Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen
prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202501109

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D

en

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

1. Verloop van de procedure

1.1. Verzoekster heeft op 7 augustus 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) telefonisch verzocht een uitspraak te doen. Bij brief van 22 augustus 2025 is dit verzoek schriftelijk aan haar bevestigd. Eveneens op 22 augustus 2025 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 27 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 2 december 2025 aan verzoekster gestuurd.

1.3. Bij brief van 7 januari 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025028067) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is, eveneens op 7 januari 2026, aan partijen gezonden.

1.4. Verzoekster heeft bij brief van 24 februari 2026 gereageerd op het voorlopig advies van het Zorginstituut. Een kopie hiervan is op 25 februari 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

1.5. Bij brief van 26 februari 2026 heeft verzoekster haar standpunt nader toegelicht. Een kopie hiervan is op 3 maart 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

1.6. Verzoekster heeft bij brief van 6 maart 2026 aanvullende stukken gestuurd. Kopieën hiervan zijn bij brief van 10 maart 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

1.7. Bij e-mailberichten van 19 maart 2026 en 24 maart 2026 heeft verzoekster aanvullende informatie gestuurd. Kopieën hiervan zijn op 25 maart 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

1.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 maart 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

1.9 Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 26 maart 2026 een e-mailbericht van de behandelend psychiater gestuurd.

1.10. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 30 maart 2026 gereageerd op een afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar. Een kopie hiervan is op 31 maart 2026 aan de ziektekotenverzekeraar gestuurd.

1.11. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 april 2026 een nadere toelichting gestuurd. Een kopie hiervan is op 16 april 2026 aan verzoekster gestuurd.

1.12. Verzoekster heeft bij brief van 17 april 2026 een nadere toelichting en facturen van ambulante zorg in 2025 overgelegd. Kopieën hiervan zijn op 21 april 2026 aan de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut gezonden.

1.13. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 16 april 2026 aan het Zorginstituut gestuurd. Het nagekomen stuk van 17 april 2026 is op 21 april 2026 aan het Zorginstituut gezonden, met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 7 januari 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 28 april 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

1.14. Bij brief van 11 augustus 2026 heeft de commissie een nadere vraag aan het Zorginstituut gesteld. Bij brief van 15 september 2026 heeft het Zorginstituut gereageerd. Een kopie daarvan is eveneens op 15 september 2026 aan partijen gestuurd.

1.15. Verzoekster heeft bij brief van 2 oktober 2026 gereageerd. Een kopie hiervan is op 5 oktober 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft niet gereageerd op de brief van 15 september 2026 van het Zorginstituut.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Wereldfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.

2.2. Verzoekster heeft, vanwege ernstige PTSS, een borderline persoonlijkheidsstoornis en ADHD, de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van de kosten van een psychiatrische behandeling in Mannheim, Duitsland. Vanaf 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar hiervoor vergoeding verleend, maar verschillende facturen van de behandeling in 2025 zijn niet meer vergoed.

2.3. Bij e-mailbericht van 11 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op de gevraagde zorg.

2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 5 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

2.5. Bij brief van 7 januari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

2.6. Bij brief van 28 april 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

2.7. Bij brief van 15 september 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden alle kosten in het kader van haar psychiatrische behandeling in Mannheim, Duitsland, in 2025 te vergoeden. Daarnaast heeft zij de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de factuur van 9 maart 2026 van € 671,01 in het kader van een behandeling in december 2024 alsnog te vergoeden.

3.2. Verzoekster heeft in haar e-mailbericht van 11 februari 2025, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, verklaard dat zij is moe gestreden en het vervelend vindt dat zij haar verzoek nu weer aan de commissie moet voorleggen. De therapie die zij in Mannheim ontvangt is helpend. Het is, in verband met haar heftige trauma's, niet mogelijk de therapie volledig online te volgen. Na een sessie worden de herbelevingen veel erger. In verband met haar veiligheid moet de therapie in Mannheim plaatsvinden. In haar directe omgeving is geen ondersteuning, opvang en begrip. Overstappen naar een andere psychiater is niet mogelijk. Er is met de huidige psychiater een enorm goede vertrouwensband ontstaan. Gelet op haar trauma's kan verzoekster alles niet nogmaals vertellen aan een andere psychiater. De hulpverleners in Nederland wilden niet praten over haar suïcidegedachten en heftige seksuele trauma's.

3.3. Bij e-mailbericht van 26 maart 2025, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, heeft verzoekster een online link voor een webinar gestuurd. Hieruit blijkt volgens haar de wetenschappelijke onderbouwing van de therapie in Mannheim. Verzoekster heeft zich in juli 2025 aangemeld bij het Expertisecentrum Euthanasie, de Levenseindekliniek.

3.4. Verzoekster heeft in een ongedateerde brief, gericht aan de commissie, verklaard dat haar behandeling per half augustus 2025 is gestopt. Zij kon de kosten namelijk niet meer betalen. Sindsdien voelt zij zich wanhopig, want zij kan in Nederland nergens terecht voor passende therapie. Verzoekster heeft ter onderbouwing kopieën van facturen, correspondentie met de behandelend artsen, jaaroverzichten van kosten, telefoonregistraties, en het dossier met het bindend advies uit 2022 overgelegd.

3.5. Bij brieven van 24 en 26 februari 2026 heeft verzoekster opgemerkt dat het Zorginstituut in het voorlopig advies heeft geconcludeerd dat zij is aangewezen op een ambulant behandeltraject. Het geschil zou zich dan beperken tot de vergoeding van het (dag)klinisch behandeltraject en/of een gecombineerd behandeltraject. De ziektekostenverzekeraar heeft ten aanzien van 2025 geen enkele zorg in Mannheim meer vergoed, dus ook de ambulante zorg is niet meer vergoed. Als gevolg waarvan inmiddels ook de ambulante zorg al enkele maanden geleden is gestopt.
Ter verduidelijking heeft verzoekster verklaard dat het 'Behandlungsvertrag' van 2 december 2024 door de ziektekostenverzekeraar lijkt te zijn opgevat als een nieuw behandelplan. Dat is het echter niet. Verzoekster wordt al jarenlang volgens een bestaand behandelplan behandeld. Dit behandelplan is de laatste jaren ten behoeve van een nieuw verzekeringsjaar telkens weer ingediend bij de ziektekostenverzekeraar en werd vervolgens goedgekeurd. Onderdeel van het behandelplan waren, naast de ambulante zorg, dagbehandelingen/opnames, soms wel tot 6 keer per jaar. In december 2024 heeft er een dergelijke behandeling/opname plaatsgevonden.
Daarvan is het 'Behandlungsvertrag' van 2 december 2024 ter kennisname – zoals ook in de jaren daarvoor - aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Het was geen nieuw behandelplan voor 2025.

3.6. Verzoekster heeft verder verklaard dat de ziektekostenverzekeraar de dagbehandeling/opname van december 2024 nog heeft vergoed, maar vanaf die dagbehandeling/opname – per 2025 – is hij volledig gestopt met het vergoeden van alle behandelingen, ook de ambulante behandelingen.

3.7. Bij brief van 6 maart 2026 heeft verzoekster aanvullende stukken gestuurd. Uit deze stukken blijkt volgens verzoekster dat de psychische problematiek al (tientallen) jaren speelt, zij al een decennium onder behandeling is bij het Zentralinstitut für Seelische Gesundheit te Mannhein, en al jaren jaarlijks het behandelplan aan de ziektekostenverzekeraar ter goedkeuring heeft voorgelegd en op basis daarvan telkens goedkeuring heeft gekregen. Ook blijkt hieruit dat de behandeling al jaren afwisselend bestond uit ambulante zorg in combinatie met dagbehandeling/opnames. In 2024 hebben, naast ambulante zorg, dagbehandelingen/opnames plaatsgevonden. De laatste waren in juli/augustus en december 2024. De kosten hiervan zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed, dus ook die van juli/augustus en december 2024. De inhoud van het voor 2025 ingediende behandelplan was niet wezenlijk anders dan in voorgaande jaren. In 2020 was een vergelijkbaar geschil met de ziektekostenverzekeraar ontstaan, dat verzoekster in 2021 ter beoordeling heeft voorgelegd aan de commissie. Nadien is door de ziektekostenverzekeraar volledig tegemoetgekomen aan het verzoek om vergoeding van de behandeling te Mannheim.

