

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202600444

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 11 maart 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 1 mei 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 10 juni 2026 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 11 juni 2026 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 15 juli 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2025 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Op 4 december 2025 heeft verzoeker bij de zorgverzekeraar een verzoek gedaan voor zorgbemiddeling naar een gecontracteerde zorgaanbieder voor geestelijke gezondheidszorg. Bij brieven van 15 en 17 december 2025 heeft de zorgverzekeraar hierop gereageerd.
- 2.3. Bij brief van 22 december 2025 heeft verzoeker aan de zorgverzekeraar meegedeeld dat de voorgestelde gecontracteerde zorgaanbieder voor hem niet passend is en heeft hij gevraagd om een alternatief. Bij brief van 30 december 2025 heeft de zorgverzekeraar hierop gereageerd.
- 2.4. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar laten weten dat hij het niet eens is met de uitkomst van de zorgbemiddeling. Bij brief van 18 februari 2026 heeft de zorgverzekeraar hierop gereageerd.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar:
 1. de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden door hem geen tijdige en passende zorg te bieden;

2. om die reden gehouden is de kosten van de door hem genoten geestelijke gezondheidszorg, verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, volledig te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Bij klachtenformulier van 11 maart 2026 heeft verzoeker toegelicht dat hij op 4 december 2025 een verzoek heeft gedaan tot zorgbemiddeling. Hierbij heeft hij expliciet verzocht om uitsluitend schriftelijk te worden benaderd. De zorgverzekeraar heeft dit genegeerd en meermaals telefonisch contact met hem gelegd, onder het mom van veiligheidsredenen. Op 15 december 2025 adviseerde de zorgverzekeraar verzoeker de online aanbieder [zorgaanbieder 1]. Dit is voor hem echter geen optie, omdat hij thuis geen rustige, afgeschermd ruimte heeft om telefonisch of online gesprekken te voeren. Verzoeker heeft geen plek beschikbaar waar hij niet wordt verstaan door huisgenoten. Verzoeker heeft gevraagd om een schriftelijke bevestiging van het bemiddelingsverzoek. De zorgverzekeraar verwees hem naar de app, maar daar was een dergelijke bevestiging niet terug te vinden. Op 17 december 2025 werd verzoeker opnieuw telefonisch benaderd door de zorgverzekeraar. Aan hem werd meegedeeld dat er een alternatief was gevonden en dat hij hiervan nog een schriftelijke bevestiging zou ontvangen. Kort daarna bereikte verzoeker een brief, gedateerd 15 december 2025, waarin - ten onrechte - stond vermeld dat hij toch bij [zorgaanbieder 1] terecht zou kunnen en dit telefonisch was besproken. Dit was echter niet het geval.
- 3.3. Op 22 december 2025 heeft verzoeker opnieuw schriftelijk om bemiddeling gevraagd. Uiteindelijk ontving hij een brief van de zorgverzekeraar, gedateerd 17 december 2025, waarin hem een alternatief werd aangeboden, namelijk [zorgaanbieder 2]. Volgens de website van deze zorgaanbieder gelden voor verzekerden van de zorgverzekeraar echter wachttijden van minimaal twaalf weken tot intake en nog eens minstens drie weken tot start behandeling. Volgens de zorgverzekeraar was hier sprake van elf weken tot intake en drie weken tot start behandeling. Deze wachttijd van minstens vijftien weken in totaal overschrijdt de geldende Treeknorm van maximaal veertien weken in totaal met één week, en de Treeknorm van vier weken voor de aanmelding met acht weken, en voldoet daarmee niet aan de eis van tijdige toegang tot zorg zoals omschreven in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet.
- 3.4. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar niet heeft voldaan aan zijn wettelijke zorgplicht om hem binnen een redelijke termijn toegang te bieden tot passende en gecontracteerde geestelijke gezondheidszorg. Nu de aangeboden opties [zorgaanbieder 1] en [zorgaanbieder 2] feitelijk niet passend of te laat beschikbaar zijn, rest verzoeker alleen nog de mogelijkheid om zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te wenden. Hier kan hij per direct terecht.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoeker herhaald dat de door de zorgverzekeraar voorgedragen [zorgaanbieder 1] een online zorgaanbieder is. Het probleem hiermee is dat hij geen rustige plek heeft om de gesprekken te voeren. Daarbij gaat het er niet om dat hij moeite heeft met een lawaaige omgeving. In dit geval betreft de zorgvraag mentale problemen. Een deel van die problemen is ontstaan door het samenwonen met iemand met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Dit houdt in dat diegene niet in staat is om emoties te reguleren en ook extreme emoties ervaart. Als het tijdens een gesprek met een zorgaanbieder niet mogelijk is om er zeker van te zijn dat de ander niet meeluistert, dan is er geen veilige situatie om de problematiek te kunnen bespreken. De zorg zou dan niet werken. Er is dan geen mogelijkheid tot passende zorg. De zorgplicht van de zorgverzekeraar houdt in dat passende zorg moet worden gevonden binnen een bepaalde termijn. Volgens de zorgverzekeraar is met het aanbieden van [zorgaanbieder 1] voldaan aan de zorgplicht. Echter, telefonisch is aan de zorgverzekeraar meegedeeld dat deze zorgaanbieder niet voldoet. De zorgverzekeraar is hierop verdergegaan met het zorgbemiddelingstraject en heeft [zorgaanbieder 2] voorgedragen. Deze kon niet binnen de Treeknorm zorg leveren. De wachttijd tot de intake was veel te lang. Als de zorgverzekeraar niet kan voldoen aan zijn zorgplicht, is hij gehouden om de kosten van de niet-gecontracteerde

