zorgverleners aanwezig geweest. De tijdsbesteding die heeft plaatsgevonden bedraagt aldus ten minste 1.200 minuten. Uit de tariefbeschikking van de NZa volgt dat voor de DBC voor 'crisis - vanaf 1.200 tot en met 1.799 minuten' een tarief geldt van € 3.209,09.
- 7.7. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat geen sprake was van crisiszorg zoals opgenomen in de beschrijving bij het tarief. De huisarts heeft echter bij de verwijzing verklaard dat het om 'spoed' ging. Dit is door verzoekster onderschreven. In geval van spoed valt de zorg onder crisiszorg. Als dit niet het geval was geweest, was verzoekster op de wachtlijst gekomen en had zij (veel) langer moeten wachten op behandeling.
- 7.8. De commissie overweegt dat in 2018 een verplicht eigen risico gold van € 385,-. Dit was op het moment dat de kosten van de onderhavige zorg werden gemaakt nog niet volledig volgemaakt. Een bedrag van € 271,59 stond nog open. De kosten van GGZ-zorg zijn niet uitgesloten van het verplicht eigen risico. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve het juiste bedrag aan eigen risico 2018 bij verzoekster in rekening gebracht.
- 7.9. Omdat tijdige betaling van het verschuldigde eigen risico uitbleef, was de ziektekostenverzekeraar gerechtigd bij verzoekster incassokosten in rekening te brengen.
- 7.10. Met betrekking tot hetgeen op het uitkeringsbesluit is vermeld, stelt de commissie vast dat in artikel 17.3 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is bepaald dat tot de hierin op te nemen gegevens onder andere behoren: "de zorgaanbieder" en "de consumentenbeschrijving van de gedeclareerde zorg, voor zover de privacy van de medeverzekerden niet onevenredig wordt aangetast". Aangezien de op het uitkeringsbesluit vermelde informatie geen betrekking heeft op een medeverzekerde, en de vermelding overigens voldoet aan de door de NZa gestelde eisen, wordt het bezwaar dat verzoekster hiertegen maakt gepasseerd.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 augustus 2019

mr. L. Ritzema

- 17.3 Zorgverzekeraars vermelden in de declaratieoverzichten ten behoeve van het eigen risico in ieder geval de volgende punten, op een voor de verzekerde begrijpelijke wijze:
- achternaam, voorletters, en geboortedatum van de verzekerde die het betreft;
  - de zorgaanbieder;
  - de consumentenomschrijving van de gedeclareerde zorg, voor zover de privacy van de medeverzekerden niet onevenredig wordt aangetast;
  - datum van behandeling;
  - bedrag gedeclareerde kosten;
  - waar het aan de verzekerde in rekening te brengen bedrag betrekking op heeft: eigen bijdrage, eigen risico of afgewezen declaratie (aangeven wat van toepassing is);
  - resterend bedrag eigen risico.

**Kenmerk**  
TH/NR-010  
**Pagina**  
8 van 28

## **18. Vermelden van de op de markt gebrachte modelovereenkomsten**

- 18.1 De zorgverzekeraar vermeldt alle modelovereenkomsten volgens welke hij zorgverzekeringen aanbiedt, op de website.
- 18.2 De zorgverzekeraar stuurt desgevraagd de polisvoorwaarden en reglementen per post of digitaal naar de consument.

## **19. Voorkeursbeleid geneesmiddelen**

- 19.1 De zorgverzekeraar vermeldt op de website de volgende punten over het voorkeursbeleid geneesmiddelen:
- uitleg wat het voorkeursbeleid geneesmiddelen inhoudt;
  - de werkzame stoffen waarvoor het beleid geldt en de vermelding van de geneesmiddelen waar de verzekerde (al dan niet onder voorwaarden) aanspraak op heeft voor vergoeding;
  - de procedure/actie die de verzekerde moet ondernemen als behandeling met een ander geneesmiddel dan het preferente geneesmiddel medisch noodzakelijk is;
  - welk geneesmiddel voor vergoeding in aanmerking komt, wanneer een preferent middel niet leverbaar is.

