



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Eigen risico, verplicht eigen risico, geestelijke gezondheidszorg, acute zorgvraag
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.17 Bzv, 2.1 Rzv
Zaaknummer : 201802106
Zittingsdatum : 20 november 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

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 26 april 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 18 juli 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 29 juli 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 2 september 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) zaaknummer: 2019039459) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is tegelijk met de uitnodiging voor de hoorzitting op 30 oktober 2019 aan partijen gestuurd
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 november 2019 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 25 november 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 28 november 2019 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2016 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering). Daarnaast had verzoeker in 2016 bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 250 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) afgesloten. De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker is op 18 december 2015 bij zijn huisarts geweest na een hevig incident bij hem thuis. Omdat de huisarts zich zorgen maakte over de gesteldheid van verzoeker, heeft hij een zorgverlener van GGZ Drenthe gevraagd met verzoeker in gesprek te gaan. Verzoeker heeft met dit voorstel ingestemd waarna tussen verzoeker en een zorgverlener van GGZ Drenthe contact heeft plaatsgevonden. Ook nadien zijn er tussen verzoeker en GGZ Drenthe verschillende contacten geweest. Zo is op 21 november 2015 een telefoongesprek gevoerd waarbij is afgesproken op 4 januari 2016 een afspraak te plannen. Deze afspraak heeft ook plaatsgevonden. Op 14 januari 2016 was er tussen verzoeker en GGZ Drenthe opnieuw telefonisch contact. Bij die gelegenheid is geconcludeerd dat verdere zorg van GGZ Drenthe niet langer nodig was.

- 3.3. Op 11 februari 2016 heeft zich in de echtelijke woning van verzoeker opnieuw een ernstig incident voorgedaan. Ditmaal heeft de politie hem meegenomen naar het bureau. Op het bureau heeft de politiemedewerker aan verzoeker gevraagd of hij hulp van GGZ Drenthe wilde. Deze vraag is door hem ontkennend beantwoord. Omdat de politie zich zorgen maakte over de gesteldheid van verzoeker, is toch een hulpverlener van GGZ Drenthe ingeschakeld. Met deze hulpverlener heeft verzoeker een kort gesprek gehad. Na een tweede gesprek met een collega de volgende dag is overeengekomen dat verdere psychische hulp niet nodig was.
- 3.4. GGZ Drenthe heeft vanwege de in de periode van 11 februari 2016 tot en met 15 februari 2016 aan verzoeker geleverde zorg bij de ziektekostenverzekeraar rechtstreeks € 1.044,96 gedeclareerd. Dit bedrag is door de ziektekostenverzekeraar betaald, waarna hij op 16 juni 2016 € 370,74 ten laste van het verplicht eigen risico 2016 van verzoeker heeft gebracht.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Hierbij heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht het bedrag van € 370,74 niet bij hem in rekening te brengen. Bij brief van 7 december 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 2 september 2019 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat geen advies kan worden uitgebracht omdat de adviestaak van het Zorginstituut beperkt is tot de vraag of verzoeker aanspraak heeft op een verstrekking of vergoeding op grond van de zorgverzekering. Verder heeft het Zorginstituut in zijn advies het volgende verklaard:

"Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is het onduidelijk of er sprake was van een acute zorgvraag, de informatie m.b.t. de zorgvraag is niet eenduidig. Het Zorginstituut kan daarom niet beoordelen of de zorg voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering (en verrekend kan worden met het eigen risico van verzoeker). Overigens is ook onduidelijk in hoeverre er sprake was van een behandelingsovereenkomst tussen verzoeker en de GGZ-Drenthe."

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte een bedrag van € 370,74 bij hem vordert ter zake van het verplicht eigen risico 2016.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie


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

6. Beoordeling


- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over geestelijke gezondheidszorg en het verplicht eigen risico 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.
- 6.2. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker in 2016 een verplicht eigen risico had van € 385,--. Voorts is tussen hen niet in geschil dat dit bedrag ten tijde van de declaratie door de zorgaanbieder nog grotendeels openstond. De ziektekostenverzekeraar merkt de in de periode van 11 februari 2016 tot en met 15 februari 2016 aan verzoeker verleende zorg aan als crisiszorg. Dit onder andere omdat door de ziektekostenverzekeraar met de politie en zorgaanbieders is afgesproken dat