3.8. Verzoekster heeft bij e-mailberichten van 19 en 24 maart 2026 aanvullende informatie gestuurd ter zake van alle dagbehandelingen in 2024. Daaruit volgt dat verzoekster in januari, maart, april, juni, juli, september, oktober en december 2024 behandeltrajecten heeft gehad.
De laatste factuur van de behandeling in december 2024 heeft verzoekster ontvangen op 9 maart 2026. Dit betreft een factuur van € 671,01. Deze heeft zij inmiddels ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Los van deze factuur, zijn alle andere facturen met betrekking tot de dagbehandelingen en opnames in 2024 vergoed. Het Zorginstituut lijkt in het voorlopig advies uit te gaan van een intensivering van de behandeling, maar dat is onjuist. Er vonden al jaren dagbehandelingen/opnames en (dag)klinische behandeltrajecten plaats. Het Zorginstituut heeft ten tijde van het voorlopig advies niet het behandelplan van 18 december 2024 ten behoeve van 2025 gezien. Ook beschikte het Zorginstituut niet over informatie van de behandeltrajecten van voorgaande jaren.

3.9. Bij e-mailbericht van 26 maart 2026 heeft verzoekster een correctie op de verklaring van de behandelend psychiater aan de commissie gestuurd.

3.10. Ter zitting heeft verzoekster aangevoerd dat zij op 20 december 2024 de aanvraag met het behandelplan van 18 december 2024 voor 2025 aan de ziektekostenverzekeraar heeft gestuurd. Volgens verzoekster lijkt het erop dat de ziektekostenverzekeraar deze geen enkele keer heeft betrokken in zijn beoordeling en dat ook het Zorginstituut hierover niet beschikte ten tijde van het voorlopig advies. De ziektekostenverzekeraar heeft – waarschijnlijk naar aanleiding van de aanvraag van 20 december 2024 – bij brief van 27 december 2024 om aanvullende informatie gevraagd. Verzoekster heeft toen het ‘Behandlungsvertrag van 2024’ ter kennisname gestuurd. Het lijkt erop dat de ziektekostenverzekeraar zijn beslissing hierop heeft gebaseerd. Daarnaar gevraagd door de commissie bevestigt verzoekster dat zij geen ambulante zorg meer ontvangt. Naar aanleiding van het voorlopig advies van het Zorginstituut – waarin werd opgemerkt dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op ambulante zorg – zou zij deze zorg spoedig weer vergoed willen krijgen. Verder heeft zij van de zorgaanbieder een factuur van 9 maart 2026 ontvangen. Deze factuur ziet nog op zorg die zij heeft ontvangen in december 2024. Verzoekster vraagt of deze met spoed kan worden vergoed. De behandelend psychiater van verzoeker, aanwezig ter zitting, heeft verklaard dat verzoekster de afgelopen 10 jaren verschillende therapievormen heeft gehad. Dit was in-patiënt zorg, maar de laatste jaren ook out-patiënt zorg. De laatste jaren bestond de therapievorm uit online therapie met een regelmatige klinische opname. Dit wordt dialectische gedragstherapie genoemd. Tot december 2024 is de therapie

voortgezet, daarna wilde de ziektekostenverzekeraar niets meer vergoeden. De behandelingen zijn niet geïntensiveerd, maar juist afgebouwd.

3.11. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 30 maart 2026 verklaard dat zij van de ziektekostenverzekeraar een afwijzing heeft ontvangen met betrekking tot de factuur van 9 maart 2026 die zag op de klinische (dag)opname van december 2024. Vergoeding van de factuur is volgens verzoekster afgewezen, omdat er vooraf geen toestemming is gevraagd. Dit is onjuist. Ten behoeve van 2024 had de ziektekostenverzekeraar het behandelplan in ieder geval wel geaccordeerd. Dat deze factuur zou worden vergoed werd tijdens de hoorzitting ook verondersteld. Verzoekster heeft de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de factuur van 9 maart 2026 van € 671,01 alsnog te vergoeden.

3.12. Bij brief van 17 april 2026 heeft verzoekster, op verzoek van de ziektekostenverzekeraar, de facturen van ambulante zorg in 2025 overgelegd. Verzoekster is het niet eens met de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat deze kosten op basis van coulance worden vergoed. De vergoeding van de kosten voor de ambulante zorg vormen dan ook nadrukkelijk nog steeds een onderdeel van het geschil. Verzoekster verlangt van de commissie een uitspraak over de vergoeding van de gevraagde zorg als geheel, dus de ambulante zorg en de klinische (dag)opnames conform het behandelplan van 18 december 2024 ten behoeve van 2025. Verder heeft verzoekster opgemerkt dat geen enkele waarde kan worden gehecht aan de second opinion van het UMC Utrecht. Het verslag bevat feitelijke onjuistheden en verkeerde aannames. Het was ook nooit haar bedoeling om een second opinion van het UMC Utrecht te krijgen. Dit heeft haar huisarts (abusievelijk) als verwijsreden opgegeven. Het doel was het zoeken naar een laatst strohalm voor hulp, omdat zij verstoken was geraakt van de bedoeling in Mannheim. Na het bezoek aan het UMC Utrecht heeft zij zich aangemeld bij de levenseindekliniek.

3.13. Verzoekster heeft in haar brief van 2 oktober 2026 gesteld dat in de derde alinea van de toelichting op het definitief bindend advies het Zorginstituut spreekt over het behandelplan van 2 december 2024, maar er is geen behandelplan van 2 december 2024. Het document van 2 december 2024 is een ‘Behandlungsvertrag’. Dit is een contractuele overeenkomst tussen haar en de kliniek in Mannheim met betrekking tot de (dag)klinische opname. Voorafgaande aan iedere (dag)klinische opname werd een ‘Behandlungsvertrag’ ten aanzien van die opname getekend. De behandelplannen zijn in aparte documenten vervat. Het behandelplan ten behoeve van 2025 was opgenomen in de brief van 18 december 2024. Met de (dag)klinische opname van 2 december 2024 werd uitvoering gegeven aan het behandelplan van 2024, eveneens een gecombineerd ambulant en (dag)klinisch behandeltraject. Deze was eind 2023 bij de ziektekostenverzekeraar aangevraagd en goedgekeurd voor het gehele jaar.

3.14. Tijdens de procedure is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor 2025, bestaande uit een gecombineerd ambulant en (dag)klinisch behandeltraject, heeft beoordeeld aan de hand van het ‘Behandlungsvertrag’ van 2 december 2024 en de brief van de behandelend arts van 9 januari 2025 en niet heeft beoordeeld op basis van het behandelplan van 18 december 2024. Nu het Zorginstituut het in zijn toelichting heeft over een behandelplan van 2 december 2024, dat geen behandelplan is, betwijfelt verzoekster of het Zorginstituut deugdelijk kennis heeft genomen van het werkelijke behandelplan van 18 december 2024 ten behoeve van 2025.

3.15. Verder vindt verzoekster het merkwaardig dat zij – de toelichting van het Zorginstituut begrijpende – bij elke (dag)klinische behandeltraject een aanvraag moet indienen, terwijl dit voorgaande jaren niet het geval is geweest. Herhaaldelijk terugkerende (dag)klinische opnames – naast ambulante zorg – waren vast onderdeel van al deze behandelplannen. Kennelijk vormde dat tot 2025 geen beletsel om goedkeuring te verlenen. Sterker nog, de frequentie van de klinische opnames lag tot en met 2024 hoger dan ten behoeve van 2025 de bedoeling was. Volgens verzoekster had het op

de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen haar eind december 2024/begin 2025 te informeren over de voorwaarden voor vergoeding van de (dag)klinische opnames en dat die per klinische opname aangevraagd hadden moeten worden. Ook had de ziektekostenverzekeraar volgens verzoekster moeten uitleggen waarom dat voorheen niet hoefde, maar vanaf 2025 wel. Voorts had de ziektekostenverzekeraar op zijn minst goedkeuring voor de ambulante zorg moeten verlenen. Dit alles is geweigerd, waardoor de volledige zorg voor verzoekster onder druk is komen te staan en noodgedwongen gestaakt moest worden. Als de aanvraag zorgvuldig was behandelend en verzoekster was uitgelegd dat enkel ambulante zorg voor de duur van één verzekeringsjaar kon worden aangevraagd en de (dag)klinische opnames apart aangevraagd hadden moeten worden, dan had meteen de juiste actie ondernomen kunnen worden.