zorgaanbieder te vergoeden. Het lijkt erop alsof de zorgverzekeraar dat niet wil, omdat dit extra geld zou kosten. Op deze manier komt er geen oplossing. Het heeft er de schijn van dat de zorgplicht wordt gemeden, omwille van financiën.

In zijn brief aan de commissie heeft de zorgverzekeraar gesteld dat er geen reden is gegeven dat de zorg door de onlinezorgaanbieder niet voldoet. In het telefoongesprek dat hierover met hem is gevoerd, heeft de zorgverzekeraar daar echter niet op doorgevraagd. De zorgverzekeraar heeft geïnformeerd waarom er geen passende zorg kon worden geboden door [zorgaanbieder 1]. Hierop is geantwoord dat er geen goede ruimte voor beschikbaar was. De zorgverzekeraar heeft het bemiddelingstraject vervolgens voortgezet en niet verder gevraagd naar de achtergronden.

Nadat verzoeker het bericht kreeg over [zorgaanbieder 2], heeft hij op diens website gekeken naar de wachttijden. Daaruit bleek dat de Treeknormen werden overschreden. Vervolgens is de zaak bij SKGZ aangemeld. Op het moment van voordragen door de zorgverzekeraar was er een wachttijd van elf weken voor een intake. Vervolgens kon na drie weken worden gestart met een behandeling. De Treeknorm schrijft een intake binnen vier weken voor, en de start van de behandeling binnen veertien weken. De zorgverzekeraar zegt dat is voldaan aan de Treeknorm als binnen veertien weken kan worden gestart met de behandeling. Dit is dus niet juist. Een week nadat [zorgaanbieder 2] werd voorgedragen was de wachttijd overigens alweer langer. Verzoeker was destijds ook heel erg boos. Daarom is hij niet met [zorgaanbieder 2] in zee gegaan. Verzoeker heeft intussen wel geprobeerd zichzelf te helpen.

Er is door hem geen andere zorgaanbieder benaderd. Verzoeker heeft zich wel ingeschreven bij de niet-gecontracteerde zorgaanbieder, die de huisarts hem adviseerde, maar omdat hij niet beschikte over de financiële middelen om de zorg zelf te betalen is er geen zorgtraject gestart. Een van de belangrijkste dingen bij een therapeutische behandeling is dat de patiënt zich op zijn gemak voelt. Er moet geen angst bestaan dat hij kan worden gehoord en dat dit consequenties heeft. Dit zou de transparantie namelijk beperken. Het niet hebben van een goede ruimte vormt een dusdanige hindernis dat het traject bij [zorgaanbieder 1] niet kon worden gevolgd. Het was ook niet mogelijk om een ruimte buitenshuis te vinden.

Verzoeker heeft zijn huisarts niet gevraagd om een verklaring waaruit blijkt dat onlinezorg geen passende zorg voor hem is. Hij achtte dit ook niet nodig, omdat de zorgverzekeraar verder ging met het bemiddelingstraject.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat hij verzoeker tijdig een passend zorgaanbod heeft gedaan en zich vervolgens onverplicht heeft ingespannen om hem een alternatief te bieden. Van schending van de zorgplicht is daarom geen sprake.
- 4.2. Ter onderbouwing heeft de zorgverzekeraar in zijn brief van 10 juni 2026 uitgelegd dat hij verzoeker op 15 december 2025 een behandelaar heeft voorgesteld, ruim binnen de geldende Treeknorm, namelijk [zorgaanbieder 1]. Deze verleent de behandeling in een online modaliteit. Verzoeker heeft aangegeven van dit aanbod geen gebruik te kunnen maken, omdat hij naar eigen zeggen niet beschikt over een rustige privéwerkplek voor de online sessies. Verzoeker heeft deze stelling echter niet nader onderbouwd, noch met een verklaring van de behandelaar noch met een verklaring van de huisarts of op een andere wijze. Naar aanleiding van het bezwaar van verzoeker heeft de zorgverzekeraar zich vervolgens ingespannen om hem een alternatief te bieden en verzoeker op 17 december 2025 een face-to-face behandelaanbod gedaan. Bij dit aanbod bedroeg de aanmeldwachttijd elf weken en de behandelwachttijd drie weken, zodat de behandeling binnen veertien weken na aanmelding zou kunnen aanvangen.
- 4.3. De zorgplicht van een zorgverzekeraar is verankerd in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet. Voor de naturapolis betreft de zorgplicht een resultaatsverplichting: de verzekerde moet de zorg waarop hij aanspraak heeft binnen een redelijke termijn en binnen een redelijke reisafstand daadwerkelijk kunnen verkrijgen. De zorgplicht is grotendeels een open norm; voor de tijdigheid gelden de door

zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk vastgestelde, maximaal aanvaardbare wachttijden, de Treeknormen (vgl. de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw). Voor de geestelijke gezondheidszorg gelden drie Treeknormen: een aanmeldwachttijd van maximaal vier weken, een behandelwachttijd van maximaal tien weken, en een maximaal aanvaardbare totale wachttijd van veertien weken (aanmeld- plus behandelwachttijd). Waar de verzekerde niet tijdig terecht kan, rust op de verzekeraar een bemiddelingsplicht. De medisch-inhoudelijke beoordeling of een (online) behandeling passend is, is voorbehouden aan de behandelaar; daarin treedt de verzekeraar niet.

- 4.4. De zorgverzekeraar heeft binnen de Treeknorm een behandelaar aangeboden. Daarmee is voldaan aan de tijdigheidsnorm, de maatstaf waaraan de zorgplicht op dit punt wordt afgemeten. Een online behandelmodaliteit is een legitieme en in toenemende mate gangbare vorm van zorgverlening. Dat de aangeboden zorg digitaal wordt verleend, maakt het aanbod als zodanig niet ontoereikend. De zorgplicht betreft, als eerder opgemerkt, een resultaatsverplichting en deze is met dit tijdige en passende aanbod nagekomen. Hetgeen de zorgverzekeraar daarna nog heeft aangeboden, doet hieraan niet af.
- 4.5. Of de onlinebehandeling medisch-inhoudelijk passend is, is ter beoordeling voorbehouden aan de behandelaar, op grond van diens expertise. De zorgverzekeraar treedt niet in die beoordeling. Verzoeker heeft geen medische contra-indicatie ter zake de onlinebehandeling gesteld, laat staan onderbouwd. Er is dan ook geen grond om aan te nemen dat de aangeboden behandeling voor hem medisch ongeschikt zou zijn. De door verzoeker gestelde belemmering ontbeert een medisch-inhoudelijke onderbouwing. Zijn bezwaar is van praktische aard: het zou hem ontbreken aan een rustige thuisplek. Het ligt op de weg van verzoeker om het bestaan van een dergelijke belemmering concreet en aannemelijk te maken. De enkele, niet nader gestaafde, stelling is daartoe ontoereikend. Bij gebreke van enige onderbouwing kan de zorgverzekeraar niet beoordelen of, en in hoeverre, de aangeboden zorg voor verzoeker feitelijk ontoegankelijk is. Het uitblijven van die onderbouwing komt voor rekening en risico van verzoeker.
- 4.6. Voor zover de commissie evenwel zou oordelen dat het online aanbod voor verzoeker niet passend was, geldt dat de zorgverzekeraar zich vervolgens onverplicht heeft ingespannen voor een face-to-face alternatief, waarbij de behandeling binnen veertien weken na aanmelding zou aanvangen (een aanmeldwachttijd van elf weken en een behandelwachttijd van drie weken). Daarmee blijft het aanbod binnen de door het veld vastgestelde, maximaal aanvaardbare totale wachttijd van veertien weken, de Treeknorm voor de totale wachttijd. Dat de aanmeldwachttijd op zichzelf de daarvoor geldende termijn zou overschrijden, wordt volledig gecompenseerd door de aanzienlijk kortere behandelwachttijd. De totale tijd tot de daadwerkelijke aanvang van de behandeling, de termijn die bepalend is voor de feitelijke toegang tot zorg, bleef daarmee binnen de norm. Dit nadere aanbod kwam bovendien voort uit de omstandigheid dat verzoeker het eerdere, tijdige online aanbod op een niet onderbouwde grond had afgewezen. Het komt de zorgverzekeraar niet redelijk voor dat verzoeker een tijdig aanbod afwijst en zich vervolgens beroept op het niet-tijdige karakter van het geboden alternatief. De zorgverzekeraar heeft zich als redelijk handelend verzekeraar ruimschoots ingespannen om verzoeker van tijdige zorg te voorzien.
- 4.7. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar opgemerkt dat verzoeker zich heeft ingeschreven bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Vervolgens is om zorgbemiddeling gevraagd. De zorgverzekeraar heeft eerst [zorgaanbieder 1] voorgesteld. Deze zorgaanbieder kon zorg leveren binnen de Treeknormen. Voor verzoeker waren er kennelijk redenen om te stellen dat die zorg niet aansluit op zijn behoefte. Er is daarom gevraagd om een alternatief. Vervolgens is bij [zorgaanbieder 2] uitgekomen. Voor deze zorgaanbieder geldt weliswaar dat de intake niet binnen vier weken kon plaatsvinden, maar de behandeling kon wel binnen veertien weken starten. Hiermee is voldaan aan de Treeknorm. Verzoeker meent dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder volledig te vergoeden, omdat niet zou zijn voldaan aan de