als er een crisis-DBC wordt geopend de kosten bij de ziektekostenverzekeraar kunnen worden gedeclareerd. In vervolg hierop heeft hij de voor deze zorg in rekening gebrachte kosten ten bedrage van € 1.044,96 aan de zorgaanbieder vergoed en daarna verrekend met het verplicht eigen risico 2016 van verzoeker. Verzoeker heeft gesteld dat de ziektekostenverzekeraar het eigen risico niet bij hem in rekening mocht brengen, omdat hij niet om de verleende geestelijke gezondheidszorg heeft verzocht. De commissie interpreteert deze stelling van verzoeker aldus dat volgens hem destijds geen sprake was van een acute zorgvraag.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat hij de onderhavige kosten ten laste van de zorgverzekering heeft gebracht omdat GGZ-Drenthe een crisis-DBC had geopend. Tijdens de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat een dergelijke DBC alleen wordt geopend als door de GGZ-instelling wordt besloten dat een zorgaanbieder een bezoek brengt aan de verzekerde op het politiebureau. Uit het advies van het Zorginstituut van 2 september 2019 maakt de commissie echter op dat niet alleen moet worden gekeken naar de voorafgaande triage door de politie en de zorgaanbieder, maar ook naar het vervolg van de behandeling. Pas als kan worden gesproken van een acute zorgvraag valt de verleende zorg onder de dekking van de zorgverzekering. De daadwerkelijke beoordeling door de zorgaanbieder ten tijde van het bezoek aan het politiebureau is mede bepalend voor het antwoord op de vraag of sprake is van een acute zorgvraag. Voor de beantwoording van deze vraag overweegt de commissie het volgende.
- 6.4. Het dossier bevat twee verslagen van medewerkers van GGZ Drenthe die hierbij van belang zijn. Het ene betreft een gesprek ten tijde van het verblijf op het politiebureau, het andere dateert van de dag erna. De beide verslagen geven een verschillend beeld van de situatie. Naar de commissie begrijpt, vond het eerste gesprek plaats tussen verzoeker en een teamleider van GGZ Drenthe in persoon. Geconcludeerd wordt: "Geen actueel psychiatrisch toestandsbeeld en geen direct gevaar." Bij de afspraken staat vermeld dat verzoeker zal worden uitgenodigd voor individueel contact ter ondersteuning en coaching. Volgens zijn verklaring zou verzoeker het politiebureau hebben verlaten en de nacht hebben doorgebracht in een hotel. Het tweede gesprek betrof een telefonisch onderhoud met een sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Dit gesprek vond de volgende dag plaats. In het verslag wordt gesteld dat het gesprek "een behoorlijk beangstigend karakter" had voor de zorgverlener. Er wordt verder melding gemaakt van een risico op huiselijk geweld ten opzichte van echtgenote en zoon alsmede van een risico op impulsuicide. Verzoeker zou zich bij herhaling suïcidaal hebben geuit. Anderzijds wordt geconcludeerd dat geen psychiatrisch toestandsbeeld bestaat, dit na overleg met een psychiater. Er is voorts geen verdere behandeling door GGZ Drenthe ingezet. Wel vindt de medewerker het, gelet op de gedragingen van verzoeker, noodzakelijk de politie te informeren en een vervolgspraak in te plannen met de bureaudienst. Het is niet duidelijk of deze vervolgspraak is gemaakt. Feit is wel dat GGZ Drenthe de crisis-DBC kort na het telefonisch contact heeft gesloten.
- 6.5. De commissie oordeelt, bij weging, dat meer gewicht moet worden toegekend aan de bevindingen van de zorgverlener die verzoeker direct na het incident in persoon heeft gezien dan aan die van de zorgverlener die verzoeker een dag later alleen telefonisch heeft gesproken. Indien hierbij het verdere verloop wordt betrokken, is in de procedure aannemelijk gemaakt dat ten tijde van het verblijf op het politiebureau geen sprake was van een acute zorgvraag. De aan verzoeker in de periode van 11 februari 2016 tot en met 15 februari 2016 verleende zorg is daarom niet aan te merken als crisiszorg. Om die reden kunnen de kosten niet ten laste van de zorgverzekering worden gebracht en heeft de verrekening met het eigen risico 2016 ten onrechte plaatsgevonden. In beginsel dient het bedrag van € 370,74 – voor zover door hem voldaan – aan verzoeker te worden vergoed.
- 6.6. De commissie plaatst hierbij nog twee kanttekeningen. De eerste is dat het feit dat het hier geen verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering betreft niet betekent dat de gemaakte kosten op een andere wijze voor vergoeding in aanmerking kunnen komen. In het verlengde hiervan kan de door het Zorginstituut opgeworpen vraag aan de orde komen of tussen verzoeker en GGZ Drenthe een behandelovereenkomst tot stand is gekomen. Ten aanzien daarvan is de commissie niet bevoegd.



De tweede kanttekening is dat door verzoeker in 2016 mogelijk nog andere kosten ten laste van de zorgverzekering zijn geclaimd die meetellen voor het verplicht eigen risico 2016. De 'vrijval' ten bedrage van € 370,74 heeft tot gevolg dat later ingediende declaraties opnieuw zullen moeten worden beoordeeld en eventueel alsnog moeten worden verrekend met het eigen risico 2016.