3.16. De behandelend psychiater in Mannheim heeft verzoekster kunnen helpen op een wijze zoals geen enkele zorgverlener in Nederland is gelukt. Verzoekster vindt het dan ook onbegrijpelijk dat het Zorginstituut kijkt naar de bevindingen van het UMC Utrecht om te betogen dat (subsidiair) volstaan kon worden met een ambulant behandeltraject. Het UMC heeft haar nooit behandeld en de bevindingen van het UMC zijn onzorgvuldig tot stand gekomen. De voorgeschiedenis en de vermeende feiten die het UMC beschrijft staan vol met fouten. Verzoekster gaat het UMC na deze procedure dan ook om vernietiging van haar dossier vragen. Verzoekster heeft verklaard te twijfelen of het Zorginstituut deugdelijk kennis heeft genomen van alle stukken, waaronder het behandelplan van 18 december 2025, maar ook van haar medische voorgeschiedenis.

3.17. Indien en voorzover de commissie het advies van het Zorginstituut overneemt stelt verzoekster dat zij in 2025 in ieder geval was aangewezen op een ambulant behandeltraject. Ook deze is haar ten onrechte geweigerd. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag onzorgvuldig behandeld door het behandelplan van 18 december 2024 niet te betrekken in haar beoordeling.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 11 februari 2025 verklaard dat er noch wetenschappelijke onderbouwing noch onderbouwing in de richtlijnen bestaat, waaruit blijkt dat een gecombineerd programma van een doorlopende ambulante behandeling en een (dag)klinische behandeling, waarbij gedurende 9 dagen aaneengesloten intensiever wordt behandeld, effectief en doelmatig is. Bij e-mailbericht van 17 februari 2025 is ook de aanvraag voor ‘zittend ziekenvervoer en logeren’ van 20 december 2024 afgewezen, omdat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de behandeling zelf.

4.2. Bij brief van 27 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij op 29 december 2024 een aanvraag heeft ontvangen voor geestelijke gezondheidszorg bij het Zentralinstitut für Seelische Gesundheit te Mannheim. Op basis daarvan kon de ziektekostenverzekeraar niet beoordelen of zij aanspraak had op de gevraagde zorg. Op 4 februari 2025 heeft verzoekster, desgevraagd, aanvullende informatie aangeleverd in de vorm van een verklaring van 9 januari 2025 van haar behandelend arts. Op basis van deze informatie is niet gebleken dat verzoekster is aangewezen op de gevraagde behandeling, waarbij zowel sprake is van doorlopende ambulante behandeling als periodiek een (dag)klinische opname, waarbij zij gedurende 9 dagen aaneengesloten intensiever wordt behandeld. Bovendien geldt dat (periodieke) dagbehandeling bij PTSS geen gebruikelijke zorg is in Nederland. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar de GGZ standaarden bij psychotrauma en stressor gerelateerde stoornissen. Volgens de ziektekostenverzekeraar is er ook geen wetenschappelijke literatuur waaruit blijkt dat een dergelijk gecombineerd programma bewezen effectief of doelmatig is. Dit vormde op zichzelf al een reden om de aanvraag van verzoekster af te wijzen.

4.3. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat verzoekster op 28 mei 2025 een second opinion heeft gehad in het UMC Utrecht. De uitkomsten van deze second opinion zijn vermeld in de brief van 11 juni 2025. Uit de second opinion die in dit verband is uitgebracht, volgt duidelijk dat verzoekster niet redelijkerwijs is aangewezen op een periodieke dagbehandeling en/of klinische opname. Er wordt volgens de ziektekostenverzekeraar geadviseerd een (ambulante) dagbehandeling in te zetten met gemiddelde intensiviteit en waar mogelijk aanpassingen te maken in het medicijngebruik.

4.4. In het bindend advies dat is uitgebracht in het kader van een eerder geschil met verzoekster was sprake van een ander behandelvoorstel. Dit blijkt volgens de ziektekostenverzekeraar specifiek uit onderdeel 3.3. van dit bindend advies Daarnaast geldt dat de ziektekostenverzekeraar iedere aanvraag op zijn eigen merites dient te beoordelen. Een vergoeding uit het verleden kan of hoeft niet automatisch te leiden tot een vergoeding in de toekomst. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat hij met het e-mailbericht van 25 april 2024 goedkeuring heeft verleend voor een deel van de (zorg)kosten voor de behandeling die verzoekster toen onderging. Voor die behandeling was reeds toestemming gegeven. Het betreft dan ook geen goedkeuring voor een nieuwe of gewijzigde behandeling. Dit was feitelijk gezien ook niet mogelijk, omdat de aanvraag waarover het onderhavige geschil gaat pas op 29 december 2024 werd ingediend.

4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat zowel in 2024 als 2025 intensief (telefonisch) contact met verzoekster heeft plaatsgevonden. Tijdens deze contacten is enerzijds uitgebreid en veelvuldig gesproken over de wijzigingen in haar behandeling en het feit dat hiervoor tijdig toestemming moet worden gevraagd. Anderzijds is zij erover geïnformeerd dat met ingang van 1 januari 2025 de dekking van de verzekering is gewijzigd, waardoor een groot deel van de kosten van de zorg in Duitsland voor haar rekening zou blijven. In dit verband is ook met de zorgconsulenten gesproken, en is aan verzoekster in overweging gegeven te verkennen of zij zich tot een gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland zou kunnen wenden. Het staat verzoekster vrij voor de behandeling naar Duitsland te gaan, maar deze zorg mag niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.

4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat de medisch adviseur moet worden gevraagd of de aanvraag van 20 december 2024 met het behandelplan van 18 december 2024 ten behoeve van 2025 in de beoordeling is meegenomen. Het lijkt er vooralsnog op dat de medisch adviseur zijn beslissing heeft gebaseerd op het e-mailbericht van verzoekster van 29 december 2024 en 4 februari 2025. Ook bevestigt de ziektekostenverzekeraar dat de factuur van 9 maart 2026 nog zal worden beoordeeld. Dit geldt ook voor het ambulante behandeltraject, waarvan het Zorginstituut heeft opgemerkt dat verzoekster daarop redelijkerwijs is aangewezen.

4.7. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 april 2026 gereageerd op de nagestuurde stukken van verzoekster van 19 maart en 24 maart 2026. Wat betreft de doorlopende ambulante consulten heeft de ziektekostenverzekeraar besloten dat de kosten die zijn gemaakt in 2025 alsnog worden vergoed. Verzoekster mag de facturen van de consulten indienen. Voor het jaar 2026 geldt dat eventuele nieuwe zorg, voorafgaand aan de behandeling, opnieuw moet worden aangevraagd. Een machtiging is vereist. Zonder voorafgaande aanvraag en toestemming kunnen de kosten niet worden vergoed.

4.8. Wat betreft de periodieke deeltijdbehandelingen (gedurende 9 dagen, iedere drie maanden) handhaaft de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere standpunt en wordt vergoeding hiervan afgewezen. Er is geen wetenschappelijke onderbouwing noch onderbouwing in de richtlijnen beschikbaar waaruit blijkt dat een dergelijk gecombineerd behandelprogramma – bestaande uit doorlopende ambulante consulten met periodieke intensieve deeltijdbehandeling of klinische opname – bij PTSS bewezen effectief en doelmatig is. Dit vormt een zelfstandige grond voor

afwijzing. Voor de volledigheid wijst de ziektekostenverzekeraar erop dat verzoekster op 28 mei 2025 een second opinion heeft gehad in het UMC Utrecht. De uitkomsten hiervan zijn vastgelegd in de brief van 11 juni 2025. De zorgverlener uit het UMC Utrecht adviseerde een ambulante behandeling van gemiddelde intensiteit en eventueel aanpassingen in het medicijngebruik. Dit komt niet overeen met doorlopende ambulante consulten met periodieke intensive deeltijdbehandeling.

