

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202500017

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

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. Verzoeker heeft bij brief van 11 september 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 17 september 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 23 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 30 december 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 11 februari 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025030033) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is, eveneens op 11 februari 2026, aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoeker heeft bij brief van 14 maart 2026 zijn standpunt nader toegelicht en aanvullende stukken meegestuurd. Kopieën hiervan zijn op 17 maart 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.5. Verzoeker 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.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 9 april 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 11 april 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 21 april 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie hiervan is, eveneens op 21 april 2026, aan partijen gestuurd.

- 1.7. Bij brief van 4 mei 2026 heeft verzoeker gereageerd op het definitief advies van 21 april 2026 van het Zorginstituut. Een kopie van zijn reactie is op 5 mei 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Vrije Keuze Startfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.
- 2.2. Verzoeker is op 1 juli 2022 gestart met een klinische behandeling van zijn verslaving bij het Anker Huis in Kaapstad, Zuid-Afrika. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om vergoeding van de met deze opname gemoeide kosten.
- 2.3. Bij e-mailbericht van 9 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij voorafgaand aan een klinische GGZ-behandeling in het buitenland toestemming had moeten vragen. Dit heeft verzoeker niet gedaan en om die reden wordt de zorg niet vergoed.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 19 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. De behandelaar van het Anker Huis heeft over verzoeker verklaard:
“At the time of admission, he was in crisis. Because of the severity of his addiction, he could not receive the therapeutic support that was needed to treat his PTSD, which was also severe. He came into treatment with unstable emotionality, anger and aggression, suicidal ideation, insomnia, flashbacks and nightmares, and paranoia. In short, he was at heightened risk of causing harm to himself or others on admission.”
- 2.6. Bij brief van 11 februari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 21 april 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de klinische behandeling in 2022 bij het Anker Huis in Kaapstad volledig te vergoeden.
- 3.2. Verzoeker is bekend met een langdurig en complex psychisch verleden met PTSS, depressie, angsten, slapeloosheid en ADHD. Hij heeft een disharmonisch intelligentieprofiel en is paranoïde. Hij ervaart extreme woede, is suïcidaal, obsessief en niet in staat te communiceren. Er wordt vermoed dat sprake is van autisme. Verzoeker heeft ook een cannabisverslaving.
- 3.3. Bij e-mailbericht van 1 september 2022, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, heeft verzoeker verzocht om vergoeding van verschillende opnameperioden. De eerste periode van 1 juli 2022 tot en met 11 augustus 2022 en de tweede periode van 12 augustus 2022 tot en met 23 september 2022. In verband met de urgentie was het onmogelijk om de financiële consequenties vooraf met

de ziektekostenverzekeraar te regelen, daarom heeft verzoeker de kosten zelf betaald. Op 23 september 2023 zou de behandeling nog niet zijn afgerond. Hij zou langer bij het Anker Huis kunnen blijven of er moest goede nazorg in Nederland worden geregeld. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om vergoeding van de facturen van de twee opnameperioden en advies over het nazorgtraject.

- 3.4. In zijn e-mailbericht van 13 september 2022 heeft verzoeker gesteld dat de opname in het buitenland noodzakelijk was, omdat in Nederland geen behandeling beschikbaar was. Het voorafgaand vragen van toestemming was niet mogelijk in verband met de acute en urgente situatie. De Nederlandse hulpverlening heeft geen behandeling kunnen bieden. De crisisdienst en nadien het FactTeam deelden verzoeker mee dat ze hem niet konden behandelen. Op 29 juni 2022 was verzoeker er ernstig aan toe, maar het FactTeam wilde hem niet beoordelen. Hij kreeg in Nederland al maanden geen behandeling meer. Vanuit urgentie en suïcidaliteit is hij twee dagen later, op 1 juli 2022, in behandeling gegaan bij het Anker Huis. Begin juli 2022 heeft verzoeker de factuur voor de eerste opnameperiode bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Na enkele dagen werd al een afwijzing ontvangen. Tijdens het daaropvolgend telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar op 26 juli 2022 is aan hem meegedeeld dat toestemming ook achteraf kon worden gevraagd. Daarvoor moesten de verwijfsbrief van de huisarts, het behandelplan van het Anker Huis en de offerte/factuur worden ingediend. Aan de hand van deze informatie zou ook de factuur van de tweede opnameperiode kunnen worden beoordeeld. Op 1 september 2022 heeft verzoeker alles aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Op 9 september 2022 ontving hij een e-mailbericht waarin vergoeding van de kosten werd afgewezen, omdat voorafgaand aan de behandeling toestemming had moeten worden gevraagd. Verzoeker heeft een verklaring en verwijzing van de huisarts, de factuur van de GZ-psycholoog voor het Nederlandstalig verslag ten bedrage van € 400,-- en een factuur voor EMDR therapie (in Zuid-Afrikaanse rand en met een betalingsbewijs in euro's) overgelegd.
- 3.5. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 23 september 2022 een factuur voor de derde opnameperiode van 24 september 2022 tot en met 2 december 2022 bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Bij e-mailbericht van 13 oktober 2022 heeft hij de ziektekostenverzekeraar gevraagd naar de status van de beoordeling van de derde opnameperiode. Verder heeft verzoeker meegedeeld dat hij sinds 7 juli 2022 terug in Nederland is, omdat bij hem een agressieve zeldzame vorm van kanker is ontdekt. Het Anker Huis heeft hem een creditnota gestuurd voor een deel van de derde opnameperiode.
- 3.6. Bij brief van 1 januari 2025, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft verzoeker verklaard dat verschillende belangrijke punten de afwijzing van de aanvraag onterecht en onredelijk maken.
- (i) De ziektekostenverzekeraar heeft geen begrip voor de urgente situatie waarin verzoeker verkeerde ten tijde van de opname in Kaapstad. De opname was van groot belang, omdat hij geen behandelaar in Nederland had, en hij vanwege zijn psychische gesteldheid niet vooraf om toestemming kon vragen. Verzoeker verwijst hiervoor naar het verslag van het Anker Huis van 7 november 2024. (ii) Bij het telefonisch contact op 26 juli 2022 is hem meegedeeld dat na ontvangst van de stukken alles in orde zou komen. In plaats daarvan was er sprake van onduidelijke communicatie en afwijzingen. (iii) Verzoeker vindt het onbegrijpelijk dat hij pas in 2024 is geweest op de lijst van vereisten die nodig was voor beoordeling van de aanvraag. (iv) Eén van de redenen van afwijzing was dat de naam van de kliniek niet in de verwijfsbrief van de huisarts stond. Dit is niet iets waar verzoeker controle over heeft. Als hij had geweten dat dit een vereiste was, dan had hij de huisarts daarop kunnen wijzen. (v) Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar bij de heroverweging in 2024 – na overlegging van alle gevraagde stukken – met één regel meegedeeld vast te houden aan het standpunt van twee jaren geleden. Er is hierbij niet inhoudelijk ingegaan op de specifieke omstandigheden.