Wanneer de zorgverzekeraar rechtstreeks met de fabrikant onderhandelt over de prijs of een bonus of korting:

- de manier waarop het voorkeursbeleid geneesmiddelen doorwerkt op het eigen risico van de verzekerde.
- 19.2 Als de zorgverzekeraar voor geneesmiddelen voorlopige prijzen hanteert waarop achteraf correcties kunnen plaatsvinden, dan vermeldt de verzekeraar de mogelijke gevolgen hiervan voor de verzekerde op de website.
- 19.3 Als de zorgverzekeraar wijzigingen aanbrengt in zijn voorkeursbeleid geneesmiddelen, vermeldt hij dit tijdig op de website en informeert hij alle verzekerden hier tijdig over.

**BIJLAGE 1: Diagnose behandeling combinaties (dbc's) in euro's**

<b>Deelprestaties behandeling</b>		<b>Standaard (maximum)tarief</b>
<b>Bijzondere productgroepen</b>		
<b>Diagnostiek</b>		
007	Diagnostiek - vanaf 0 tot en met 99 minuten	€ 160,57
008	Diagnostiek - vanaf 100 tot en met 199 minuten	€ 331,94
009	Diagnostiek - vanaf 200 tot en met 399 minuten	€ 639,16
162	Diagnostiek - vanaf 400 tot en met 799 minuten	€ 1.181,01
307	Diagnostiek - vanaf 800 minuten	€ 2.114,66
<b>Crisis</b>		
013	Crisis - vanaf 0 tot en met 99 minuten	€ 170,09
014	Crisis - vanaf 100 tot en met 199 minuten	€ 351,47
015	Crisis - vanaf 200 tot en met 399 minuten	€ 670,66
016	Crisis - vanaf 400 tot en met 799 minuten	€ 1.264,17
165	Crisis - vanaf 800 tot en met 1.199 minuten	€ 2.171,53
213	Crisis - vanaf 1.200 tot en met 1.799 minuten	€ 3.209,09
214	Crisis - vanaf 1.800 minuten	€ 5.457,50
<b>Productgroepen behandeling kort</b>		
215	Behandeling kort - vanaf 0 tot en met 99 minuten	€ 165,35
216	Behandeling kort - vanaf 100 tot en met 199 minuten	€ 379,79
217	Behandeling kort - vanaf 200 tot en met 399 minuten	€ 696,11
264	Behandeling kort - vanaf 400 minuten	€ 1.142,78
<b>Productgroepen langdurende of intensieve behandeling</b>		
<b>Aandachtstekort- en gedragsstoornissen</b>		
027	Aandachtstekort - en gedrag - vanaf 250 tot en met 799 minuten	€ 1.383,04
169	Aandachtstekort - en gedrag - vanaf 800 tot en met 1.799 minuten	€ 2.671,65
030	Aandachtstekort - en gedrag - vanaf 1.800 tot en met 2.999 minuten	€ 4.767,38
031	Aandachtstekort - en gedrag - vanaf 3.000 tot en met 5.999 minuten	€ 8.106,64

## EIGEN RISICO

U heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. Deze korting bedraagt per maand bij een eigen risico van € 100 een bedrag van € 3, bij een eigen risico van € 200 een bedrag van € 6, bij een eigen risico van € 300 een bedrag van € 9, bij een eigen risico van € 400 een bedrag van € 12, bij een eigen risico van € 500 een bedrag van € 20.

### LET OP

Sommige behandelingen worden gedeclareerd met een DBC-zorgproduct (diagnose behandelcombinatie), bijvoorbeeld de zorg die u in een ziekenhuis krijgt. Een DBC-zorgproduct omvat alle activiteiten en verrichtingen die het ziekenhuis en de medisch specialist uitvoeren voor diagnose en behandeling. Voor een DBC-zorgproduct declareert het ziekenhuis één bedrag. Als een DBC-zorgproduct in 2 jaren achter elkaar valt, dan tellen de kosten van het DBC-zorgproduct mee voor het eigen risico van het jaar waarin het DBC-zorgproduct is begonnen (openingsdatum). Dus als een DBC-zorgproduct wordt geopend in 2018 en gesloten in 2019, dan tellen de kosten van het DBC-zorgproduct mee voor het eigen risico van het jaar 2018. Als na het sluiten van een DBC-zorgproduct een nieuw (vervolg)DBC-zorgproduct wordt geopend, dan moet u voor dat nieuwe DBC-zorgproduct opnieuw eigen risico betalen.