4.9. De factuur van 9 maart 2026 voor behandelingen tussen 2 en 9 december 2024 wordt vergoed voor een bedrag van € 671,01.

5. Advies Zorginstituut

5.1. In het voorlopig advies van 7 januari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Geen beoordeling stand wetenschap en praktijk
Verweerder voert in zijn brief van 27 november 2025 aan dat de zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Uit het dossier maakt het Zorginstituut echter niet op dat deze afwijzing ziet op de inhoud van de interventie, maar op de combinatie van ambulante behandeling en (dag)klinische behandeling. Bij de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk wordt beoordeeld of de interventie bij een bepaalde indicatie bewezen effectief is. Nu in dit geschil de inhoud van de interventie niet in geschil is, zal het Zorginstituut enkel beoordelen of verzoekster redelijkerwijs aangewezen is op een ambulant en/of een klinisch behandeltraject.

Beoordeling indicatie ambulant behandeltraject
Uit de beschikbare informatie blijkt dat er bij verzoekster sprake is van PTSS, een borderline persoonlijkheidsstoornis en ADHD, waarvoor ambulante behandeling is geïndiceerd.
Bij verzoekster zijn bij herhaling de diagnosen (complexe) PTSS en borderline persoonlijkheidsstoornis gesteld. Uit het dossier komt het beeld naar voren dat deze diagnosen bij verzoekster met elkaar zijn verweven en niet goed te onderscheiden van elkaar, zoals vaker het geval is bij dergelijke problematiek. Ook komt uit het dossier naar voren dat deze problematiek een aanzienlijke lijdensdruk geeft bij verzoekster, waarbij ook (althans in perioden) sprake is van gedachten over suïcide. Er bestaat dan ook een indicatie voor een psychotherapeutische en zo nodig farmacotherapeutische behandeling, welke, conform de geldende richtlijnen in principe ambulant gegeven dient te worden. Deze noodzaak wordt ook onderschreven bij de second opinion dat heeft plaatsgevonden in een ander academisch ziekenhuis.

Op basis van de beschikbare informatie kan worden vastgesteld dat verzoekster aangewezen is op een ambulant behandeltraject.

Beoordeling indicatie klinisch behandeltraject
De behandeling van een borderline persoonlijkheidsstoornis en PTSS vindt in principe ambulant plaats omdat dit minder ingrijpende vormen van zorg zijn, maar vooral ook omdat de afzondering in een klinische setting een negatieve invloed kan hebben op het psychiatrisch beeld. Dit dient dan ook zorgvuldig te worden afgewogen voordat hiertoe besloten wordt.

Uit de geldende richtlijnen (borderline) persoonlijkheidsstoornissen en de richtlijnen voor PTSS blijkt dat ten aanzien van (borderline) persoonlijkheidsstoornissen en PTSS kan worden gesteld dat intensivering van de therapie aangewezen kan zijn, zeker bij ernstige problematiek en/of onvoldoende resultaat van eerdere ambulante behandeling(en). Dit kan ook betekenen dat een (dag)klinische opname noodzakelijk of wenselijk wordt geacht. Een dergelijke behandelperiode zou ook uit opvolgende of periodieke behandelingen kunnen bestaan. Deze indicatie zal echter voorafgaand aan de intensivering van de behandeling gesteld moeten worden en het effect van

een intensieve behandeling zal eerst geëvalueerd moeten worden voordat een nieuwe behandelepisode plaats vindt. Uit het beschikbare dossier blijkt niet dat voorafgaand aan de (dag)klinische behandelingen van verzoekster opnieuw is beoordeeld of deze noodzakelijk is/zijn. Ook blijkt niet dat er na de (dag)klinische behandeling een evaluatie heeft plaatsgevonden.

De informatie die de behandelaar heeft opgenomen in zijn brief van 9 januari 2025 om deze intensievere behandeling te verantwoorden is summier. Hoewel beschreven wordt dat de intensivering van de behandeling succesvol is geweest en dat het als doel heeft om suïcidaliteit te verminderen, wordt niet duidelijk of hier ten tijde van de indicatiestelling sprake van was en of dit het argument is geweest tot een intensivering van de behandeling. Uit de beschikbare informatie blijkt niet dat er, naast de suïcidaliteit, anderszins sprake is van ernstige problematiek of onvoldoende resultaat van eerdere behandelingen. Ook is de ernst van de suïcidaliteit en of dit de indicatie is geweest voor de opname, niet verder toegelicht.

Nu niet kan worden vastgesteld dat verzoekster redelijkerwijs aangewezen is op een (dag)klinisch behandeltraject, komt het Zorginstituut niet toe aan de vraag of verzoekster aangewezen was op een gecombineerd behandeltraject.

Conclusie
Op basis van de beschikbare informatie uit het dossier blijkt dat verzoekster redelijkerwijs aangewezen is op een ambulant behandeltraject. Uit het dossier blijkt niet dat er voldoende redenen zijn tot intensivering van de behandeling, waaronder (dag)klinische therapie. Verzoekster is dan ook niet redelijkerwijs aangewezen op een (dag)klinisch behandeltraject.

Het advies
Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:
• Verzoekster is redelijkerwijs aangewezen op een ambulant behandeltraject;
• Verzoekster is niet redelijkerwijs aangewezen op een gecombineerd ambulant en (dag)klinisch behandeltraject"

5.2. In het definitief advies van 28 april 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft de aanvullende stukken ontvangen.

Hieruit komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen."

5.3. In het nader definitief advies van 15 september 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang opgemerkt:

"(...) In het bericht van 26 februari 2026 geeft de gemachtigde van verzoekster aan dat het behandelplan van 2 december 2024 niet nieuw was. Verzoekster werd al een aantal jaren volgens een bestaand behandelplan behandeld, wat steeds bij verweerder is ingediend en geaccordeerd. Onderdeel daarvan waren dagbehandelingen en opnames, soms tot zes keer per jaar. Ook uit de berichtgeving van de behandelaar blijkt dat de diagnostiek en behandeling in 2024 onveranderd is gebleven ten opzichte van de eerdere behandelingen.

Uit de aanvullende informatie blijkt dat er in januari 2025 een evaluatie heeft plaatsgevonden. Hieruit blijkt dat de dagbehandeling van negen dagen iedere zes weken met DGT, PTSS en CPT tot

stabilisatie heeft geleid. Er is voorgesteld de behandelfrequentie te reduceren tot viermaal negen dagen in 2025 en tweemaal negen dagen in 2026. Daarna zou de behandeling beëindigd worden.

De gemachtigde van verzoekster schrijft in het bericht van 19 maart 2026 aan SKGZ dat het Zorginstituut uit is gegaan van een 'intensivering', maar dat hiervan geen sprake was, aangezien de behandeling onverminderd over verschillende jaren werd voortgezet. Zij verwijst voor verdere informatie naar het behandelplan van 18 december 2024. Daarnaast is een mail toegevoegd van de behandelend arts die aangeeft dat er een misverstand is wat betreft de intensivering: er was geen sprake van intensivering tot haar laatste verblijf in december 2024. Haar online therapie is beëindigd in augustus 2025.

Het Zorginstituut heeft met het woord 'intensivering' niet een verandering van het behandelbeleid bedoeld ten opzichte van de periode daaraan voorafgaand, maar de noodzaak tot een (dag)klinische opname in het kader van de richtlijnen zoals die in het voorgaande medisch advies beschreven zijn. Immers, in de Nederlandse richtlijnen wordt een intensievere behandelvorm dan een ambulante behandeling (waaronder dagklinische en klinische behandelingen) geëvalueerd worden op doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit.