Deze gang van zaken heeft enorme emotionele en financiële schade veroorzaakt. In verband met de gediagnosticeerde kanker op 3 oktober 2022 en de hierop volgende behandelingen en operaties, heeft het verzoek om vergoeding op zich laten wachten. Pas in 2024 heeft verzoeker het verzoek om vergoeding weer opgepakt.

- 3.7. Bij brief van 31 mei 2025, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft verzoeker verklaard dat de onduidelijke en onvolledige communicatie voor hem ernstige gevolgen heeft gehad. In de brief van 16 mei 2025 van de ziektekostenverzekeraar staat dat het ontbreken van de MATE-score (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) voorafgaand aan de opname reden was voor afwijzing. Deze voorwaarde is in het telefonisch contact van 26 juli 2022 echter niet besproken. Verzoeker dacht dat een verwijfsbrief van de huisarts en het behandelplan, waarbij de MATE-score was gevoegd, voldoende waren. Op een later moment heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld de aanvraag achteraf te willen beoordelen, maar de MATE had vooraf moeten worden afgenomen. Het is volgens verzoeker oneerlijk, verwarrend en verdrietig dat een zo belangrijke voorwaarde pas op een later moment aan hem kenbaar wordt gemaakt. Dit heeft voor extra financiële zorgen gezorgd.
- 3.8. Wat betreft de bejegening van medewerkers van de ziektekostenverzekeraar door verzoeker heeft hij verklaard dat dit moet worden geplaatst in de context van zijn acute psychische crisis. Het is volgens hem geen excuus, maar wel een verklaring. Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar niet alleen formeel, maar ook moreel gefaald.
- 3.9. Bij brief van 11 september 2025, gericht aan de commissie, heeft verzoeker gesteld dat de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar niet 'op de stoel mag gaan zitten' van de behandelend arts. Hij verwijst hierbij naar twee arresten van het gerechtshof Arnhem-Leeuwarden (ECLI:NL:GHARL:2019:10906 en ECLI:NL:GHARL:2020:4544). Uit verklaringen van de crisisdienst, de huisarts en het Anker Huis blijkt volgens verzoeker ondubbelzinnig dat een klinische behandeling medisch noodzakelijk was. De ziektekostenverzekeraar heeft dit niet inhoudelijk onderzocht, maar zich beperkt tot de formele vereisten. Verder is volgens verzoeker verwezen naar het ontbreken van een geldige verwijzing voorafgaand aan de opname. De verwijzing door de huisarts dateert van 2 augustus 2022, en deze diende voor de benodigde verlenging van de tweede opnameperiode. Ook het ontbreken van de MATE-score voorafgaand aan de opname kan niet doorslaggevend zijn voor afwijzing. In een acute crisissituatie is een voorafgaande MATE onuitvoerbaar. De MATE is later alsnog afgenomen en deze bevestigde de noodzaak van opname.
- 3.10. Ten tijde van de heroverweging op 19 november 2024 was de ziektekostenverzekeraar al meer dan twee jaren op de hoogte van de situatie en het ontbreken van de huisartsverwijzing en de MATE-score voorafgaand aan de opname. Desondanks hield de ziektekostenverzekeraar vast aan de afwijzing op grond van formele vereisten, terwijl alle gevraagde stukken waren overgelegd.
- 3.11. Verzoeker heeft aan de commissie een gespreksverslag, onderzoeksrapporten, medische verklaringen en de verwijzing door de huisarts gestuurd.
- 3.12. Verzoeker heeft bij brief van 14 maart 2026 verklaard dat het dossier inmiddels meerdere jaren bestrijkt en dat de situatie voor zijn gezin zeer ingrijpend en belastend is geweest. Volgens de ziektekostenverzekeraar gaat het over procedures en voorwaarden. Voor hem draaide het in de zomer van 2022 echter om het waarborgen van zijn veiligheid en welzijn. De ziektekostenverzekeraar heeft de ernstige psychiatrische problematiek en de noodzaak van een medische behandeling erkend. Verzoeker vraagt zich af of de formele voorwaarden in zijn geval zwaarder mogen wegen dan een medisch noodzakelijke en spoedeisende behandeling. Volgens verzoeker gaat het om drie vragen die moeten worden beantwoord:

