

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202401757

Partijen

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

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 8 april 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 10 april 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 6 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 10 juni 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 12 september 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025013627) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 16 september 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 oktober 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. Verzoekster heeft op 15 oktober 2025 afschriften van facturen van het nazorgtraject aan de commissie gezonden. Kopieën hiervan zijn, eveneens op 15 oktober 2025, aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.6. Bij brief van 22 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om aanvullende informatie ter beoordeling van de ingezonden facturen.
- 1.7. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 30 oktober 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te

delen of het voorlopig advies van 12 september 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 12 november 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Het Zorginstituut heeft tevens antwoord gegeven op de vraag van de commissie waarom het standaardbehandelplan geen deel uitmaakt van de beoordeling van het criterium ‘redelijkerwijs aangewezen op’.

- 1.8. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 3 december 2025 alsnog gereageerd op de brief van 22 oktober 2025 van de ziektekostenverzekeraar.
- 1.9. Bij brief van 9 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij de nazorgfacturen niet aan verzoekster kan vergoeden. Een kopie hiervan is op 11 december 2025 aan verzoekster gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Benfit en ONVZ Tandfit module B, (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.
- 2.2. Verzoekster is van 9 juni 2024 tot en met 30 augustus 2024 in de kliniek Montrose Manor in Zuid-Afrika klinisch behandeld vanwege anorexia nervosa. Zij heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om vergoeding van de hiermee gemoeide kosten.
- 2.3. Bij e-mailbericht van 22 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat het verzoek om vergoeding is afgewezen.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 25 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 12 september 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 12 november 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden de opname in de kliniek Montrose Manor in Zuid-Afrika, inclusief de nazorg, te vergoeden, en (ii) daarbij te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte zeer privacygevoelige informatie heeft opgevraagd, terwijl dit niet nodig was voor de beoordeling van de aanvraag voor de klinische behandeling en het online nazorgtraject.
- 3.2. In haar brief van 28 juli 2024, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, en haar brief van 8 april 2025, gericht aan de commissie, heeft verzoekster verklaard dat zij voor een klinische behandeling van anorexia nervosa naar de kliniek in Zuid-Afrika is gegaan. De wachtlijsten voor GGZ-behandelingen in Nederland zijn, zoals algemeen bekend, immers

extreem lang. Door haar eetstoornis was verzoekster niet meer in staat haar bijbaan te behouden, vriendschappen te onderhouden en haar studie voort te zetten. Verzoekster was in paniek, verward en wanhopig toen haar toestand verslechterde. In deze situatie was wachten totdat passende hulp in Nederland beschikbaar zou zijn geen optie. Zij is op 5 juni 2024 voor een uitgebreide screening bij de kliniek geweest en op 7 juni 2024 is de aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Op 10 juni 2024 kon verzoekster worden opgenomen. Gelet op haar kritieke geestelijke en lichamelijke toestand heeft zij de toestemming van de ziektekostenverzekeraar niet kunnen afwachten. Uitstel zou desastreuze gevolgen kunnen hebben gehad.

- 3.3 Volgens verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 11 juli 2024 een verzoek om aanvullende informatie bij de kliniek in Zuid-Afrika ingediend. Het gevraagde is op 23 juli 2024 door de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Deze zeer privacygevoelige informatie is in goed vertrouwen verstrekt, omdat de ziektekostenverzekeraar de indruk wekte dat er serieus naar een mogelijke vergoeding zou worden gekeken. Het opvragen van deze informatie was achteraf beschouwd echter niet nodig geweest, omdat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 22 juli 2024 de aanvraag heeft afgewezen om reden dat zijn beslissing hierop niet was afgewacht.
- 3.4 Verzoekster licht toe dat de opname in de kliniek noodzakelijk was vanwege psychische en lichamelijke problemen. Zij was uiterst gemotiveerd en heeft daardoor haar gewicht weer op een redelijk niveau gekregen. De ziektekostenverzekeraar is voorbijgegaan aan de verwijzing van de huisarts en de internist. Ook is geen rekening gehouden met de ernst van haar problematiek en de medische noodzaak van de behandeling. Bij e-mailbericht van 29 juli 2024 heeft verzoekster verklaard dat zij – door het vasthoudende standpunt van de ziektekostenverzekeraar – de behandeling heeft moeten stopzetten. Dit heeft ernstige gevolgen voor haar gezondheid. Aan de ziektekostenverzekeraar is gevraagd hoe zij in Nederland verder kan worden behandeld.
- 3.5 De ziektekostenverzekeraar heeft – nadat daarvoor een aanvraag werd ingediend op 4 september 2024 – geweigerd het online nazorgtraject apart te beoordelen en te vergoeden. Verzoekster heeft onder andere in haar e-mailbericht van 11 september 2024 verklaard dat de ziektekostenverzekeraar voor de beoordeling van de aanvraag voor het nazorgtraject wederom om veel persoonlijke privacygevoelige informatie heeft gevraagd. Volgens verzoekster is een groot deel van deze informatie niet nodig, aangezien bepaalde informatie al in het bezit van de ziektekostenverzekeraar is en zij het behandeltraject in Zuid-Afrika uiteindelijk zelf heeft betaald. Verder licht zij toe dat de online nazorg los stond van de opname in de kliniek en ook niet bij de kliniek is afgenomen. De nazorg is ingekocht bij medewerkers van de kliniek waarmee verzoekster inmiddels een vertrouwensband heeft. De nazorg bestond uit wekelijkse psychische begeleiding en maandelijkse begeleiding door een diëtist. Verzoekster benadrukt dat deze zorg nodig was, totdat passende zorg in Nederland beschikbaar was. De totale kosten voor deze nazorg bedragen € 1.867,56.
- 3.6 Bij e-mailbericht van 10 april 2025 heeft verzoekster registraties van telefoongesprekken met de ziektekostenverzekeraar en verschillende facturen overgelegd van haar verblijf van 9 juni 2024 tot en met 30 augustus 2024 in de kliniek te Zuid-Afrika.
- 3.7. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat bij de behandeling een diëtist, een internist en een psycholoog waren betrokken. Het is algemeen bekend dat de wachttijd voor een psycholoog in Nederland gemiddeld een jaar is. Verzoekster stond op diverse wachtlijsten