## GEEN EIGEN RISICO

Het (verplicht en vrijwillig) eigen risico geldt niet voor:

- verloskundige zorg en kraamzorg (voor de kosten van laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen en (ambulance)vervoer geldt het eigen risico wel). Zorg tijdens en na de bevalling valt onder verloskundige zorg, ongeacht de uitkomst van de zwangerschap (bijvoorbeeld een miskraam). Deze kosten vallen niet onder het eigen risico. Ook kosten die verband houden met het behandelen van aandoeningen die zich tot 6 weken na de bevalling voordoen en verband houden met de zwangerschap, vallen niet onder het verplichte eigen risico,
- hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt (voor verbruiksartikelen van het hulpmiddel geldt het eigen risico wel),
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent,
- huisartsenzorg met inbegrip van zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg). Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht,
- medicatiebeoordeling chronisch Uitsluitend Recept-geneesmiddelengebruik, als u naar een apotheker of huisarts gaat,
- verpleging en verzorging (wijkverpleging),
- vervoer van de donor bij transplantatie dat wordt genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij het 8<sup>e</sup> en 9<sup>e</sup> punt van de opsomming onder 'Welke zorg',
- nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij het 7<sup>e</sup> punt van de opsomming onder 'Welke zorg', is verstreken,



- gezondheidsprogramma Stoppen met Roken als u dit volgt bij een door Menzis gecontracteerde zorgaanbieder,
- gezondheidsprogramma Beter Eten als u dit programma volgt bij een door Menzis gecontracteerde zorgaanbieder.

Als u een eigen bijdrage heeft of een eigen betaling doet, telt dat niet mee voor het eigen risico. Als de verzekering niet op 1 januari begint of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast. Eerst wordt het verplicht eigen risico toegepast, daarna het vrijwillig eigen risico. Als Menzis uw zorgnota rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, betaalt u of verzekeringnemer (ter keuze van Menzis) het eigen risico en de eventueel betaalde eigen bijdrage aan Menzis. U of verzekeringnemer ontvangt dan een nota van Menzis. Het eigen risico of een eigen bijdrage is ook van toepassing als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

### VOORBEELDEN

1. U wordt op 20 november 18 jaar. Het eigen risico gaat dan gelden vanaf 1 december. Dat jaar is het eigen risico voor 31/365 deel van toepassing.
2. U heeft een eigen risico van € 385. U wordt behandeld in het ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Menzis vergoedt de kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U ontvangt dan een nota van Menzis van € 385.
3. U wordt op 20 december 2018 opgenomen in het ziekenhuis, en op 10 januari 2019 weer ontslagen. Het eigen risico wordt nu eenmaal toegepast in het jaar 2018.

### VOLGORDE VAN DE EIGEN BETALINGEN

Op de vergoeding van een nota kunnen verschillende soorten eigen betalingen van toepassing zijn. De volgorde waarin deze worden toegepast, is als volgt:

1. van een ingediende nota wordt eerst het eventuele niet-verzekerde deel afgetrokken, daarna
2. het eventuele deel dat niet vergoed wordt omdat de zorgaanbieder met Menzis geen contract heeft, daarna
3. de eventuele eigen bijdrage, daarna
4. het nog openstaande deel van het verplichte eigen risico, daarna
5. het nog openstaande deel van het eventuele vrijwillig gekozen eigen risico.

### OVERIG

Forensische zorg als bedoeld in artikel 2 van het Interimbesluit forensische zorg en geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, 1<sup>e</sup> lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet is niet verzekerd in uw Basisverzekering. Ten behoeve van integrale zorgverlening hebben we afspraken met gemeenten gemaakt (artikel 14a van de Zorgverzekeringswet). Voor zover deze van belang zijn voor de verzekeringsvoorwaarden, zijn ze conform artikel 14a lid 1 in deze verzekeringsvoorwaarden verwerkt.