Een programma waarbij opnamen gedurende een of zelfs meerdere jaren gepland worden voldoet niet aan deze standaard. Zeker niet sinds uit de second opinion van het UMC Utrecht is gebleken dat (subsidiair) volstaan kon worden met een ambulant behandeltraject.

Concluderend verandert de aanvullende informatie die verkregen is gedurende en na de hoorzitting het voorlopig (en uiteindelijk; het definitief) advies niet."

6. Bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 79 van de 'Algemene regels' van de voorwaarden van de zorgverzekering.

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 commissie beoordeelt dit geschil op grond van de relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over geestelijke gezondheidszorg en betrekt hierbij ook de specifieke omstandigheden van verzoekster op grond van het criterium of zij 'redelijkerwijs is aangewezen op' de zorg waar zij aanspraak op wenst te maken, zoals vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de van toepassing zijnde artikelen uit de Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en 987/2009 alsmede de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Deze bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

7.2. Op grond van artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval Duitsland - als betrokkene hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is.
Verzoekster heeft op 29 december 2024, door middel van een digitale aanvraag, de behandelovereenkomst met de kliniek in Duitsland aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Zij was op dat moment al bij deze kliniek onder behandeling.

De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard de zorgkosten eerder te hebben vergoed, omdat deze onderdeel waren van een lopende behandeling waarvoor door hem toestemming was verleend. De aanvraag van 29 december 2024 is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.

7.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in dat verband in de eerste plaats gesteld dat er geen wetenschappelijke literatuur is waaruit blijkt dat de gevraagde gecombineerde behandeling, waarbij sprake is van een ambulant behandeltraject en periodiek een (dag)klinische opname waarbij gedurende 9 dagen aaneengesloten intensiever wordt behandeld, bewezen effectief of doelmatig is. Ook blijkt hiervan niet uit de toepasselijke richtlijnen.
De commissie heeft hierover advies aan het Zorginstituut gevraagd. Het Zorginstituut merkt in zijn voorlopig advies van 7 januari 2026 op dat hij uit de stukken opmaakt dat de ziektekostenverzekeraar, waar hij stelt dat de zorg niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk', zich niet richt op de inhoud van de interventie, maar op de combinatie van ambulante en (dag)klinische behandeling. Bij de beoordeling aan de hand van de 'stand van de wetenschap en praktijk' wordt nagegaan of de behandeling bij een bepaalde indicatie effectief is. Nu de inhoud van de interventie niet in geschil is, heeft het Zorginstituut alleen beoordeeld of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de afzonderlijke onderdelen van de door haar in 2025 genoten zorg of een combinatie hiervan. De commissie kan het Zorginstituut hierin volgen en maakt hieruit op dat de ambulante en (dag)klinische behandeling op zichzelf beide als effectieve zorg kunnen worden beschouwd. Wat betreft de vraag of verzoekster op deze zorg of de combinatie daarvan redelijkerwijs is aangewezen overweegt de commissie als volgt.

Ambulant behandeltraject

7.4. Het Zorginstituut heeft in het advies van 7 januari 2026 opgemerkt dat bij verzoekster sprake is van diagnosen van (complexe) PTSS en een borderline persoonlijkheidsstoornis. Deze diagnosen zijn met elkaar verweven en er is sprake van een aanzienlijke lijdensdruk met perioden van suïcidegedachten. Om deze redenen is er een indicatie voor psychotherapeutische en farmacotherapeutische behandeling. Deze behandeling(en) dienen in principe ambulant te worden gegeven. Dit volgt uit verschillende richtlijnen en zorgstandaarden, zoals de multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen, Zorgstandaard persoonlijkheidsstoornissen, herziene richtlijn Posttraumatische Stressstoornis, en zorgstandaard Psychotrauma- en stressgerelateerde stoornissen. Het Zorginstituut concludeert dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op een ambulant behandeltraject. Dit betekent dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de in 2025 ter zake gemaakte kosten, ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 april 2026 verklaard dat hij de kosten die in dit kader in 2025 zijn gemaakt, alsnog vergoedt.
Het houdt ook in dat de gevraagde toestemming in het kader van Verordening (EG) nr. 883/2004 voor dit onderdeel ten onrechte werd geweigerd, zodat de ziektekostenverzekeraar, gelet op artikel 26 in samenhang met artikel 25 van Verordening (EG) nr. 987/2009, dient over te gaan tot tarifering. Indien vervolgens nog kosten van het ambulante behandeltraject voor rekening van verzoekster blijven, is het aan de ziektekostenverzekeraar te bepalen of – overigens met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden – een aanvullende vergoeding op basis van de zorgverzekering kan worden verleend.

(Dag)klinisch behandeltraject

7.5. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 7 januari 2026 opgemerkt dat de behandeling van een borderline persoonlijkheidsstoornis en PTSS in principe ambulant plaatsvindt omdat dit minder ingrijpende vormen van zorg zijn, maar vooral ook omdat de afzondering in een klinische setting een negatieve invloed kan hebben op het psychiatrisch beeld. Dit dient dan ook zorgvuldig te worden afgewogen voordat hiertoe wordt besloten.

Het Zorginstituut merkt op dat uit de geldende richtlijnen (borderline) persoonlijkheidsstoornissen en de richtlijnen voor PTSS blijkt dat ten aanzien van (borderline) persoonlijkheidsstoornissen en PTSS kan worden gesteld dat intensivering van de therapie aangewezen kan zijn, zeker bij ernstige problematiek en/of onvoldoende resultaat van eerdere ambulante behandeling(en). Dit kan ook betekenen dat een (dag)klinische opname noodzakelijk of wenselijk wordt geacht. Een dergelijke behandelperiode zou ook uit opvolgende of periodieke behandelingen kunnen bestaan. Deze indicatie zal echter voorafgaand aan de intensivering van de behandeling moeten worden gesteld en het effect van een intensieve behandeling zal eerst moeten worden geëvalueerd voordat een nieuwe behandelepisode plaatsvindt. Uit het beschikbare dossier blijkt niet dat voorafgaand aan de (dag)klinische behandelingen van verzoekster opnieuw is beoordeeld of deze noodzakelijk is/zijn. Ook blijkt niet dat er na de (dag)klinische behandeling een evaluatie heeft plaatsgevonden.
De informatie die de behandelaar heeft opgenomen in zijn brief van 9 januari 2025 om deze intensievere behandeling te verantwoorden is summier. Hoewel beschreven wordt dat de intensivering van de behandeling succesvol is geweest en dat het als doel heeft om suïcidaliteit te verminderen, wordt niet duidelijk of hier ten tijde van de indicatiestelling sprake van was en of dit het argument is geweest tot een intensivering van de behandeling. Het Zorginstituut stelt vast dat uit de beschikbare informatie niet blijkt dat er, naast de suïcidaliteit, anderszins sprake is van ernstige problematiek of onvoldoende resultaat van eerdere behandelingen. Ook is de ernst van de suïcidaliteit, en of dit de indicatie is geweest voor de opname, niet verder toegelicht. Het Zorginstituut concludeert dat niet kan worden vastgesteld dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op (dag)klinische behandeling.
Het Zorginstituut heeft in het nader definitief advies van 15 september 2026 toegelicht dat met het woord ‘intensivering’ niet een verandering van het behandelbeleid is bedoeld ten opzichte van de periode daaraan voorafgaand, maar de noodzaak tot een (dag)klinische opname in het kader van de toepasselijke richtlijnen. Een programma waarbij opnamen gedurende een of zelfs meerdere jaren gepland worden voldoet niet aan deze richtlijnen.