1. Was bij de opname sprake van een spoedeisende psychiatrische situatie waarin onmiddellijke klinische behandeling noodzakelijk was?
 2. Welke betekenis moet worden toegekend aan de communicatie van de ziektekostenverzekeraar in 2022 en tijdens de herbeoordeling in 2024, waarin herhaaldelijk de indruk werd gewekt dat beoordeling en vergoeding mogelijk waren?
 3. Is het onder deze omstandigheden redelijk en proportioneel om de kosten van deze medisch noodzakelijke behandeling volledig te weigeren op basis van formele voorwaarden?
- 3.13. Volgens de ziektekostenverzekeraar bestaat alleen recht op vergoeding wanneer vooraf een geldige verwijzing is verstrekt, behalve in het geval van spoedeisende zorg. Van dat laatste was in de situatie van verzoeker sprake. Gezien de combinatie van ernstige verslavingsproblematiek, traumaklachten, suïcidaliteit en ontregeling was een ambulante behandeling op dat moment feitelijk niet haalbaar. Wat nodig was, was eerst stabilisatie in een klinische setting met 24-uurs toezicht, zodat daarna verdere diagnostiek en behandeling mogelijk konden worden. Het lukte echter niet om passende zorg te organiseren. Door de complexiteit van de problematiek, wachttijden in de GGZ en het ontbreken van een direct passend behandelaanbod, kon geen geschikte behandeling worden gestart.
- 3.14. Verzoeker heeft de escalatie van de situatie in 2022 uitgebreid toegelicht en hoe van daaruit een acute psychiatrische crisis ontstond. Volgens de ziektekostenverzekeraar was er geen sprake van spoedeisende zorg, omdat geen IBS of rechterlijke machtiging was opgelegd. Verzoeker heeft in dit verband gesteld dat het al dan niet opleggen van een juridische maatregel geen criterium is voor de medische spoedeisendheid van een behandeling. Verzoeker heeft een verklaring van de behandelaar van het Anker Huis overgelegd waarin wordt bevestigd dat bij opname sprake was van een acute psychiatrische crisis en dat onmiddellijke klinische behandeling met 24-uurs toezicht noodzakelijk was om de veiligheid te waarborgen. Dat de verklaring later is opgesteld doet volgens verzoeker niets af aan het feit dat deze betrekking heeft op de medische beoordeling van de situatie ten tijde van de opname. De spoedeisendheid blijkt volgens verzoeker ook uit andere, door hem overgelegde stukken.
- 3.15. Verder heeft verzoeker gesteld dat een belangrijk moment het telefoongesprek van 26 juli 2022 was. Uit de overgelegde contactregistratie blijkt dat hem toen niet is meegedeeld dat een vooraf afgenomen MATE een absolute voorwaarde was voor vergoeding van de behandeling. Verzoeker vindt het niet redelijk dat vóór 1 juli 2022 toestemming had moeten zijn verkregen, terwijl de ziektekostenverzekeraar op 26 juli 2026 zelf heeft meegedeeld dat beoordeling kan plaatsvinden op basis van de verwijzing, behandelplan en de offerte. Verder was hij niet ervan op de hoogte dat in de verwijzing specifiek het Anker Huis had moeten staan. Zijn huisarts deelde hem mee dat de verwijsbrieven van 20 januari 2022 en 17 februari 2022 konden worden gebruikt. Verzoeker heeft in dit kader gesteld dat de Zorgverzekeringswet een geldige verwijzing voor specialistische GGZ vereist, maar niets bepaalt over de specifieke verwijzing.
- 3.16. Wat betreft de MATE heeft verzoeker nogmaals toegelicht waarom het niet mogelijk was deze voorafgaand aan de opname af te nemen. De later afgenomen MATE laat een zeer hoge score zien op afhankelijkheid, psychische belasting en functionele beperkingen. Naast de MATE zijn op 9 augustus 2022 een uitgebreid intakeverslag en behandelplan opgesteld door de behandelend GZ-psycholoog van het Anker Huis. Hieruit volgt de noodzaak van een klinische opname. De MATE is van 9 augustus 2022 en de klinische behandeling heeft nog tot 6 oktober 2022 voortgeduurd. Gedurende een aanzienlijk deel van deze periode was er wel degelijk een objectieve indicatiestelling voor klinische behandeling.
- 3.17. Verzoeker heeft opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar in zijn e-mailbericht van 22 september 2022 ook heeft bevestigd dat hij tijdens het telefoongesprek op 26 juli 2022 onjuist is

geïnformeerd. Het gewekte vertrouwen wordt hiermee weliswaar erkend, maar er worden geen consequenties aan verbonden. Wat betreft de afwijzing van vergoeding van het tweede traject is volgens verzoeker door de ziektekostenverzekeraar niet medisch onderbouwd waarom er geen sprake meer zou zijn van spoedeisendheid. Voor het derde traject is door de ziektekostenverzekeraar een volledig nieuwe aanvraag verlangd. Volgens verzoeker lag er toen al een compleet dossier, inclusief MATE en behandelplan. Dit is nooit inhoudelijk beoordeeld. Bovendien vindt verzoeker het niet te rijmen met het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat de beoordeling uitsluitend zou plaatsvinden op basis van de situatie bij aanvang van de opname op 1 juli 2022. Ook bij heroverweging is de ziektekostenverzekeraar gebleven bij een afwijzing op grond van formele voorwaarden en zijn de overgelegde stukken niet inhoudelijk beoordeeld. Tijdens de herbeoordeling in 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar opnieuw de indruk gewekt dat een beoordeling achteraf mogelijk was. Na alle medische stukken te hebben ingediend, volgde opnieuw een afwijzing op dezelfde formele gronden.

- 3.18. Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat mogelijk sprake kan zijn geweest van een paniecreactie, omdat hij destijds wel fit-to-fly werd verklaard. Deze verklaring zag echter niet op de spoedeisendheid van de psychiatrische crisis, maar had betrekking op de latere vlucht van Kaapstad naar Amsterdam in verband met de acute kankerdiagnose. Verzoeker was op dat moment ernstig lichamelijk ziek en moest na aankomst in Nederland direct met een intensieve oncologische behandeling starten.
- 3.19. In het voorlopig advies van het Zorginstituut van 11 februari 2026 is alleen het opnamemoment van 1 juli 2022 in samenhang met de MATE beoordeeld. Het Zorginstituut gaat echter niet in op de situatie na afname van de MATE op 9 augustus 2022 en de klinische behandeling die voortduurde tot 6 oktober 2022.
- 3.20. Verzoeker heeft de commissie verzocht te bepalen dat sprake was van een spoedeisende situatie en dat de ziektekostenverzekeraar daarom is gehouden alle kosten van de behandeling bij het Anker Huis te vergoeden. Indien de commissie evenwel van oordeel is dat hij niet aan de formele vereisten heeft voldaan, dan verzoekt hij de commissie nadrukkelijk de situatie waarin hij verkeerde mee te wegen en daarbij te betrekken dat alle informatie waarnaar de ziektekostenverzekeraar vroeg door hem is overgelegd.
- 3.21. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop verteld over de escalerende situaties die hij heeft meegemaakt. Na het laatste contact met de crisisdienst deelde de psychiater hem mee dat een opname alleen mogelijk was met een gedwongen maatregel via de burgemeester, met politie inzet. Verzoeker had stabilisatie en behandeling nodig en niet opnieuw een hardhandig ingrijpen door de politie. Vervolgens is er contact geweest met het Anker Huis. Het zou een vrijwillige opname aldaar betreffen, maar wel in een veilige gesloten setting. Het was geen geplande zorg, want verzoeker moest op dat moment psychisch uit een situatie worden geholpen. Kort na de opname is de eerste factuur bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. De standaardafwijzing was dat er geen voorafgaande toestemming was gevraagd. Voor de eerste termijn heeft verzoeker dit laten rusten. Toen het Anker Huis de behandeling na enkele weken wilde voortzetten, heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar gevraagd om vergoeding van het vervolgtraject. Volgens de ziektekostenverzekeraar was het mogelijk om achteraf te beoordelen. Er moest daartoe een verwijzing, behandelplan en offerte worden aangeleverd. Verzoeker heeft vervolgens alle stukken toegestuurd, maar hij ontving hierop wederom een afwijzing. Volgens de ziektekostenverzekeraar had voorafgaand aan de behandeling een aanvraag moeten worden ingediend. Tegelijkertijd werd door de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker gevraagd om een behandelplan voor de derde opnameperiode, terwijl het al 6 weken had geduurd om het vorige behandelplan te laten opstellen. Verzoeker begreep niet meer wat van hem werd verwacht. In 2024 heeft hij, op verzoek van de ziektekostenverzekeraar, opnieuw diverse documenten en verklaringen aangeleverd. Uiteindelijk volgde wederom een afwijzing. Niet op grond van de medische stukken, maar op