### BUITENLAND

**Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.**

**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 maximaal 37 behandelingen oefentherapie onder begeleiding van een fysio- of oefentherapeut als u etalagebenen heeft. Onder etalagebenen wordt verstaan: perifere arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine.

### WELKE ZORGAANBIEDER

U kunt naar een fysiotherapeut of oefentherapeut die is aangesloten bij ClaudicatioNet. Menzis heeft therapeuten gecontracteerd. U kunt uit deze therapeuten kiezen. Op [menzis.nl/zorgvinder](https://menzis.nl/zorgvinder) vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze FNV/Menzis Klantenservice op 088 222 44 44. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

### VERWIJZING

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

## ARTROSE VAN HEUP- OF KNIEGEWRICHT

**Artrose is slijtage van het gewricht. Het kraakbeen wordt dunner en raakt beschadigd.**

### WELKE ZORG

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u gedurende maximaal 12 maanden recht op maximaal 12 behandelingen oefentherapie onder begeleiding van een fysio- of oefentherapeut als u artrose van heup- of kniegewricht heeft.

### WELKE ZORGAANBIEDER

U kunt naar een fysiotherapeut of oefentherapeut. Menzis heeft therapeuten gecontracteerd. U kunt uit deze therapeuten kiezen. Op [menzis.nl/zorgvinder](https://menzis.nl/zorgvinder) vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze FNV/Menzis Klantenservice op 088 222 44 44. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

## 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<sup>e</sup> 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 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 44 44.
- U heeft geen recht op 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. De regiebehandelaar is de zorgverlener die eindverantwoordelijk is voor de totale behandeling. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief uzelf als patiënt en uw naasten, het centrale aanspreekpunt.

### Kwaliteitsstatuut

Elke zorgaanbieder moet 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.

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Alle door Menzis gecontracteerde zorgaanbieders hebben een kwaliteitsstatuut. Op [menzis.nl/zorgvinder](https://menzis.nl/zorgvinder) vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 44 44. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, controleer dan vóór de behandeling of deze zorgaanbieder een kwaliteitsstatuut heeft. U kunt hiervoor contact opnemen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 44 44. U kunt ook contact opnemen met de betreffende zorgaanbieder, naar de website van de zorgaanbieder gaan of naar [zorginzicht.nl](https://zorginzicht.nl). Als de zorgaanbieder waar u naartoe gaat geen kwaliteitsstatuut heeft, komt de verleende zorg niet voor vergoeding in aanmerking.

### VERWIJZING

U heeft alleen recht op generalistische basis GGZ als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, arts maatschappij en gezondheid of uw regiebehandelaar naar de generalistische basis GGZ. De datum op de verwijsbrief moet dus eerder zijn dan de datum van uw 1<sup>e</sup> bezoek aan de zorgaanbieder generalistische basis GGZ. In de verwijsbrief moet in ieder geval staan welke DSM-stoornis uw verwijzer 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 zorgaanbieder 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 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 44 44.
- U heeft geen recht op 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://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 44 44.

## 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. Er is altijd een psychiater of klinisch psycholoog onderdeel van het multidisciplinaire team dat u behandelt. De regiebehandelaar is de zorgverlener die eindverantwoordelijk is voor de totale behandeling. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt/cliënt en diens naasten, het centrale aanspreekpunt.

## Kwaliteitsstatuut

Elke zorgaanbieder moet 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.

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Alle door Menzis gecontracteerde zorgaanbieders hebben een kwaliteitsstatuut. Op [menzis.nl/zorgvinder](https://menzis.nl/zorgvinder) vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 44 44. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, controleer dan vóór de behandeling of deze zorgaanbieder een kwaliteitsstatuut heeft. U kunt hiervoor contact opnemen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 44 44. U kunt ook contact opnemen met de betreffende zorgaanbieder, naar de website van de zorgaanbieder gaan of naar [zorginzicht.nl](https://zorginzicht.nl). Als de zorgaanbieder waar u naartoe gaat geen kwaliteitsstatuut heeft, komt de verleende zorg niet voor vergoeding in aanmerking.