zorgplicht. De zorgverzekeraar is verplicht om ervoor te zorgen dat zorg toegankelijk is voor zijn verzekerden en dat zij binnen de Treeknormen terecht kunnen bij een gecontracteerde zorgaanbieder. De zorg door [zorgaanbieder 1] viel binnen die Treeknormen. Dit betekent dat voldoende zorg is ingekocht. Als een verzekerde vervolgens stelt dat geen sprake is van passende zorg, kan dat worden beoordeeld. Zoals ook uitgelegd in de brief van 18 februari 2026 ligt die beoordeling in beginsel bij de zorgaanbieder. Betreft het geen passende zorg, dan is daarvan een schriftelijke verklaring nodig, bijvoorbeeld van de huisarts of behandelend psycholoog. Een dergelijke verklaring kan de zorgverzekeraar betrekken in zijn beoordeling en, als dat nodig is, kan hij verder zoeken naar een zorgaanbieder. Een dergelijke verklaring heeft de zorgverzekeraar van verzoeker nooit ontvangen. Het gaat dan te ver om te stellen dat sprake is van schending van de zorgplicht. Daarbij komt dat de zorgverzekeraar ook [zorgaanbieder 2] heeft voorgedragen. Deze zorgaanbieder kon de zorg verlenen binnen de Treeknormen. Er zijn dus twee zorgaanbieders voorgesteld die binnen de Treeknormen de zorg konden bieden die verzoeker nodig had. De zorgverzekeraar gaat bij de Treeknormen uit van de maximaal toegestane veertien weken voor behandeling. Als daaraan is voldaan is geen sprake van schending van de zorgplicht. Verder geldt dat de zorgverzekeraar kijkt naar het moment waarop de vraag is uitgezet bij de zorgaanbieder. Het is dan wel de bedoeling dat een verzekerde snel handelt. De wachttijden kunnen daarna namelijk weer veranderen.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over geestelijke gezondheidszorg en de zorgplicht van zorgverzekeraars zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Dit geldt ook voor artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv), de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025), en de Regeling informatieverstrekking zorgverzekeraars aan consumenten (TH/NR-027), beide van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. De zorgverzekering biedt dekking voor geestelijke gezondheidszorg. Dit blijkt uit hetgeen is beschreven op de pagina's 44 tot en met 49 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hetgeen hier is vermeld vormt een uitwerking van de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. Tussen partijen is niet in geschil dat sprake is van verzekerde zorg en verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op geestelijke gezondheidszorg. Wat hen verdeeld houdt, is het antwoord op de vraag of de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van geestelijke gezondheidszorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder volledig te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Volgens verzoeker bestaat hierop aanspraak, omdat de zorgverzekeraar de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden. De zorgverzekeraar heeft dit bestreden.
De commissie zal hierna ingaan op de vraag of sprake is van schending van de zorgplicht, en of de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van geestelijke gezondheidszorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder volledig te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 6.3. Op 4 december 2025 heeft verzoeker de zorgverzekeraar voor het eerst gevraagd om zorgbemiddeling. Bij brief van 15 december 2025 heeft de zorgverzekeraar verzoeker gewezen op

[zorgaanbieder 1]. Nadat verzoeker de zorgverzekeraar had uitgelegd dat het online behandelaanbod van [zorgaanbieder 1] niet aansluit bij zijn zorgbehoefte, heeft de zorgverzekeraar bij brief van 17 december 2025 [zorgaanbieder 2] voorgedragen. In reactie hierop heeft verzoeker gesteld dat deze zorgaanbieder de door hem benodigde zorg niet tijdig zorg kan leveren. De commissie overweegt als volgt.

- 6.4. In artikel 11 Zvw is bepaald dat een zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft onderscheidenlijk vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Gelet op deze bepaling, die nader is uitgewerkt in de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025) van de NZa (hierna: Beleidsregel), en de artikelen 15 en 21 van de Regeling informatieverstrekking zorgverzekeraars aan consumenten (TH/NR-027) van de NZa, lag het op de weg van de zorgverzekeraar de vraag van verzoeker te beantwoorden en hem op zijn verzoek ook te bemiddelen naar zorg.
- 6.5. In artikel 10.6 van de Beleidsregel is het volgende bepaald:

“Geestelijke gezondheidszorg (ggz)

10.6.a De toegangstijd/aanmeldwachtijd in de ggz bedraagt voor burgers maximaal 4 weken; 80% van de burgers moet binnen 3 weken terecht kunnen.

10.6.b De wachttijd op diagnostiek/indicatiestelling in de ggz bedraagt voor burgers maximaal 4 weken; 80% van de burgers moet binnen 3 weken terecht kunnen.

10.6.c De wachttijd op behandeling in de ggz (extramuraal en semimuraal) bedraagt voor burgers maximaal 6 weken; 80% van de burgers moet binnen 4 weken terecht kunnen.