basis van dezelfde formele voorwaarde waaraan hij bij aanvang van de opname al niet had kunnen voldoen.

- 3.22. De MATE is op 9 augustus 2022 afgenomen. Eerder kon dat niet, omdat eerst stabilisatie nodig was. In Nederland had verzoeker geen behandelaar meer. Verzoeker stelt dat de behandeling hierna nog twee maanden is voortgezet. Uit het behandelplan en de MATE volgt dat sprake was van ernstige afhankelijkheid, hoge psychische belasting en ernstige functionele beperkingen, passend bij een intensieve klinische behandeling. Volgens de ziektekostenverzekeraar gelden bij spoedzorg de formele vereisten niet. Toch wordt zijn spoedsituatie, ondanks de gebeurtenissen, de politie-interventies en de verklaringen van de behandelaars, niet erkend. Dit voelt voor verzoeker erg onrechtvaardig.
- 3.23. Daarnaast gevraagd door de commissie heeft verzoeker toegelicht dat het benoemen van verschillende perioden van opname waarschijnlijk een administratieve verwerking betreft. Tot twee keer toe werd de behandeling verlengd, waarvoor kosten in rekening zijn gebracht. Door de ziektekostenverzekeraar is toen gesteld dat voor de tweede periode van opname informatie kon worden aangeleverd. Dit is toen gebeurd.
- 3.24. Bij brief van 4 mei 2026 heeft verzoeker gesteld dat het Zorginstituut zijn advies beperkt tot de vraag of voorafgaand aan de opname op 1 juli 2022 de MATE is afgenomen. Volgens verzoeker vormen de spoedeisendheid, de verwijzing, en de communicatie met de daarbij gewekte verwachtingen de kern van het geschil. Uit het dossier blijkt volgens verzoeker in wat voor ernstige psychische crisis hij destijds verkeerde. In Nederland was feitelijk geen werkbaar behandeltraject tijdig beschikbaar. Verzoeker vindt het belangrijk dat de omstandigheden voorafgaand aan de opname worden meegewogen in de beoordeling. Het was namelijk niet mogelijk in de acute psychische crisis de MATE af te nemen. De behandelaar heeft volgens verzoeker meegedeeld dat het weken heeft geduurd voordat er voldoende vertrouwen was en therapeutisch werk mogelijk werd. Zodra er voldoende rust was en de MATE een diagnostische waarde kon leveren, is deze afgenomen. Verzoeker heeft herhaald dat de ziektekostenverzekeraar verschillende keren heeft meegedeeld dat een beoordeling achteraf kon plaatsvinden en dat het dossier inhoudelijk zou worden beoordeeld.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 9 september 2022 verklaard dat geen aanspraak bestaat op vergoeding, omdat voor zorg in het buitenland voorafgaand aan de behandeling toestemming moet worden gevraagd. Bij e-mailberichten van 22 september 2022 en 14 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat ten aanzien van de eerste opnameperiode een geldige verwijzing ontbreekt. De verwijzing van 20 januari 2022 is niet aan het Anker Huis gericht en daardoor niet geldig voor de eerste opnameperiode. De verwijzing van 2 augustus 2022 kan niet gelden als een verwijzing voor de eerste opnameperiode, omdat de opname vóór 2 augustus 2022 is gestart. Daarnaast dient de MATE voorafgaand aan de opname te worden afgenomen en niet aan het eind van de eerste opnameperiode. De indicatiestelling voor de opname is niet volgens een gestandaardiseerd screeningsinstrument gedaan en daarmee voldoet de behandeling niet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’.

Ten aanzien van de tweede opnameperiode geldt dat voorafgaande toestemming ontbreekt. Er kan volgens de ziektekostenverzekeraar geen sprake meer zijn van spoed. Verzoeker was immers al enkele weken opgenomen. Voorafgaand hieraan had verzoeker toestemming moeten vragen.