## VERWIJZING

U heeft alleen recht op gespecialiseerde GGZ zonder opname als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts, medisch specialist, arts maatschappij en gezondheid of uw regiebehandelaar. Deze verwijsbrief dient gedateerd te zijn van voor het bezoek aan de SGGZ, dient specifiek naar de SGGZ te verwijzen en dient ten minste te vermelden wat de door de verwijzer 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.

### **i** 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<sup>e</sup> 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](https://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:

- 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

- 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 44 44.
- 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 44 44.
- U heeft geen recht op 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 van de volgende behandelaren regiebehandelaar is:



### Artikel 10 Zvw:

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 Zvw:

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.

### Artikel 19 Zvw

1 Iedere verzekerde van achttien jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar.

2 Het bedrag, genoemd in het eerste lid, wordt jaarlijks geïndexeerd overeenkomstig het verschil in geraamde uitgaven voor de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, tussen het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking zal hebben en vergelijkbare uitgaven voor het jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar.

3 Indien het geïndexeerde bedrag naar beneden afgerond € 5 of een veelvoud daarvan verschilt van

het in het eerste lid genoemde bedrag, wordt dit bedrag bij ministeriële regeling gewijzigd, waarna het in die regeling genoemde bedrag in de plaats treedt van het in het eerste lid genoemde bedrag.

4 Rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten worden slechts op het verplicht eigen risico in mindering gebracht, indien deze door de zorgverzekeraar zijn ontvangen voor een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dag van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, tenzij het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor die dag is ingediend.

5 In afwijking van het vierde lid is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor de bij algemene maatregel van bestuur bepaalde dag is ingediend.

6 Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald op welke wijze het verplicht eigen risico in mindering wordt gebracht.

7 Het tweede en derde lid blijven buiten toepassing voor de jaren 2019, 2020 en 2021.

#### Artikel 21 Zvw

1 Het percentage van de kosten van zorg of overige diensten dat ten laste gaat van het verplicht eigen risico, wordt bij algemene maatregel van bestuur vastgesteld.

2 In afwijking van het eerste lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvoor de kosten geheel, gedeeltelijk of in het geheel niet onder het verplicht eigen risico vallen.

3 In afwijking van het eerste lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar, onder bij die maatregel te bepalen voorwaarden, kan bepalen dat de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen.

4 De zorgverzekeraar kan vormen van zorg of overige diensten aanwijzen waarvan de kosten niet onder het vrijwillig eigen risico vallen, met dien verstande dat bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten kunnen worden aangewezen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het vrijwillig eigen risico vallen.

#### Artikel 2.4 Bzv

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

a. de zorg niet omvat:

1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;

2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:

- ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
- ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;

3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er



sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;

4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;

5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;

b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:

1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;

2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;

3°. verlamde of verslapte 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 gehemeldespleten, 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.

#### Artikel 2.17 Bzv

1 Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten die buiten het verplicht eigen risico vallen, betreffen kosten van:

a. verloskundige zorg en kraamzorg,

b. zorg zoals huisartsen die plegen te bieden,

c. zorg als bedoeld in artikel 2.10,

d. zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen,

e. nacontroles van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d, is verstreken, en

f. de kosten van vervoer, bedoeld in artikel 2.5, tweede lid.

2 De zorgverzekeraar kan bepalen dat kosten van het gebruik van zorg en overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de wet geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, indien:

a. de verzekerde zich wendt tot een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder, of

b. de verzekerde een bij ministeriële regeling aangewezen gezondheidsbevorderend of op preventie gericht programma volgt, voor zover dat programma is aangewezen door de zorgverzekeraar en de kosten betrekking hebben op de aandoening waarvoor de verzekerde dat programma heeft gevolgd, of

c. de verzekerde gebruik maakt van door de zorgverzekeraar aangewezen farmaceutische zorg of hulpmiddel.

3 De dag, bedoeld in artikel 19, vierde lid, van de wet, is 31 december.

4 In afwijking van het derde lid is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor de in het derde lid genoemde dag is ingediend.

#### Artikel 2.18 Bzv

1 De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent, vallen buiten het vrijwillig eigen risico.

2 Onder kosten van inschrijving worden verstaan:

- a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
- b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of de instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerderbedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.