10.6.d De wachttijd op behandeling in de ggz (intramuraal) bedraagt voor burgers maximaal 7 weken; 80% van de burgers moet binnen 5 weken terecht kunnen.”
- 6.6. De zorgverzekeraar heeft, desgevraagd, op 15 december 2025 als eerste [zorgaanbieder 1] genoemd. Tussen partijen is niet in geschil dat deze zorgaanbieder de benodigde zorg tijdig, dat wil zeggen binnen de in artikel 10.6 van de Beleidsregel genoemde termijnen, kon leveren. Verzoeker heeft gesteld dat geen sprake is van passende zorg, omdat [zorgaanbieder 1] online zorg verleent en verzoeker thuis geen rustige, afgeschermd ruimte heeft om telefonisch of online gesprekken te voeren, terwijl dit voor hem essentieel is. Hierbij heeft hij toegelicht dat hij samenwoont met iemand met borderline persoonlijkheidskenmerken en een deel van de door hem ondervonden problematiek hiermee samenhangt. Hij moet open kunnen spreken met zijn behandelaar, zonder de kans te lopen dat wordt meegeluisterd. De zorgverzekeraar heeft aangevoerd dat het in beginsel aan de zorgaanbieder is om te beoordelen of sprake is van passende zorg. Hierover kan een zorgaanbieder een verklaring afgeven die dan door de zorgverzekeraar kan worden beoordeeld. Dit is in het geval van verzoeker niet gebeurd. Daarbij heeft de zorgverzekeraar gesteld dat van een verzekerde mag worden verwacht dat, waar mogelijk, redelijke maatregelen worden genomen om behandeling te kunnen volgen.
- 6.7. De commissie overweegt dat, nu verzoeker stelt dat geen sprake was van passende zorg door [zorgaanbieder 1], het op zijn weg had gelegen om dit aan te tonen. Dit had hij met name kunnen doen door een schriftelijke verklaring van zijn huisarts of een behandelaar, werkzaam bij [zorgaanbieder 1], aan te leveren waaruit blijkt dat de online zorg in zijn geval als niet passend moet worden beschouwd. Dit heeft verzoeker echter niet gedaan. De commissie begrijpt het door verzoeker geschetste praktische probleem dat hij niet over een rustige, afgeschermd ruimte beschikt, maar hiervan ontbreekt ieder onderbouwing. De commissie heeft daarom niet kunnen vaststellen dat de zorg door [zorgaanbieder 1] geen passende zorg betrof. Verder merkt de commissie op dat het enkele feit dat een verzekerde geen passende ruimte heeft voor zorg niet zomaar tot de conclusie leidt dat er medisch gezien geen sprake is van passende zorg. Van een

verzekerde mag in redelijkheid worden verwacht dat, waar mogelijk, maatregelen worden getroffen die nodig zijn om een aangeboden behandeling te kunnen volgen. Gelet op het voorgaande moet de commissie het ervoor houden dat [zorgaanbieder 1] tijdig de door verzoeker benodigde zorg kon leveren. Het latere aanbod van de zorgverzekeraar de zorg door middel van face-to-face contact te laten plaatsvinden door [zorgaanbieder 2] behoeft daarom geen bespreking.

- 6.8. De commissie concludeert dat de zorgverzekeraar met het voordragen van [zorgaanbieder 1] heeft voldaan aan de op hem rustende zorgplicht. Dit betekent dat niet kan worden gesproken van een tekortkoming in de nakoming van de verzekeringsovereenkomst, leidend tot schadeplichtigheid van de zorgverzekeraar, en dat verzoeker geen aanspraak heeft op de door hem gevorderde volledige vergoeding van de kosten van geestelijke gezondheidszorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder ten laste van de zorgverzekering.

Slotsom

- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 augustus 2026,

L. Ritzema

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

- van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Fysiotherapeut of oefentherapeut met specifieke scholing om de langdurige persoonsgerichte actieve oefentherapie uit te kunnen voeren
Op onze website kunt u zien bij welke zorgverlener u terecht kunt voor deze zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

GGZ zonder opname vanaf 18 jaar (artikel B.19.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ): psychologische, psychotherapeutische en psychiatrische zorg (ook via e-health) zonder opname
GGZ is geneeskundige zorg en is gericht op herstel of voorkomen van verergering van een psychische stoornis of psychiatrische aandoening. Op basis van de (vermoedelijke) DSM-5 stoornis, de ernst en problematiek, het risico, de complexiteit en het beloop van de klachten wordt bepaald welke GGZ voor u nodig is.
Het gaat hierbij om deze zorg:
 - Diagnostiek: het vaststellen van een vermoedelijke aandoening met de bedoeling om te gaan behandelen.
 - Behandeling van een DSM-5 stoornis: dit kan individueel of in groepsverband en kan ook via e-health. E-health is een volledig behandeltraject dat u onder verantwoordelijkheid van een zorgverlener start en afrondt.

Wat is uw vergoeding?

- U bent 18 jaar of ouder: vergoeding van 100% voor GGZ zonder opname vanaf 18 jaar.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft (vermoedelijk) een DSM-5 stoornis.