Voor de derde opnameperiode kon verzoeker nog een volledige aanvraag indienen die voldoet aan de eisen. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor verwezen naar zijn website.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat moet worden beoordeeld of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op de zorg. Hiervoor is het behandelresultaat van de twee voorgaande opnameperioden nodig, met een onderbouwing waarom verlenging van de opname met 10 weken medisch noodzakelijk is. Hier behoort ook een geactualiseerde MATE-score bij. Ook moet blijken op welke wijze naar afronding van de klinische behandeling wordt toegewerkt en hoe het nazorgtraject eruitziet.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 16 mei 2025, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, verklaard dat de MATE voorafgaand aan de opname moet worden afgenomen. Dit is volgens hem in overeenstemming met het standpunt van het Zorginstituut, waarbij hij ook verwijst naar een bindend advies van de commissie (SKGZ202100016). Gezien de afwijgrond heeft het geen toegevoegde waarde contact op te nemen met het Anker Huis in het kader van de medische indicatie. De afwijzing heeft immers betrekking op het ontbreken van de MATE-score voorafgaand aan de behandeling. Informatie over de medische indicatie verandert daar niets aan. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat hij eenmalig is afgeweken van het strikte toestemmingsvereiste, omdat verzoeker - begrijpelijkerwijs door de diagnose kanker en het GGZ traject - veel te verwerken had. Dat betekent echter niet dat kan worden afgeweken van de voorwaarden die tot vergoeding van zorg leiden.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 23 december 2025, gericht aan de commissie, verklaard dat op grond van de zorgverzekering slechts aanspraak op zorg bestaat indien deze zorg kwalificeert als een verzekerde prestatie en de verzekerde daarop redelijkerwijs is aangewezen. Er wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen de medische indicatie en de verzekeringsindicatie.
- 4.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar is niet in geschil dat bij verzoeker ten tijde van de opname sprake was van ernstige psychische problematiek en dat de behandeling hiervan vanuit medisch oogpunt wenselijk werd geacht. Evenmin is in geschil dat de opname daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. Het geschil ziet volgens de ziektekostenverzekeraar uitsluitend op de vraag of aan de voorwaarden van de zorgverzekering is voldaan en of verzoeker redelijkerwijs op deze zorg was aangewezen.
- 4.5. Het staat vast dat de opname van verzoeker is aangevangen op 1 juli 2022, terwijl op dat moment geen geldige voorafgaande verwijzing voor geneeskundige GGZ aanwezig was. De enige vóór die datum afgegeven verwijzing dateert van 20 januari 2022 en deze kan niet als geldige verwijzing voor de onderhavige opname dienen, omdat hij niet was gericht aan de betreffende zorgaanbieder, het Anker Huis in Kaapstad. De verwijzing had bovendien geen betrekking op de concrete opname die per 1 juli 2022 is gestart. De eerstvolgende, op de behandeling gerichte verwijzing, is van 2 augustus 2022 en dateert dus van na aanvang van de opname. Een dergelijke verwijzing heeft geen terugwerkende kracht en kan het euvel van het ontbreken van een voorafgaande verwijzing niet herstellen. Daarmee is niet voldaan aan het vereiste van artikel 14, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet. Van spoedeisende zorg was geen sprake.
- 4.6. In een eerder geschil bij de commissie heeft het Zorginstituut geoordeeld dat diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit zonder voorafgaande triage niet in overeenstemming zijn met de geldende richtlijnen en dat de behandeling daarmee niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Dit geldt specifiek wanneer, zoals in het geval van verzoeker, een erkend screeninginstrument zoals de MATE of EuropASI pas na aanvang van de behandeling wordt toegepast. Het Zorginstituut heeft benadrukt dat het doel van voorafgaande triage en objectieve indicatiestelling is om de geschiktheid, noodzaak en intensiteit van de behandeling vast te stellen conform professioneel aanvaarde standaarden. Indien deze triage achteraf plaatsvindt, kan de behandeling niet aan deze standaarden worden getoetst, waardoor de verleende zorg in juridische zin niet als verzekerde zorg kan worden aangemerkt. In het geval van verzoeker

concludeert de ziektekostenverzekeraar dat niet conform de richtlijnen is gehandeld, aangezien de MATE pas na de start van de klinische opname is afgenomen. De zorg voldoet om deze reden niet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en mag daarom niet worden vergoed.

- 4.7. De ziektekostenverzekeraar heeft verder herhaald dat hij erkent dat in 2022 bij verzoeker sprake was van ernstige psychische problematiek. Voor de beoordeling van de vergoedingsaanspraak is echter doorslaggevend of de behandeling kwalificeert als spoedeisende zorg in de zin van de wet- en regelgeving dan wel als zorg waarvoor voorafgaande toestemming was vereist. Uit het dossier blijkt niet dat een formele crisissituatie, zoals een IBS of een rechterlijke machtiging, aan de orde was.
- 4.8. Verzoeker heeft in 2024 aanvullende (medische) informatie ingediend, waaronder verklaringen van behandelaars en de crisisdienst. Ondanks deze nieuwe informatie kan de eerdere beslissing niet worden gewijzigd. De ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat deze beslissing gevoelens van verwarring, onbegrip en frustratie kan hebben versterkt. Hij betreurt dat de afwijzing extra emotionele druk heeft gelegd, in een situatie die voor verzoeker al heel zwaar was. De ziektekostenverzekeraar biedt zijn oprechte excuses aan voor het door verzoeker ervaren ongemak.
- 4.9. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar, daarnaar gevraagd door de commissie, bevestigd dat het ontbreken van voorafgaande toestemming aan verzoeker niet meer wordt tegengeworpen. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het Zorginstituut in zijn voorlopig advies het behandeltraject als één periode ziet. De data sluiten precies op elkaar aan. Het is volgens de ziektekostenverzekeraar ook mogelijk dat er verschillende opnames zijn geweest. De verwijzing van 2 augustus 2022 en de afgenomen MATE van 9 augustus 2022 zijn, als het gaat om verschillende perioden, wel tijdig voor de tweede periode die is gestart op 12 augustus 2022. De ziektekostenverzekeraar vraagt zich wel af of het gaat om nieuwe opnames of dat het louter de administratieve verwerking betreft. Hij licht verder toe dat – als het gaat om verschillende perioden – voor de derde periode van opname wederom een verwijzing en MATE hadden moeten worden aangeleverd. De afwijzing is met name gericht op het ontbreken van de MATE, omdat vooraf moet worden beoordeeld of iemand redelijkerwijs is aangewezen op de zorg. In het geval van verzoeker lijkt die informatie voor de tweede periode van opname tijdig te zijn aangeleverd.
- 4.10. Daarna gevraagd door de commissie kan de ziektekostenverzekeraar niet bevestigen dat de verwijzing van 2 augustus 2022 en de MATE van 9 augustus 2022 ook kunnen gelden voor de derde periode. Verzoeker is op 1 juli 2022 opgenomen en uit de stukken blijkt dat de opname twee keer is verlengd. Dit zou betekenen dat het gaat om een doorlopende behandeling en dan is de MATE van 9 augustus 2022 te laat afgenomen. Volgens de ziektekostenverzekeraar gaat het Zorginstituut ook uit van een tweede en derde verlenging van de eerste periode. Indien wordt uitgegaan van onderscheiden perioden van opname, zouden de verwijzing van 2 augustus 2022 en de MATE van 9 augustus 2022 wel tijdig zijn voor de tweede periode van opname. Of sprake is van meerdere behandelperioden wil de ziektekostenverzekeraar na de zitting bespreken met zijn medisch adviseur. Tussentijds is verzoeker gevraagd om een geactualiseerde MATE voor de derde periode. De ziektekostenverzekeraar kan desgevraagd niet bevestigen dat dit betekende dat tussentijds de MATE kon worden vernieuwd of tussentijds kon worden ingediend. Ook dit wil de ziektekostenverzekeraar bespreken met zijn medisch adviseur.
- 4.11. Wat betreft de spoedeisendheid heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat er kennelijk voldoende tijd was om te zoeken naar een, in dit geval, niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Er was ook tijd om met het vliegtuig te reizen, zodat geen sprake is van spoed. In ieder geval niet op grond van de wet. Er is verzoeker voorts geen verplichte maatregel opgelegd. Bij een crisissituatie had verzoeker in Nederland moeten worden opgenomen. Op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering is in dit geval geen sprake van spoed.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 11 februari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“(...) Triage