6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies




7.1. De commissie beslist dat:









- 
- (i) de ziektekostenverzekeraar het eigen risico 2016 ten bedrage van € 370,74 aan verzoeker moet terugbetalen, althans voor zover dit door verzoeker is voldaan en in 2016 geen andere kosten van zorg of overige diensten zijn gemaakt die nog met dit eigen risico moeten worden verrekend;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker moet vergoeden.



Zeist, 4 december 2019,



J.A.M. Strens-Meulemeester



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Geestelijke gezondheidszorg is diagnostiek en behandeling van mensen met psychische stoornissen. Het doel is de geestelijke gezondheid te herstellen of te verbeteren en de kwaliteit van leven te verbeteren. De GGZ is onderverdeeld in psychologische zorg geleverd door de huisarts, generalistische basis GGZ (GBGGZ) en gespecialiseerde GGZ (SGGZ). Gespecialiseerde GGZ is weer onderverdeeld in ambulante gespecialiseerde GGZ (zonder opname) en klinische gespecialiseerde GGZ (met opname). Geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, 1^e lid, van de Jeugdwet aan jongeren 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 42 42.
- 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. Menzis kan aanvullende informatie bij u opvragen om de rechtmatigheid van de declaratie te kunnen vaststellen.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een vrijgevestigd:

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

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

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

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

Kwaliteitsstatuut

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

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Alle door Menzis gecontracteerde zorgaanbieders hebben een kwaliteitsstatuut. Op 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 42 42. 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 42 42. U kunt ook contact opnemen met de betreffende zorgaanbieder of naar de website van de zorgaanbieder gaan. 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 of medisch specialist naar de generalistische basis GGZ. De datum op de verwijsbrief moet dus eerder zijn dan de datum van uw 1^e bezoek aan de zorgaanbieder GBGGZ. In de verwijsbrief moet in ieder geval staan welke DSM-stoornis uw huisarts of medisch specialist denkt dat u heeft en de reden voor de verwijzing.

Gespecialiseerde GGZ zonder opname

Bij gespecialiseerde GGZ krijgt u zorg op specialistisch niveau. Ambulante gespecialiseerde GGZ wil zeggen dat u regelmatig een bezoek brengt aan de hulpverlener voor uw behandeling, maar dat u gewoon thuis leeft en slaapt. De meeste psychische stoornissen kunnen ambuland 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 42 42.
- 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. Menzis kan aanvullende informatie bij u opvragen om de rechtmatigheid van de declaratie te kunnen vaststellen.

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

Welke zorgaanbieder

Voor gespecialiseerde GGZ zonder opname kunt u naar een vrijgevestigd:

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

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

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

Andere bij uw behandeling betrokken behandelaren in die instelling moeten dan formeel onder verantwoordelijkheid en toezicht van die regiebehandelaar hun taken uitvoeren. Er is altijd een psychiater of klinisch psycholoog onderdeel van het multidisciplinaire team dat u behandelt.

Kwaliteitsstatuut

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

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Alle door Menzis gecontracteerde zorgaanbieders hebben een kwaliteitsstatuut. Op 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 42 42. 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 42 42. U kunt ook contact opnemen met de betreffende zorgaanbieder of naar de website van de zorgaanbieder gaan. 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 of medisch specialist. Deze verwijsbrief dient gedateerd te zijn van voor het bezoek aan de SGGZ, dient specifiek naar de SGGZ te verwijzen en dient ten minste te vermelden wat de door de huisarts of medisch specialist vermoede psychische (DSM-)stoornis is en de reden voor de verwijzing. Als er sprake is van spoedeisende zorg waarvoor in redelijkheid geen verwijzing mogelijk was, dan heeft u zo'n schriftelijke verwijzing niet nodig.

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^e declaratie een verklaring nodig. U dient samen met uw behandelaar een verklaring te ondertekenen en naar Menzis op te sturen. Deze verklaring is te vinden op menzis.nl/vergoedingen.

Gespecialiseerde GGZ met opname

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

Welke zorg

U heeft recht op:

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

A24 Fraudebestrijding

Als u of de verzekeringnemer Menzis opzettelijk misleidt, vervallen uw rechten. U krijgt dan geen vergoeding en Menzis beëindigt al uw verzekeringen. Wat Menzis eventueel al heeft betaald, aan u of rechtstreeks aan een zorgaanbieder, moet u terugbetalen. Ook moet u de onderzoekskosten aan Menzis betalen. Menzis doet aangifte en uw gegevens worden geregistreerd. Dat gebeurt in de registers volgens het Protocol Verzekeraar & Criminaliteit van het Verbond van Verzekeraars.