Wat zijn de voorwaarden?

- GGZ is gebaseerd op DSM-5, Lijst interventies GGZ en het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ:
 - Een psychische stoornis wordt ingedeeld op basis van DSM-5. Dit is een classificatiesysteem waarin afspraken zijn gemaakt over welke criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische stoornis.
 - de Lijst interventies binnen de GGZ (zie hiervoor onze website);

- het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (zie hiervoor www.zorginzicht.nl).

De standpunten van de verzekerde zorg vindt u op www.zorginstituutnederland.nl onder Zwv Kompas, onder het tabblad Geneeskundige GGZ (Zvw).

- Uw zorgverlener heeft een goedgekeurd geldend Kwaliteitsstatuut GGZ en handelt daarnaar. Het kwaliteitsstatuut van uw zorgverlener is getoetst op basis van het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Hierin staat wat uw GGZ-zorgverlener geregeld moet hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording. Dit waarborgt de juiste zorg op de juiste plaats en door de juiste zorgverlener binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk. Bij vragen kunt u ook terecht bij uw zorgverlener; hij is op de hoogte van de uitsluitingen, de regelgeving van de vergoedingen GGZ vanuit de Zorgverzekeringswet en de standpunten van het Zorginstituut Nederland.

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden en Meetinstrumenten van het Zorginstituut Nederland (ZiNI). De zorgverleners vindt u op www.zorginzicht.nl. Voor bevoegde medewerkers in loondienst, bijvoorbeeld psychologen, dient de instelling voor dit kwaliteitsstatuut te zorgen.

- Er moet sprake zijn van een GGZ instelling waarbij de indicierend en coördinerend regiebehandelaar een aanmerkelijk aandeel in de behandeling en het zorgproces heeft

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts (bij voorkeur ondersteund door praktijkondersteuner GGZ), bedrijfsarts, spoedeisende hulp (SEH)-arts, medisch specialist, regiebehandelaar (als het om een verwijzing binnen de GGZ gaat) of straatdokter
 - Vóór de start van de behandeling heeft u een verwijzing. Deze mag bij de start van de behandeling niet ouder zijn dan 9 maanden.
 - De verwijzer zorgt voor een objectieve en onderbouwde verwijzing. Daarmee is duidelijk dat sprake is van een (vermoedelijke) DSM-5 stoornis waarvoor behandeling noodzakelijk is in de GGZ. Hiervoor zijn nodig:
 - een diagnostisch gesprek en
 - bij voorkeur ook een betrouwbaar en valide (geldig) instrument (digitaal hulpmiddel) dat de beslissing ondersteunt.
 - Uit de objectivering en de uitkomst van het beslissingsondersteunend instrument moet blijken welk niveau van zorgverlening bij uw zorgvraag past.
 - De objectivering en de uitkomst van het beslissingsondersteunend instrument zijn onderdeel van de verwijzing en moeten aanwezig zijn bij de huisarts of andere verwijzer én de zorgverlener GGZ.
 - De verwijzing, de uitkomst van het beslissingsondersteunend instrument, het geformuleerde behandelplan (behandelvoorstel) en eventuele bijstellingen worden opgenomen in uw medisch dossier.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Regiebehandelaar stelt vast dat de zorg medisch noodzakelijk is. De regiebehandelaar toetst ook of de zorg binnen de GGZ past en legt het voorschrift vast in een behandelplan. Dit behandelplan wordt met u besproken en vastgesteld.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling met Esketamine neusspray (Spravato) door een niet-gecontracteerde zorgverlener
- Voor behandeling in het buitenland staat op onze website een aanvraagformulier 'zorg in het buitenland'. Zie hiervoor ook de 'Lijst aanvragen zorg buitenland'

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- De indicierend en coördinerend regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de zorg
De regiebehandelaar (zoals deze is aangeduid en aangewezen in het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ) is eindverantwoordelijk voor de diagnosestelling en de vaststelling en uitvoering van het behandelplan. Daarnaast sluiten wij ook aan bij de geldende veldafspraken binnen de GGZ. Dat betekent dat bij een vrijgevestigd zorgverlener de regiebehandelaar alleen een GZ-psycholoog, een psychotherapeut, een klinisch (neuro)psycholoog of een psychiater kan zijn.
- Een behandeling gestart onder de jeugdwet en die doorgaat op 18-jarige leeftijd kan doorlopen onder de huidige regiebehandelaar
Deze regiebehandelaar is opgenomen in de overgangsregeling van het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Dit kan voor maximaal 365 dagen vanaf de dag dat u 18 bent geworden.
- Hoogspecialistische GGZ mag alleen gegeven worden door een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener.
Het gaat hierbij om zeer ernstige of zeldzame problemen of een combinatie van klachten die moeilijk te behandelen is. De zorg is zeer gespecialiseerd en vindt plaats in een instelling.

Waar vindt de behandeling plaats?

- De praktijk van de behandelend zorgverlener
- Een in Nederland werkzame instelling conform de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)

Wat krijgt u niet vergoed?