In het rapport ‘Verslavingszorg in beeld; alcohol & drugs’ (2014) heeft het Zorginstituut het standpunt ingenomen dat bij de diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit bij verslavingszorg een screeningsinstrument zoals de MATE of EuropASI dient te worden afgenomen. Bij verslavingszorg zonder voorafgaande triage is het risico op zowel onder- als overbehandeling groot en daarmee op ongepast gebruik van zorg. Het is dan niet goed mogelijk om vast te stellen of een cliënt redelijkerwijs is aangewezen op de uitgevoerde behandeling.

In eerdere geschillen heeft het Zorginstituut het ontbreken van voorafgaande triage met een screeningsinstrument aangemerkt als zorg die niet in overeenstemming is met de geldende richtlijnen en daarmee niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij nadere beschouwing richt de beoordeling of de MATE voorafgaand aan de opname is afgenomen zich niet op de effectiviteit van de behandeling, maar op de vraag of de gekozen behandelintensiteit vooraf op de juiste wijze is geïndiceerd.

Het Zorginstituut is daarom van oordeel dat het al dan niet tijdig toepassen van de MATE dient te worden beoordeeld onder het criterium redelijkerwijs aangewezen op’ en niet onder het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’. De MATE is immers bedoeld als instrument om de indicatie tot zorg en de behandelintensiteit te bepalen, en dient niet als maatstaf voor de inhoudelijke effectiviteit van de behandeling.

In het dossier is een MATE opgenomen die op 9 augustus 2022 is afgenomen, terwijl verzoeker reeds op 1 juli 2022 klinisch was opgenomen bij het Anker Huis. Het afnemen van de MATE nadat verzoeker al gedurende langere tijd klinisch was opgenomen, doet geen recht aan het doel van dit instrument, namelijk het vooraf bepalen van de benodigde behandelintensiteit. Gelet hierop kan niet worden vastgesteld dat verzoeker bij aanvang van de opname redelijkerwijs was aangewezen op een klinische verslavingsbehandeling bij het Anker Huis.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat voorafgaand aan de opname gebruik is gemaakt van een screeningsinstrument, zoals de MATE of de EuropASI. Hierdoor kan niet worden vastgesteld dat verzoeker bij aanvang van de behandeling redelijkerwijs was aangewezen op een klinische verslavingsbehandeling bij het Anker Huis.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van een klinische verslavingsbehandeling bij het Anker Huis in Zuid-Afrika ten laste van de basisverzekering.”

- 5.2. In het definitief advies van 21 april 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“(...) Ten aanzien van de vraag of er sprake is geweest van drie afzonderlijke opnamen, blijft het Zorginstituut bij het standpunt dat er sprake was van één opname van 1 juli 2022 tot en met 2 december 2022. Tijdens het verblijf in Zuid-Afrika was geen sprake van een nieuwe zorgvraag met bijbehorende intake, behandelplan en evaluatie van de voorgaande opname. Bovendien is er geen periode van herstel geweest tussen de opnamen, met een hernieuwde aanleiding voor een nieuwe opname.

Uit het verslag en de aanvullende stukken komen dan ook geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.”

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 80 van de Algemene Regels en vergoedingen 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 relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over specialistische GGZ, de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’ zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoeker is naar Zuid-Afrika gegaan om daar klinische verslavingszorg af te nemen. De commissie overweegt dat tussen Nederland en Zuid-Afrika geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering bestaat, zodat het recht op vergoeding uitsluitend wordt beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.3. In de verzekeringsvoorwaarden wordt onderscheid gemaakt tussen spoedeisende en niet-spoedeisende zorg in het buitenland. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat in de situatie van verzoeker sprake is van niet-spoedeisende zorg. De commissie volgt hem hierin. Aan verzoeker werd geen maatregel opgelegd. Was dat anders geweest, dan had het voor de hand gelegen direct te starten met een behandeling in Nederland. Ook overigens blijkt uit de feiten dat het niet ging om spoedzorg. Verzoeker bevond zich in Nederland, hij moest de reis naar Zuid-Afrika regelen en afspraken maken met Het Anker over de behandeling daar. Kennelijk bestond daartoe voldoende tijd. Onder deze omstandigheden valt niet in te zien waarom verzoeker niet vooraf toestemming kon vragen aan de ziektekostenverzekeraar, hij geen voorafgaande gerichte verwijzing kon verkrijgen van een daartoe aangewezen zorgverlener, en het voor hem niet mogelijk was de MATE tijdig te laten afnemen. Daargelaten de vraag of ook in een spoedsituatie een MATE voorafgaand aan opname vereist is, constateert de commissie dat de uiteindelijk bij verzoeker afgenomen MATE dateert van ruim een maand na start van de opname, hetgeen hoe dan ook te laat is. Verzoeker heeft daarvoor geen overtuigende verklaring gegeven. Hetgeen verzoeker voor het overige heeft aangevoerd maakt de hiervoor getrokken conclusie niet anders.
- 7.4. Op grond van het artikel ‘Buitenland: niet-spoedeisende (voorzien) zorg’ van de Algemene Regels en vergoedingen 2022 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg in het buitenland. Het artikel ‘Gespecialiseerde GGZ’ van de Algemene Regels en vergoedingen 2022 van de zorgverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op specialistische GGZ. Hieronder valt ook (klinische) verslavingszorg. De inhoud en omvang van de aanspraak wordt mede bepaald door de criteria ‘plegen te bieden’ en de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Als aan deze criteria is voldaan is sprake van verzekerde zorg. Vervolgens moet worden bepaald of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de gevraagde zorg. Dit blijkt uit artikel 24 van de Algemene Regels en vergoedingen 2022 van de zorgverzekering. Het voorgaande is gebaseerd op de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. Daarna moet worden beoordeeld of de behandeling doelmatig is en of aan bepaalde formele vereisten, zoals een toestemming vooraf van de ziektekostenverzekeraar of een voorafgaande gerichte verwijzing, is voldaan.