A25 Gedragscode persoonsgegevens

- U heeft ons persoonsgegevens toevertrouwd, zoals uw naam, adres en geboortedatum. Menzis zal met deze gegevens zorgvuldig omgaan. Uw gegevens worden gebruikt voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekering. Menzis gebruikt uw gegevens voor het uitvoeren van wettelijke verplichtingen en statistische analyses. Ook gebruikt Menzis uw persoonsgegevens om u te informeren over producten en diensten die voor u van betekenis kunnen zijn. Als u inzage wenst in uw gegevens of geen prijs stelt op informatie over onze producten en diensten, kunt u ons dit schriftelijk laten weten. Meer informatie vindt u op menzis.nl.
- Op verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. Menzis houdt zich aan de regels van de Gedragscode. Materiële controle, het verwerken van medische gegevens en fraudeonderzoek worden verricht op de manier zoals in de Gedragscode is vastgelegd.
- Bij de uitvoering van uw verzekering zijn behalve Menzis ook anderen betrokken, zoals zorgaanbieders of een factoringbureau dat nota's incasseert. Het is voor de goede uitvoering van uw verzekering soms nodig dat Menzis uw persoonsgegevens aan die personen verstrekt en zij aan ons. U wordt geacht hiervoor uw toestemming te hebben gegeven.
- In het geval u een nota online declareert, heeft Menzis het recht bij de zorgaanbieder te controleren of de zorgaanbieder deze nota aan u heeft verzonden. U wordt geacht hiervoor uw toestemming te hebben gegeven.
- Menzis neemt uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie op. Uw zorgaanbieder, andere dienstverleners van zorg en Menzis gebruiken uw BSN bij elke vorm van communicatie.

A26 Overig

- De datum waarop u bent behandeld, een geneesmiddel is bereid of een hulpmiddel is afgeleverd, is bepalend voor de vergoeding en het eigen risico. De datum waarop de nota is uitgeschreven of betaald is hiervoor niet van belang.
Als de behandeling niet op één dag, maar gedurende een langere periode plaatsvindt, is de datum waarop de behandeling is gestart bepalend. Als de behandeling wordt bekostigd door middel van een DBC (Diagnose Behandel Combinatie), dan is de ingangsdatum van de DBC bepalend in welk kalenderjaar de vergoeding toegekend wordt. Als de behandeling wordt bekostigd door middel van een DBC (Diagnose Behandel Combinatie), kan het voorkomen dat u voor uw behandeling in meerdere kalenderjaren eigen risico moet betalen.
- U verleent Menzis volmacht te veel betaalde vergoeding terug te vorderen.
- Als u Menzis bezoekt of belt en Menzis doet u een mondeling toezegging, dan kunt u Menzis vragen die toezegging schriftelijk te bevestigen. Een mondelinge toezegging wordt zonder schriftelijke bevestiging geacht niet te zijn gedaan.
- Op de verzekering is Nederlands recht van toepassing.

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.

Artikel 19

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

Artikel 21

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.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in het Interimbesluit forensische zorg.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
- a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of 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 gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
 - c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Artikel 2.17

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, eerste lid,
 - 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.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. met ingang van 1 januari 2020: nivolumab, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van longkanker;
- l. ibrutinib, voor zover verstrekt in het kader van de eerstelijnsbehandeling van chronisch lymfatische leukemie, met uitzondering van eerstelijnsbehandeling van chronisch lymfatische leukemie in aanwezigheid van 17p-deletie of TP53-mutatie bij patiënten voor wie chemo-immunotherapie niet geschikt is alsmede tot 1 januari 2020 met uitzondering van de eerstelijnsbehandeling van chronisch lymfatische leukemie zonder aanwezigheid van 17p-deletie of TP53-mutatie bij niet fitte patiënten voor wie toepassing van anti-CD20 niet geschikt is;
- m. met ingang van 1 januari 2020: pembrolizumab, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van longkanker en Hodgkin-lymfoom;

- n. met ingang van 1 januari 2021: palbociclib, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van hormoonreceptor positieve, humaan epidermale groeifactorreceptor 2 negatieve, lokaal gevorderde borstkanker of van hormoonreceptor positieve, humaan epidermale groeifactorreceptor 2 negatieve, gemetastaseerde borstkanker;
- o. daratumumab, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van multipel myeloom, met uitzondering van de toepassing als monotherapie voor de behandeling van volwassen patiënten met gerecidiveerd en refractair multipel myeloom, bij wie de voorgaande behandeling bestond uit een proteasoomremmer en een immunomodulerend middel en die bij de laatste behandeling ziekteprogressie hebben vertoond;
- p. nusinersen, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van 5q spinale musculaire atrofie;
- q. ribociclib, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van hormoonreceptor positieve, humane epidermale groeifactorreceptor 2 negatieve lokaal gevorderde of gemetastaseerde borstkanker;
- r. atezolizumab, voor zover verstrekt in het kader van de behandeling van longkanker of in het kader van de behandeling van urotheelcarcinoom.