- GGZ-zorg omvat zeker niet:
 - psychosociale zorg;
 - neurofeedback;
 - intelligentieonderzoek;
 - begeleiding van niet-geneeskundige aard, zoals trainingen, coaching en cursussen;
 - orthopedagogische zorg;
 - hulp bij werk-, school- en relatieproblemen;
 - behandeling van aanpassingsstoornissen;
 - alleen diagnostiek zonder de bedoeling dat GGZ behandeling plaatsvindt;
 - behandeling van obesitas (overgewicht) en eetverslaving. Behalve als de aandoening direct samenhangt met een psychische stoornis die wel in de DSM-5 is opgenomen;
 - keuringen, bijvoorbeeld ten behoeve van rijvaardigheid;
 - medisch psychologische zorg (zie hiervoor artikel B.4.3. 'Medisch specialistische zorg');
 - GGZ-zorg door uw huisarts of POH-GGZ (praktijkondersteuner GGZ) vergoeden we niet uit dit artikel maar vanuit het artikel 'Huisartsenzorg gericht op Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg'.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

GGZ met opname (artikel B.19.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ): psychologische, psychotherapeutische en psychiatrische zorg met medisch noodzakelijke opname
GGZ is geneeskundige zorg en is gericht op herstel of voorkomen van verergering van een psychische stoornis of psychiatrische aandoening. Op basis van de (vermoedelijke) DSM stoornis, de ernst en problematiek, het risico, de complexiteit en het beloop van de klachten wordt bepaald welke GGZ voor u nodig is. Het gaat hierbij om deze zorg:
 - Diagnostiek: het vaststellen van een vermoedelijke aandoening met de bedoeling om te gaan behandelen;
 - Behandeling van een DSM-5 stoornis: dit kan individueel of in groepsverband. De zorg is inclusief psychiatrische behandeling, bijbehorende paramedische zorg (zoals fysiotherapie of ergotherapie), dagbesteding en vaktherapie (bijvoorbeeld muziek- of psychomotore therapie);
 - Verpleging en verzorging, bijbehorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Wat is uw vergoeding?

- U bent 18 jaar of ouder, vanaf de 1e dag van de opname: vergoeding van 100% maximaal 3 jaar (1095 dagen) voor GGZ met opname.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een (zeer) complexe psychische of psychiatrische DSM-5 stoornis met indicatie voor een opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- Uw zorgverlener heeft een goedgekeurd geldend Kwaliteitsstatuut GGZ en handelt daarnaar. Het kwaliteitsstatuut van uw zorgverlener is getoetst op basis van het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Hierin staat wat uw GGZ-zorgverlener geregeld moet hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording. Dit waarborgt de juiste zorg op de juiste plaats en door de juiste zorgverlener binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk. Bij vragen kunt u ook terecht bij uw zorgverlener; hij is op de hoogte van de uitsluitingen, de regelgeving van de vergoedingen GGZ vanuit de Zorgverzekeringswet en de standpunten van het Zorginstituut Nederland.

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden en Meetinstrumenten van het Zorginstituut Nederland (ZiNI). De zorgverleners vindt u op www.zorginzicht.nl. Voor bevoegde medewerkers in loondienst, bijvoorbeeld psychologen, dient de instelling voor dit kwaliteitsstatuut te zorgen.

- GGZ is gebaseerd op DSM-5, Lijst interventies GGZ en het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ:
 - Een psychische stoornis wordt ingedeeld op basis van DSM-5. Dit is een classificatiesysteem waarin afspraken zijn gemaakt over welke criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische stoornis.
 - de Lijst interventies binnen de GGZ (zie hiervoor onze website);
 - het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (zie hiervoor www.zorginzicht.nl).

De standpunten van de verzekerde zorg vindt u op www.zorginstituutnederland.nl onder Zvw Kompas, onder het tabblad Geneeskundige GGZ (Zvw).

- Opname langer dan een jaar
Als na 365 dagen opname noodzakelijk blijft, dient de regiebehandelaar de rechtmatigheid van de verlengde opname vast te stellen. Hiervoor vult de regiebehandelaar een vragenlijst in die onderdeel is van uw medisch dossier. Hierbij gelden ook deze voorwaarden:
 - Er is sprake van een psychiatrische stoornis, eventueel met bijkomende problematiek waarvoor u al 365 dagen aaneengesloten opgenomen bent geweest.
 - De instelling heeft de noodzaak tot verlengde opname gemotiveerd met:
 - verbetering, stabilisatie of voorkomen van achteruitgang
 - prognose of ontwikkeling van de stoornis(en) en
 - de verwachte duur van de opname.

Na 1.095 dagen kunt u op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) nog recht hebben op deze zorg. Ook kunt u onder voorwaarden al eerder recht hebben op zorg vanuit de Wlz.