- 7.5. De commissie is op grond van artikel 114, derde en vierde lid, Zvw gehouden een geschil als het onderhavige voor te leggen aan het Zorginstituut.
In het voorlopig advies van 11 februari 2026 licht het Zorginstituut toe dat in eerdere geschillen het ontbreken van voorafgaande triage met een screeningsinstrument is aangemerkt als zorg die niet in overeenstemming is met de geldende richtlijnen en daarmee niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Bij nadere beschouwing richt de beoordeling of de MATE voorafgaand aan de opname is afgenomen zich niet op de effectiviteit van de behandeling, maar op de vraag of de gekozen behandelintensiteit vooraf op de juiste wijze is geïndiceerd. Het Zorginstituut is daarom van oordeel dat het al dan niet tijdig toepassen van de MATE dient te worden beoordeeld onder het criterium ‘redelijkerwijs aangewezen op’ en niet onder het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’. De MATE is immers bedoeld als instrument om de indicatie tot zorg en de behandelintensiteit te bepalen, en dient niet als maatstaf voor de inhoudelijke effectiviteit van de behandeling.
- 7.6. Het Zorginstituut vervolgt met de constatering dat verzoeker op 1 juli 2022 klinisch is opgenomen en dat de MATE eerst op 9 augustus 2022 is afgenomen. Aangezien verzoeker toen al enkele weken met de behandeling was gestart – en de MATE niet was afgenomen om de behandelintensiteit te bepalen – kan niet worden vastgesteld dat verzoeker bij aanvang van de opname redelijkerwijs was aangewezen op een klinische verslavingsbehandeling, aldus het Zorginstituut.
De commissie kan het Zorginstituut volgen in zijn uitleg dat de MATE tot doel heeft de indicatie tot zorg en de behandelintensiteit te bepalen in het individuele geval. In de situatie van verzoeker is, zonder dat gebruik werd gemaakt van een screeningsinstrument zoals de MATE, besloten tot klinische behandeling van de verslavingsproblematiek. Dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op opname in het Anker Huis is dus niet vastgesteld.
Anders dan verzoeker lijkt te veronderstellen, kan een later afgenomen MATE de eenmaal aangevangen klinische behandeling niet (meer) rechtvaardigen. Betrokkene verblijft dan immers al in een klinische setting, de behandeling is gaande, en de keuze voor de behandelintensiteit is reeds gemaakt.
- 7.7. Uit het advies van het Zorginstituut zou kunnen worden opgemaakt dat het één doorlopende behandeling heeft betroffen, met tweemaal een verlenging. In de procedure is echter ook gesproken van drie perioden van opname, hetgeen relevant werd geacht voor het per periode aanleveren van stukken – waaronder een verwijzing en de MATE – en de beoordeling daarvan. De ziektekostenverzekeraar heeft hierover geen eenduidig standpunt ingenomen. Zo zou uit de door hem gestuurde brieven van 22 september 2022, 14 oktober 2022, en 20 september 2024, kunnen worden geconcludeerd dat het verschillende perioden van opname betreft en dat om die reden tussentijds nog stukken konden worden aangeleverd. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts ter zitting nadrukkelijk verklaard dat de verwijzing van 2 augustus 2022 en de MATE van 9 augustus 2022 tijdig zijn indien wordt uitgegaan van een tweede periode van opname.
De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker aldus het vertrouwen heeft gewekt dat per periode van opname een aparte beoordeling zou (kunnen) plaatsvinden. Dit betekent dat de verwijzing van 2 augustus 2022 en de MATE van 9 augustus 2022 tijdig waren voor de tweede periode van opname. Uit deze stukken blijkt dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op de zorg.
Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ter zitting verklaard verzoeker het ontbreken van zijn voorafgaande toestemming niet langer tegen te werpen. De commissie oordeelt dat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de tweede periode van opname, overigens met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden.
De commissie stelt vast dat, ook indien wordt uitgegaan van drie onderscheiden perioden van opname, voor de derde opname een geactualiseerde MATE ontbreekt. Daarmee staat dus niet vast dat verzoeker (nog) redelijkerwijs was aangewezen op de zorg in Zuid-Afrika en blijven de

hieraan verbonden kosten, gemaakt in dat tijdvak, voor zijn rekening. Als hiervoor is geconcludeerd, geldt dat ook voor de eerste periode.

- 7.8. Het voorgaande geeft aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten het klachtgeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

Slotsom

- 7.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie beslist dat:

- 8.2. (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de tweede periode van opname aan verzoeker te vergoeden ten laste van de zorgverzekering;
(ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het klachtgeld van € 37,-- dient te vergoeden;
(iii) hetgeen anders of meer door verzoeker is verzocht wordt afgewezen

Zeist, 10 juni 2026,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als 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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 114

1. De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat zijn verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie.
2. De onafhankelijke instantie neemt een geschil slechts in behandeling nadat de verzekeringnemer of de verzekerde de zorgverzekeraar heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen, en deze niet binnen redelijke termijn of niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of verzekerde heeft gereageerd.
3. De onafhankelijke instantie vraagt advies aan het Zorginstituut indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten.
4. Het Zorginstituut zendt zijn advies binnen vier weken na ontvangst van de adviesaanvraag aan de onafhankelijke instantie.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. 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 verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

● 3. Ik ben verzekerd bij ONVZ

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

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

● Ik heb zorg nodig

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

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

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

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

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

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

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

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

a. die naar inhoud en omvang effectief en veilig is

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

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

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

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen redelijke afstand van uw woonadres.

Wat redelijk is, hangt af van de soort zorg en hoe dringend de zorg nodig is.

● 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 <ul style="list-style-type: none">• 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.

Zorg in het buitenland en reizen

Daarbij gaan we eerst in op de vergoedingen. Bij 'Dit moet u zelf doen' hieronder staat of u een verwijzing moet hebben. En wanneer u ons eerst toestemming moet vragen.

Wat vergoedt de basisverzekering?

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

- de 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
- niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de voorwaarden van de basisverzekering. Voldoet de zorg niet aan deze voorwaarden? Dan krijgt u geen vergoeding
- voorwaarden die in Nederland gelden, gelden ook in het buitenland

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

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

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.