7.6. Verzoekster heeft aangevoerd dat geen enkele Nederlandse zorgverlener haar heeft kunnen helpen en voorts verwezen naar de opgebouwde vertrouwensband met haar huidige behandelaar. Daarbij heeft zij in haar brief van 2 oktober 2026 gesteld dat zij twijfelt of het Zorginstituut bij het nader definitief advies van 15 september 2026 kennis heeft genomen van het behandelplan van 18 december 2024, omdat het Zorginstituut spreekt over het behandelplan van 2 december 2024. De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd geen aanleiding op dit onderdeel van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt het over. In het nader definitief advies van het Zorginstituut wordt inderdaad gesproken over het behandelplan van 2 december 2024, maar ook wordt genoemd het behandelplan van 18 december 2024. Hieruit volgt dat het Zorginstituut alle stukken heeft ontvangen en betrokken in het advies.
Het voorgaande betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de in 2025 ter zake het (dag)klinisch behandeltraject gemaakte kosten ten laste van de zorgverzekering, en dat de gevraagde toestemming in het kader van de verordening voor dit onderdeel terecht werd geweigerd.

Factuur van 9 maart 2026

7.7. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 april 2026, gericht aan de commissie, gesteld dat hij de factuur van 9 maart 2026, die ziet op behandelingen tussen 2 en 9 december 2024 ten bedrage van € 671,01 alsnog aan verzoekster vergoedt. De commissie laat dit onderdeel daarom verder onbesproken.

7.8. Nu hiervoor is geconcludeerd dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van het ambulante behandeltraject in Mannheim, en dat voor dit onderdeel de gevraagde toestemming op basis van de verordening ten onrechte werd geweigerd, ziet de commissie

aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

Slotsom

7.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

De commissie beslist dat:

(i) verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de door haar in 2025 gemaakte kosten van het ambulante behandeltraject in Mannheim vanwege PTSS, een borderline persoonlijkheidsstoornis en ADHD. De ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot tarifering, en indien hierna kosten van dit onderdeel voor rekening van verzoekster blijven, is het aan hem te bepalen of – overigens met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden – een aanvullende vergoeding ten laste van de zorgverzekering kan worden verleend;

(ii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen;

(iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 19 oktober 2026,

A. de Ruijter

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 er 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

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, 2.6, 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.

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 griepreventie;
   2°. 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;
   3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
   4°. 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;
   5°. 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 gehemeltespleten, 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 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (…)”

Artikel 25

Verblijf in een andere dan de bevoegde lidstaat

1. Voor de toepassing van artikel 19 van de basisverordening verstrekt de verzekerde de zorgverlener in de lidstaat van verblijf een door het bevoegd orgaan uitgereikt document waaruit blijkt dat hij recht heeft op verstrekkingen. Indien de verzekerde niet in het bezit is van een dergelijk document, vraagt het orgaan van de verblijfplaats het document op verzoek, of indien anderszins noodzakelijk, bij het bevoegde orgaan op.

2. Uit dat document moet blijken dat de verzekerde volgens de voorwaarden van artikel 19 van de basisverordening recht heeft op verstrekkingen onder dezelfde voorwaarden als die welke gelden voor verzekerden ingevolge de wetgeving van de lidstaat van verblijf.

3. Met de in artikel 19, lid 1, van de basisverordening genoemde verstrekkingen worden verstrekkingen bedoeld die in de lidstaat van verblijf volgens zijn wetgeving worden verleend en die medisch noodzakelijk worden om te voorkomen dat de verzekerde vóór het einde van zijn geplande verblijf naar de bevoegde lidstaat moet terugkeren om er de behandeling te ontvangen die hij nodig heeft.

4. Indien de verzekerde de kosten van alle of een deel van de op grond van artikel 19 van de basisverordening verleende verstrekkingen zelf heeft betaald en indien de door het orgaan van de verblijfplaats toegepaste wetgeving voorziet in de mogelijkheid van vergoeding van deze kosten aan de verzekerde, kan hij een verzoek om vergoeding aan het orgaan van de verblijfplaats richten. In dat geval vergoedt dat orgaan hem het bedrag van de kosten van de verstrekkingen rechtstreeks, binnen de grenzen en onder de voorwaarden van de volgens de wetgeving van het orgaan geldende vergoedingstarieven.

5. Indien het verzoek om vergoeding van zulke kosten niet rechtstreeks bij het orgaan van de verblijfplaats is ingediend, worden de kosten door het bevoegde orgaan aan de betrokkene vergoed tegen het vergoedingstarief dat het orgaan van de verblijfplaats in het betrokken geval toepast, dan wel ten bedrage van de vergoeding die door het orgaan van de verblijfplaats zou zijn uitbetaald indien artikel 62 van de toepassingsverordening van toepassing was geweest.

Het orgaan van de verblijfplaats is verplicht het bevoegde orgaan desgevraagd de nodige inlichtingen over die tarieven of bedragen te verstrekken.

6. In afwijking van lid 5 kan het bevoegde orgaan de gemaakte kosten vergoeden binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving, op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.

7. Indien de wetgeving van de lidstaat van verblijf in het betrokken geval niet voorziet in vergoeding overeenkomstig de leden 4 en 5, mag het bevoegde orgaan de gemaakte kosten binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving vergoeden zonder instemming van de verzekerde.

8. De vergoeding voor de verzekerde mag het bedrag van de werkelijk door hem gemaakte kosten nooit overschrijden.

9. Indien het om aanzienlijke uitgaven gaat, kan het bevoegde orgaan een passend voorschot aan de verzekerde uitbetalen zodra deze de aanvraag tot vergoeding bij dit orgaan indient.

10. De leden 1 tot en met 9 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de verzekerde.

Artikel 26

Geplande geneeskundige verzorging

A) *Toestemmingsprocedure*

1. Voor de toepassing van artikel 20, lid 1, van de basisverordening wordt door de verzekerde een door het bevoegde orgaan verstrekt document aan het orgaan van de verblijfplaats overgelegd. Voor de toepassing van dit artikel wordt onder bevoegd orgaan verstaan het orgaan dat de kosten van de geplande behandeling voor zijn rekening neemt; in de in artikel 20, lid 4, en artikel 27, lid 5, van de basisverordening bedoelde gevallen, waarin de in de lidstaat van de woonplaats toegekende verstrekkingen op basis van vaste bedragen worden vergoed, is het bevoegde orgaan het orgaan van de woonplaats.

2. De verzekerde die niet in de bevoegde lidstaat woont verzoekt om de toestemming aan het orgaan van de woonplaats, dat het verzoek onverwijld aan het bevoegde orgaan doorzendt. In dat geval geeft het orgaan van de woonplaats in een verklaring aan dat in de lidstaat van de woonplaats is voldaan aan de voorwaarden van artikel 20, lid 2, tweede zin, van de basisverordening. De gevraagde toestemming kan door het bevoegde orgaan alleen geweigerd worden indien, in overeenstemming met het oordeel van het orgaan van de woonplaats, in de lidstaat van de woonplaats van de verzekerde niet is voldaan aan de voorwaarden van artikel 20, lid 2, tweede zin, van de basisverordening, of indien dezelfde behandeling binnen een medisch verantwoorde termijn, gelet op de gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop van de betrokkene, in de bevoegde lidstaat zelf kan worden gegeven. Het bevoegde orgaan stelt het orgaan van de woonplaats in kennis van zijn besluit. Is binnen de in de nationale wetgeving vastgestelde termijnen geen antwoord ontvangen, dan wordt de toestemming geacht door het bevoegde orgaan te zijn verleend.

3. Indien een niet in de bevoegde lidstaat woonachtige verzekerde een dringende levensreddende behandeling nodig heeft en de toestemming niet kan worden geweigerd op grond van de tweede zin van artikel 20, lid 2, van de basisverordening, wordt de toestemming door het orgaan van de woonplaats verleend namens het bevoegde orgaan, dat onverwijld door het orgaan van de woonplaats wordt ingelicht. Het bevoegde orgaan aanvaardt de bevindingen en behandelingskeuzen van artsen die zijn erkend door het orgaan van de woonplaats dat toestemming verleent met betrekking tot de noodzaak van een dringende levensreddende behandeling.

4. Tijdens de procedure voor het verlenen van de toestemming behoudt het bevoegde orgaan steeds de mogelijkheid de verzekerde door een door het orgaan gekozen arts in de lidstaat van de woon- of verblijfplaats te laten onderzoeken.