- Er moet sprake zijn van een GGZ instelling waarbij de indicierend en coördinerend regiebehandelaar een aanmerkelijk aandeel in de behandeling en het zorgproces heeft
- Bij klinische verslavingszorg moet een therapeutisch proefverlof afgestemd zijn op uw individuele behoeften

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts (bij voorkeur ondersteund door praktijkondersteuner GGZ), bedrijfsarts, spoedeisende hulp (SEH)-arts, medisch specialist, regiebehandelaar (als het om een verwijzing binnen de GGZ gaat) of straatdokter
 - Vóór de start van de behandeling heeft u een verwijzing. Deze mag bij de start van de behandeling niet ouder zijn dan 9 maanden.
 - De verwijzer zorgt voor een objectieve en onderbouwde verwijzing. Daarmee is duidelijk dat sprake is van een (vermoedelijke) DSM-5 psychiatrische stoornis waarvoor opname noodzakelijk is in de GGZ. Hiervoor zijn nodig:
 - een diagnostisch gesprek en
 - bij voorkeur ook een betrouwbaar en valide (geldig) instrument (digitaal hulpmiddel) dat de beslissing ondersteunt.
 - Uit de objectivering en de uitkomst van het beslissingsondersteunend instrument moet blijken welk niveau van zorgverlening bij uw zorgvraag past.
 - De objectivering en de uitkomst van het beslissingsondersteunend instrument zijn onderdeel van de verwijzing en moeten aanwezig zijn bij de huisarts of andere verwijzer én de zorgverlener GGZ.
 - De verwijzing, de uitkomst van het beslissingsondersteunend instrument, het geformuleerde behandelplan (behandelvoorstel) en eventuele bijstellingen worden opgenomen in uw medisch dossier.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Regiebehandelaar stelt vast dat de zorg medisch noodzakelijk is
De regiebehandelaar toetst ook of de zorg binnen de GGZ past en legt het voorschrift vast in een behandelplan. Dit behandelplan wordt met u besproken en vastgesteld.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening valt onder de zorg waarvoor u bent verzekerd. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener is wel een akkoordverklaring van ons nodig voorafgaand aan de opname.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling met Esketamine neusspray (Spravato) door een niet-gecontracteerde zorgverlener
- Voor behandeling in het buitenland staat op onze website een aanvraagformulier 'zorg in het buitenland'. Zie hiervoor ook de 'Lijst aanvragen zorg buitenland'

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- De indicierend en coördinerend regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de zorg
De regiebehandelaar (zoals deze is aangeduid en aangewezen in het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ) is eindverantwoordelijk voor de diagnosestelling en de vaststelling en uitvoering van het behandelplan. Daarnaast sluiten wij ook aan bij de geldende veldafspraken binnen de GGZ. Dat betekent dat bij een vrijgevestigd zorgverlener de regiebehandelaar alleen een GZ-psycholoog, een psychotherapeut, een klinisch (neuro)psycholoog of een psychiater kan zijn.
- Een behandeling gestart onder de jeugdwet en die doorgaat op 18-jarige leeftijd kan doorlopen onder de huidige regiebehandelaar
Deze regiebehandelaar is opgenomen in de overgangsregeling van het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Dit kan voor maximaal 365 dagen vanaf de dag dat u 18 bent geworden.

- Hoogspecialistische GGZ mag alleen gegeven worden door een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener.
Het gaat hierbij om zeer ernstige of zeldzame problemen of een combinatie van klachten die moeilijk te behandelen is. De zorg is zeer gespecialiseerd en vindt plaats in een instelling.

Waar vindt de behandeling plaats?

- Een in Nederland werkzame instelling conform de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)
Dit kan een psychiatrische afdeling binnen een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) zijn als het gaat om zorg onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) of het kan een instelling voor gespecialiseerde GGZ zijn als het gaat om zorg onder de Zvw of de Wet langdurige zorg (Wlz).

Wat krijgt u niet vergoed?

- GGZ-zorg omvat zeker niet:
 - psychosociale zorg;
 - neurofeedback;
 - intelligentieonderzoek;
 - begeleiding van niet-geneeskundige aard, zoals trainingen, coaching en cursussen;
 - orthopedagogische zorg;
 - hulp bij werk-, school- en relatieproblemen;
 - behandeling van aanpassingsstoornissen;
 - alleen diagnostiek zonder de bedoeling dat GGZ behandeling plaatsvindt;
 - behandeling van obesitas (overgewicht) en eetverslaving. Behalve als de aandoening direct samenhangt met een psychische stoornis die wel in de DSM-5 is opgenomen;
 - keuringen, bijvoorbeeld ten behoeve van rijvaardigheid;
 - medisch psychologische zorg (zie hiervoor artikel B.4.3. 'Medisch specialistische zorg');
 - GGZ-zorg door uw huisarts of POH-GGZ (praktijkondersteuner GGZ) vergoeden we niet uit dit artikel maar vanuit het artikel 'Huisartsenzorg gericht op Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg'.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

GZSP Geneeskundige zorg voor specifieke patientgroepen

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen door specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten (artikel B.28.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Geneeskundige eerstelijnszorg voor specifieke patiëntgroepen door specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen door specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.