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

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

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.

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

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

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

• 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 opname of dagopname¹
- 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 nota's duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor nota's 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 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 basisverzekering die second opinion tot maximaal het Nederlandse tarief.

Uitleg

1. Dagopname: U gaat op de dag van behandeling - met dagverpleging - weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis

● Gespecialiseerde ggz

Als u ernstige psychische problemen heeft.

● Vergoeding per verzekering

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

● Wat u vergoed krijgt

Bij ernstige psychische problemen krijgt u een verwijzing voor gespecialiseerde ggz. De behandeling bestaat vaak uit gesprekken met bijvoorbeeld een psychiater of psychotherapeut. Soms krijgt u geneesmiddelen. Als dat nodig is, wordt u opgenomen in een ggz-instelling of op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

U krijgt altijd een regiebehandelaar. Die is voor u (en uw naasten) het eerste aanspreekpunt. En kan ook andere behandelaars inzetten. Uw regiebehandelaar zorgt dan voor een goede samenwerking en heeft een coördinerende rol. Wie voor de behandeling regiebehandelaar mogen zijn, staat hieronder bij 'Hier kunt u terecht'.

De basisverzekering vergoedt gespecialiseerde ggz vanaf 18 jaar.

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. Dan vergoeden wij de zorg volledig. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan vergoeden wij tot een maximaal bedrag. Hoe hoog de vergoeding is, hangt af van wat voor zorg u krijgt. En van uw diagnose. De maximale vergoedingen staan in een [overzicht](#). Alles hierboven betaalt u zelf.

Is opname nodig voor een goed resultaat van de behandeling? Dan vergoedt de basisverzekering die ook. Met daarbij, als dat nodig is: verpleging en verzorging, paramedische zorg¹, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Krijgt u tijdens de opname ook dagbesteding? Dan vergoeden wij ook die dagbesteding en het vervoer daar naartoe.

Hier kunt u terecht

- zelfstandige zorgverlener met nummer 1, 2, 3 of 4 hieronder
 - ggz-instelling of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Daar mag uw regiebehandelaar elk van de 8 zorgverleners hieronder zijn. Bij een behandeling met opname is uw regiebehandelaar in principe nummer 1 of 4. Zij mogen toestemming geven dat u de regiebehandelaar van voor uw opname houdt
1. klinisch psycholoog
 2. psychotherapeut
 3. klinisch neuropsycholoog
 4. psychiater
 5. gz-psycholoog²
 6. verpleegkundig specialist ggz
 7. bij dementie: specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater
 8. bij verslaving of gokproblematiek: verslavingsarts

Overgangsregeling 18-jarigen

Ggz tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet. Die kent andere regiebehandelaars dan de basisverzekering. Als het nodig is dat een behandeling ook na uw 18e verjaardag nog doorloopt bij de 'oude' regiebehandelaar dan vergoeden wij dat, voor maximaal 12 maanden. Langer mag niet van de overheid. In die tijd kan de behandeling afgerond worden, of overgedragen aan een basisverzekering-regiebehandelaar.

Dit wordt niet vergoed

- behandeling van eenvoudige psychische stoornissen die in de Generalistische basis-ggz of met Psychische zorg bij de huisarts kunnen worden behandeld
- behandeling van werkproblemen³, relatieproblemen en aanpassingsstoornissen⁴
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het overzicht therapieën ggz
- als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen contract hebben, krijgt u een maximale vergoeding. Rekent uw zorgverlener een hoger bedrag, dan betaalt u het verschil zelf

• Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor gespecialiseerde ggz geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Meestal bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg

Hoe dat werkt, staat hierboven onder 'Wat u vergoed krijgt'.

• Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de zorgverlener gaat, moet u een gerichte verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts, een medisch specialist of SEH-arts⁵. Dit betekent dat de huisarts of medisch specialist vindt dat de gespecialiseerde ggz de meest geschikte behandelvorm is. Bij acute zorg⁶ is geen verwijzing nodig.

Als u onder behandeling bent in de Generalistische basis-ggz, dan kan uw regiebehandelaar u ook doorverwijzen naar de gespecialiseerde ggz. U hoeft dan niet eerst langs de huisarts.

Controleer of uw zorgverlener een contract met ons heeft

Als uw zorgverlener geen contract met ons heeft, krijgt u een lagere vergoeding. In onze Zorgzoeker kunt u nakijken of uw zorgverlener een contract met ons heeft. Zoekt u een zorgverlener? Dan vindt u met de Zorgzoeker ook eenvoudig een zorgverlener in de buurt. U kunt ook contact opnemen met ons Service Center. Wij helpen u graag.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

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

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

Voor verlenging van een opname na 1 jaar moet u ons altijd vooraf toestemming vragen

Blijft u langer dan een jaar opgenomen? Dan moet u daarvoor uiterlijk in de 10e maand van uw opname toestemming aan ons vragen. Meestal regelt uw zorgverlener dat voor u.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Een psychische stoornis volgens de DSM

De basisverzekering vergoedt ggz, maar alleen als u een psychische stoornis heeft, of als uw zorgverlener dat vermoedt. Alle psychische stoornissen staan in de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', DSM. Dit is een internationale standaard voor de indeling van psychische stoornissen. DSM-5 is de nu gebruikte versie.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de gespecialiseerde ggz die psychiaters en klinisch psychologen normaal gesproken verlenen en waarvan de effectiviteit is bewezen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Soms krijgt u uw geneesmiddelen van uw ggz-instelling

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

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

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

Let op bij zorg in het buitenland

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

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

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

Wachlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

U kunt onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. De ZorgConsulent is er ook voor andere vormen van zorgbemiddeling. Of voor hulp bij het kiezen van een zorgverlener.

Uitleg

1. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
2. Gz-psycholoog: Ook: gezondheidszorgpsycholoog
3. Werkproblemen: Bijvoorbeeld burn-out en overspannenheid
4. Aanpassingsstoornissen: Daarvan is sprake als iemand moeite heeft om zich op emotioneel gebied aan te passen aan een veranderde situatie, bijvoorbeeld na een overlijden of echtscheiding
5. SEH-arts: Spoedeisende hulp arts
6. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
7. Veldafspraken: Dit zijn afspraken die landelijk gemaakt zijn tussen zorgverleners in de ggz, zorgverzekeraars en toezichthouders over hoe zij samen de ggz inrichten, declareren en controleren