5. Het orgaan van de verblijfplaats stelt, onverminderd enige beslissing inzake de toestemming, het bevoegde orgaan in voorkomend geval ervan in kennis dat een aanvulling op de door de toestemming gedekte behandeling uit medisch oogpunt nodig blijkt.

B) *Rechtstreekse betaling van de door de verzekerde gemaakte kosten in verband met verstrekkingen*

6. Onverminderd lid 7, is artikel 25, leden 4 en 5, van de toepassingsverordening van overeenkomstige toepassing.

7. Indien de verzekerde de kosten voor een medische behandeling waarvoor toestemming is verleend geheel of gedeeltelijk zelf heeft betaald en de kosten die het bevoegde orgaan op grond van lid 6 verplicht is aan het orgaan van de verblijfplaats of aan de verzekerde zelf te vergoeden (werkelijke kostprijs) lager zijn dan de kosten die het voor dezelfde behandeling in de bevoegde lidstaat zou hebben moeten dragen (fictieve kostprijs), dan vergoedt het bevoegde orgaan op verzoek de door de verzekerde gemaakte kosten van de behandeling tot het bedrag waarmee de fictieve kostprijs de werkelijke kostprijs overstijgt. Het vergoede bedrag mag evenwel niet hoger zijn dan de werkelijke kosten van de verzekerde, waarbij ook rekening kan worden gehouden met het bedrag dat de verzekerde zou hebben moeten betalen indien de behandeling in de bevoegde lidstaat had plaatsgevonden.

C) *Reis- en verblijfkosten in het kader van een geplande behandeling*

8. Indien toestemming is verleend voor een behandeling in een andere lidstaat, en de nationale wetgeving van het bevoegde orgaan voorziet in de vergoeding van de aan de behandeling verbonden reis- en verblijfkosten van de verzekerde, worden deze kosten voor de betrokkene en zo nodig voor een begeleider door dat orgaan betaald.

D) *Gezinsleden*

9. De leden 1 tot en met 8 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de verzekerden.

Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg

Als u voor een behandeling naar het buitenland wilt.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% volgens Nederlands tarief Zorg die onder basisverzekering valt, tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Startfit	Startfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Benfit	Benfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Optifit	Optifit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Topfit	Topfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Superfit	Zorg volgens vergoedingen Superfit 100% ziekenhuiszorg België en Duitsland Aanvulling basisverzekering in EU-, EER- of verdragsland • Ziekenhuiszorg in België of Duitsland 100%, in (ander) EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (inclusief vergoeding basisverzekering) • Andere zorg die onder de basisverzekering valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (inclusief vergoeding basisverzekering) • Zorg die onder Superfit valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten, daarbuiten tot 1 x dat bedrag
Tandfit A	Tandfit A vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit B	Tandfit B vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit C	Tandfit C vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit Preventief	Tandfit Preventief vergoedingen gelden ook in het buitenland
Wereldfit	100% medisch specialist in België en Duitsland Alleen voor zorg in ziekenhuis

Wat u vergoed krijgt

Als u zorg nodig heeft, kunt u hiervoor meestal ook naar het buitenland. De vergoeding die u nu leest gaat over zorg die gepland kan worden, die dus niet meteen nodig is. Er zijn verschillende mogelijkheden voor vergoeding. We zetten het voor u op een rij.

Wat vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering?
Staat bij de vergoedingen dat de Vrije Keuze Basisverzekering de zorg vergoedt? Dan is dat ook zo als u voor die zorg naar het buitenland gaat. Er gelden 3 belangrijke beperkingen:

1. de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Het komt regelmatig voor dat zorg in het buitenland duurder is dan zorg in Nederland. De rest moet u dan zelf betalen
2. niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de voorwaarden van de Vrije Keuze Basisverzekering. Voldoet de zorg niet aan deze voorwaarden? Dan krijgt u geen vergoeding
3. voorwaarden die in Nederland gelden, gelden ook in het buitenland

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de kosten van zorg in het buitenland boven het Nederlands tarief in 2 situaties. Als u zorg nodig heeft die de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maar:

1. u daar gezien uw medische situatie te lang op zou moeten wachten, of
2. u die zorg in Nederland niet kunt krijgen

Woont u in een EU-, EER- of verdragsland en gaat u voor zorg naar een ander EU- of EER-land of Zwitserland? Dan is in die situaties soms vergoeding mogelijk volgens de regels van het land waar u de behandeling wilt ondergaan.

Wat vergoedt de aanvullende verzekering?
Wereldfit en Superfit vullen voor Ziekenhuiszorg in België of Duitsland de vergoeding van de basisverzekering aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van dat land. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland.

Gaat u voor ziekenhuiszorg naar een ander EU-, EER- of verdragsland dan België of Duitsland? Dan vult Superfit de vergoeding van de basisverzekering aan tot maximaal 2 keer het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (de vergoedingen van de basisverzekering maakt hiervan deel uit). Die vergoeding geldt ook voor andere zorg uit de basisverzekering.

Krijgt u in het buitenland zorg die onder uw aanvullende verzekering valt? De vergoedingen van de aanvullende (tand)verzekeringen gelden daar ook. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden en vergoedingen als in Nederland. De aanvullende (tand)verzekeringen vergoeden maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Als de zorg in het buitenland duurder is, moet u de rest zelf betalen. Alleen Superfit vergoedt maximaal 2 keer het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten.

Maar let op: de aanvullende verzekering OntzorgPlus vergoedt geen zorg of diensten in het buitenland.

Waar kan ik terecht? Wat zijn de voorwaarden?
Voor zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor zorg in Nederland. Kijk dus bij de vergoedingen als u wilt weten welke voorwaarden er gelden. En bij welke zorgverleners u terecht kunt. Of neem contact op met ons Service Center.

Dit wordt niet vergoed

- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)
- administratiekosten die u maakt omdat u voor de behandeling naar het buitenland gaat. Bijvoorbeeld als het ziekenhuis kosten rekent, omdat ze uw dossier uit Nederland moeten beoordelen en verwerken

Andere vergoedingen
Voor zorg in het buitenland die u onverwacht nodig heeft, dus die u meteen moet krijgen, geldt de vergoeding Buitenland: spoedeisende zorg.

Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage
Zou u in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan betaalt u die ook als u de zorg in het buitenland krijgt. Kiest u voor vergoeding volgens plaatselijke regels? Dan betaalt u een eigen bijdrage als de plaatselijke regels dat bepalen. Zo werkt de eigen bijdrage

Het eigen risico
Valt de zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan geldt het eigen risico ook als u de zorg in het buitenland krijgt. Zo werkt het eigen risico

Dit moet u zelf doen

Vaak moet u een verwijzing of voorschrift hebben
Als u voor de zorg in Nederland een verwijzing of voorschrift moet hebben, geldt dat ook in het buitenland.
U moet die hebben voordat u de zorg in het buitenland krijgt.

Soms moet u vooraf toestemming vragen
Voor zorg in het buitenland moet u vooraf toestemming van ons hebben in 3 situaties:

- als u voor de zorg in Nederland toestemming moet hebben, geldt dat ook in het buitenland
- voor zorg met opname of dagopname[1]
- als u de zorg in Nederland niet (tijdig) kunt krijgen

Wij raden u aan om ook andere ziekenhuiszorg in het buitenland aan te vragen. Dan weet u vooraf of wij de behandeling vergoeden.

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. Dat rekeningen duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor rekeningen in een andere muntsoort dan de euro.

Wereldfit of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit
Voor Wereldfit staan hierboven alleen de belangrijkste voorwaarden. De uitgebreide voorwaarden Wereldfit bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft
Het moet gaan om de zorg die normaal gesproken wordt verleend. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Een second opinion kan ook
Twijfelt u over de gestelde diagnose of voorgestelde behandeling? De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een second opinion door een andere arts. Daarvoor kunt u ook naar het buitenland. Maar de buitenlandse arts neemt de behandeling niet over. Met het oordeel van de buitenlandse arts gaat u terug naar uw eigen specialist in Nederland. Als u aan alle voorwaarden voldoet, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering die second opinion tot maximaal het Nederlandse tarief.

Uitleg

1. Dagopname: U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis

Geneeskundige ggz

Als u psychische problemen heeft.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Bij (vermoeden van) psychische stoornis: • 100% bij gecontracteerde zorg • anders beperkte vergoeding
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 deze arts u door voor ggz. Een behandeling bestaat meestal uit gesprekken, met bijvoorbeeld een gz-psycholoog[1] of psychotherapeut. Dat kan soms ook via video-consulten. Ook kunnen e-health programma's onderdeel zijn van de behandeling.

U krijgt altijd een indicerend en een coördinerend regiebehandelaar. Zij zijn voor u (en uw naasten) het eerste aanspreekpunt in de verschillende fasen van de behandeling. Soms vervult één persoon allebei deze taken. Een regiebehandelaar kan ook andere behandelaars inzetten en zorgt dan voor goede samenwerking.

De **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt geneeskundige ggz vanaf 18 jaar, als er een vermoeden is dat u een psychische stoornis heeft of als zo'n stoornis al is vastgesteld.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt niet: behandeling van werkproblemen[2], relatieproblemen en aanpassingsstoornissen[3].

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden de behandeling van werk- of relatieproblemen en aanpassingsstoornissen, voor alle leeftijden. Het maakt niet uit of uw zorgverlener een contract met ons heeft. Maar er geldt wel een maximale vergoeding per kalenderjaar. Die bedragen staan bovenaan deze vergoeding.

Hier kunt u terecht

Een ggz-praktijk of ggz-instelling waar u een regiebehandelaar krijgt. Wie indicerend en coördinerend regiebehandelaar mogen zijn, staat in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ[4]. Een regiebehandelaar is bijvoorbeeld een psychiater, klinisch psycholoog, gz-psycholoog of klinisch neuropsycholoog. Uw behandelaar kan u hier meer uitleg over geven.

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.

Voor zorg uit de aanvullende verzekering mogen de volgende zorgverleners regiebehandelaar zijn:

- gz-psycholoog[1]
- klinisch psycholoog
- psychotherapeut
- kinder- of jeugdpsycholoog, geregistreerd bij NIP of SKJ
- orthopedagoog-generalist

Zorgverlener zonder contract
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. In onze Zorgzoeker ziet u met welke zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan gelden er maximale vergoedingen. Dit geldt niet voor zorg uit de aanvullende verzekering.

Dit wordt niet vergoed

- behandeling van vliegangst
- behandeling van leerstoornissen, zoals dyslexie
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het overzicht therapieën ggz

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt ook geen behandeling van werkproblemen[2], relatieproblemen en aanpassingsstoornissen[3]. De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger wel.

Andere vergoedingen
Soms kunt u in de praktijk van de huisarts terecht. Dan geldt de vergoeding Psychische zorg bij de huisarts.

Soms is een opname in een ggz-instelling of op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis nodig. Dan geldt de vergoeding Opname voor geneeskundige ggz.

Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage
Voor geneeskundige ggz betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico
Het eigen risico geldt alleen voor ggz die onder de basisverzekering valt. Zo werkt het eigen risico

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, de medisch specialist, SEH-arts[5] of de straatdokter. Bij acute zorg[6] is geen verwijzing nodig.

Als het gaat om een aanpassingsstoornis (alleen aanvullende verzekering) mag de jeugdarts ook verwijzen.

Als u al in behandeling bent in de ggz, dan kan ook uw regiebehandelaar u doorverwijzen naar andere geneeskundige ggz. U hoeft dan niet eerst langs uw huisarts.

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 esketamine neusspray krijgt voorgeschreven

U vraagt toestemming voordat de behandeling start. Blijkt tijdens de behandeling dat er, tegen de verwachting in, toch meer dan 35 consulten nodig zijn? Dan kunt u ook tijdens de behandeling toestemming vragen. Maar wel voordat het 36e consult start.

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 Vrije Keuze 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
Elke zorgverlener moet een eigen kwaliteitsstatuut hebben dat voldoet aan het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Daarin staat aan welke kwaliteitseisen de zorgverlener voldoet, en hoe de zorg er is geregeld. U vindt het kwaliteitsstatuut op de website van de zorgverlener. Heeft uw zorgverlener geen goedgekeurd kwaliteitsstatuut? Dan kan dit gevolgen hebben voor uw vergoeding.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft
Hier is gebruikelijke zorg: de geneeskundige ggz die psychiaters en klinisch psychologen normaal gesproken verlenen en waarvan de effectiviteit is bewezen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Let op bij zorg in het buitenland
In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg. Daardoor krijgt u de behandeling misschien niet of niet helemaal vergoed.

Wachtlijst? 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. Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ: In het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ staan de kwaliteitsnormen waaraan een zorgverlener in de geneeskundige ggz moet voldoen. En wat de taken en verantwoordelijkheden van onder andere de indicerend en coördinerend regiebehandelaar zijn
5. SEH-arts: Spoedeisende hulp arts
6. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

Opname voor geneeskundige ggz

Als een opname nodig is bij psychische problemen.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg Anders beperkte vergoeding Bij (vermoeden van) psychische stoornis
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

Wat u vergoed krijgt

Voor een behandeling in de ggz geldt de vergoeding Geneeskundige ggz. Soms is voor de behandeling ook een opname nodig. Dan geldt ook de vergoeding die u nu leest.

Heeft u een indicatie voor geneeskundige ggz en is een opname nodig voor een goed resultaat? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering een ggz-opname vanaf 18 jaar. De basisverzekering vergoedt ook de verpleging en verzorging, paramedische zorg[1], geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij een opname nodig zijn. Krijgt u tijdens de opname dagbesteding? Dan vergoeden wij ook die dagbesteding en het vervoer daar naartoe.

Hier kunt u terecht

Een ggz-instelling waar u een regiebehandelaar krijgt. Wie indicerend en coördinerend regiebehandelaar mogen zijn, staat in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ[2]. Dat is meestal een klinisch psycholoog of psychiater. Uw behandelaar kan u hier meer uitleg over geven.

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.

Zorgverlener zonder contract

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. In onze Zorgzoeker ziet u met welke zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan gelden er maximale vergoedingen.

Dit wordt niet vergoed

- behandeling van werkproblemen[3], relatieproblemen en aanpassingsstoornissen[4]
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het overzicht therapieën ggz

Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor een opname voor geneeskudige ggz betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Voor een opname voor geneeskundige ggz geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

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, een medisch specialist, SEH-arts[5] of de straatdokter. Bij acute zorg[6] is geen verwijzing nodig.

Als u al in behandeling bent in de ggz, dan kan ook uw regiebehandelaar u verwijzen voor opname in een (andere) ggz-instelling. U hoeft dan niet eerst langs uw huisarts.

Soms moet u vooraf toestemming vragen
U moet vooraf toestemming van ons hebben als uw zorgverlener geen contract met ons heeft.

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 Vrije Keuze 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 geneeskundige ggz die klinisch psychologen en psychiaters normaal gesproken verlenen en waarvan de effectiviteit is bewezen. Zonder opname als het kan, met opname als het nodig is.

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname
Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt de opname als doorlopend. Is de onderbreking voor vakantie- of weekendverlof? Dan tellen de verlofdagen mee voor het volmaken van de 3 jaar.

Uw zorgverlener moet een goedgekeurd kwaliteitsstatuut hebben
Elke zorgverlener moet een eigen kwaliteitsstatuut hebben dat voldoet aan het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Daarin staat aan welke kwaliteitseisen de zorgverlener voldoet, en hoe de zorg er is geregeld. U vindt het kwaliteitsstatuut op de website van de zorgverlener. Heeft uw zorgverlener geen goedgekeurd kwaliteitsstatuut? Dan kan dit gevolgen hebben voor uw vergoeding.

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.

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.

Wachtlijst? 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. Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ: In het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ staan de kwaliteitsnormen waaraan een zorgverlener in de geneeskundige ggz moet voldoen. En wat de taken en verantwoordelijkheden van onder andere de indicerend en coördinerend regiebehandelaar zijn
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