ingeschreven. Het ging echter steeds slechter met haar gezondheid. Op enig moment is zij in contact gekomen met een organisatie die snel hulp kon bieden. Verzoekster was welkom voor een intake en toen duidelijk werd dat een behandeling mogelijk was, heeft zij toestemming aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd. Kort daarop is zij afgereisd naar Zuid-Afrika, omdat haar situatie verslechterde. Toen bleek dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afwees, is zij de klachtenprocedure gestart. Volgens verzoekster behandelt de ziektekostenverzekeraar de klacht alleen op grond van wettelijke regels, zonder te kijken naar haar ziektebeeld. De behandeling in Zuid-Afrika was zeker geen vakantie. Er heerste een strak regime en contact met dierbaren was slechts anderhalf uur per week toegestaan. Daarnaast gevraagd door de commissie, licht verzoekster toe dat de Nederlandse arts haar BMI weliswaar op niveau vond, maar dat zij er dan ook alles aan deed om beter te worden. Nu voelt zij zich afgestraft, omdat haar BMI maar een klein beetje hoger was. Verder heeft verzoekster verklaard dat in de kliniek verschillende meisjes uit Nederland verbleven die de kosten wel vergoed kregen.

Het behandeltraject start met een standaardbehandelplan. Tijdens het traject wordt dit behandelplan aangepast en komt men verder tot de kern van het probleem. Verzoekster vindt het onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar het volledige traject voorafgaand aan de behandeling wil weten, terwijl dat niet mogelijk is. Zij is zich ervan bewust dat de aanvraag niet helemaal juist is gedaan, maar dit kwam doordat er snel moest worden gehandeld. De verklaring van de arts dat er geen levensbedreigende complicaties waren betrof alleen een beoordeling op zijn eigen vakgebied. Er is door deze arts niet gekeken naar de geestelijke toestand van verzoekster.

- 3.8. Nadat verzoekster was ontslagen uit de kliniek in Zuid-Afrika heeft zij nazorg ontvangen. De kosten hiervan wenst zij ook vergoed te krijgen. De facturen heeft zij klaarliggen en kan zij direct aan de ziektekostenverzekeraar sturen.
- 3.9. Verzoekster heeft verder herhaald dat de ziektekostenverzekeraar te veel privé-informatie heeft opgevraagd. De inhoud van haar dossier ligt nu tot in lengte van dagen bij de ziektekostenverzekeraar. Het was volgens verzoekster niet nodig om haar BMI en de inhoud van de gesprekken met de psycholoog aan de ziektekostenverzekeraar door te geven.
- 3.10. Verzoekster heeft de commissie na afloop van de hoorzitting op 15 oktober 2025 de facturen van het nazorgtraject gezonden. Bij e-mailbericht van 3 december 2025 heeft zij verklaard de door de ziektekostenverzekeraar na ontvangst van deze facturen gevraagde aanvullende informatie niet te kunnen sturen.

4. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 16 januari 2025, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, verklaard dat hij op 7 juni 2024 de aanvraag voor een klinische behandeling in Zuid-Afrika heeft ontvangen. Vervolgens heeft hij om aanvullende informatie gevraagd. Verzoekster is enkele dagen later – terwijl de vraag om aanvullende informatie nog uitstond – gestart met de behandeling. Dit laatste bleek pas nadat de aanvullende informatie werd ontvangen. De formele afwijzing heeft daardoor langer op zich laten wachten.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 6 juni 2025, gericht aan de commissie, toegelicht dat een aanvraag wordt beoordeeld om te bepalen of er sprake is van (i) zorg zoals de beroepsgroep die pleegt te bieden, (ii) zorg die voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, en (iii) de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op die zorg. Er

moet een duidelijke koppeling bestaan tussen de diagnose en de geïndiceerde zorg. Daarnaast is een verzekerde verplicht voorafgaand aan de behandeling een verwijzing te hebben en toestemming te vragen. Dit toestemmingsvereiste is opgenomen in zowel de voorwaarden waarin de dekking voor GGZ is beschreven als in de voorwaarden waarin wordt beschreven wanneer en onder welke voorwaarden dekking bestaat voor planbare zorg in het buitenland. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar de Algemene regels en Vergoedingen 2024, pagina's 192-197 en 237-239.

- 4.3. Op 7 juni 2024 is een aanvraag voor de klinische behandeling in Zuid-Afrika ingediend. Hierin is vermeld dat de aanvang van de behandeling staat gepland op 10 juni 2024. Op basis van de aanvraag kon de ziektekostenverzekeraar de aanspraak (nog) niet beoordelen, omdat een 'standaard' behandelplan was aangeleverd. Bij ontbreken van een geïndividualiseerd behandelplan kan niet worden vastgesteld of een verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op de geïndiceerde zorg. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar een eerder advies van het Zorginstituut. Verder geldt dat uit de aangeleverde informatie moet blijken of is voldaan aan het principe van 'matched care'. In de situatie van verzoekster ontbrak de klinische redenering waaruit volgde dat zij redelijkerwijs was aangewezen op een klinische behandeling. Ook ontbrak informatie over de regiebehandelaar. In de verzekeringsvoorwaarden is bepaald dat de regiebehandelaar een behandelaar moet zijn zoals vermeld in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Daarnaast volgt uit dit statuut dat de regiebehandelaar een 'wezenlijk aandeel' van de behandeling moet verzorgen. Als dat niet het geval is, kan dit tot het oordeel leiden dat de zorg niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. In dit verband wordt in de jurisprudentie aangenomen dat bij de inzet van een regiebehandelaar voor minder dan 2% van de behandeltime in redelijkheid niet kan worden aangenomen dat de zorg voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Met het oog op het voorgaande is op 10 juni 2024 aanvullende informatie opgevraagd.
- 4.4. Tijdens een telefonisch contact op 12 juni 2024 bleek dat verzoekster inmiddels in Zuid-Afrika was en dat een intake had plaatsgevonden. De door de ziektekostenverzekeraar opgevraagde informatie zou nog worden aangeleverd. Voor een intake geldt geen toestemmingsvereiste, zodat voor de ziektekostenverzekeraar op dat moment nog geen aanleiding bestond een beroep te doen op het ontbreken van zijn voorafgaande toestemming. Op 27 juni 2024 is door hem een deel van de gevraagde informatie ontvangen. Hieruit bleek dat verzoekster inmiddels was opgenomen, zonder hiervoor de toestemming van de ziektekostenverzekeraar af te wachten. Dit is op zich een gegronde reden voor afwijzing – zelfs als sprake zou zijn van een medische indicatie – volgens de jurisprudentie van de commissie en de rechtbank, en zou alleen anders zijn als (i) op basis van de aanvraag van 7 juni 2024 reeds goedkeuring had moeten worden verleend of, (ii) als het een spoedeisende situatie betrof en naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid geen toestemming kon worden gevraagd of afgewacht. Het eerste punt is volgens de ziektekostenverzekeraar, zoals toegelicht, niet aan de orde. Ten aanzien van het tweede punt geldt dat uit de beschikbare informatie niet is af te leiden dat sprake was van een zodanig acute of spoedeisende situatie dat het onmogelijk was (tijdig) toestemming te vragen of deze af te wachten. Waarbij overigens geldt dat crisiszorg in Nederland altijd tijdig beschikbaar is. De stelling van verzoekster dat zij naar het buitenland is gegaan omdat de zorg in Nederland niet tijdig beschikbaar zou zijn, is door haar niet nader onderbouwd of aannemelijk gemaakt. Er is niet gevraagd om zorgbemiddeling op basis waarvan verzoekster in Nederland mogelijk eerder had kunnen worden geholpen. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn er geen redenen om het toestemmingsvereiste niet toe te passen.

- 4.5. Voor zover de commissie het voorgaande anders ziet, heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat uit het ‘nieuwe’ behandelplan van 27 juni 2024 nog steeds onvoldoende valt af te leiden dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de geïndiceerde zorg, zodat ook op zorginhoudelijke gronden geen aanleiding bestond toestemming te verlenen voor de klinische behandeling in Zuid-Afrika.
- 4.6. Wat betreft de zorgverlening ná de klinische behandeling heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat hij aanvankelijk heeft verklaard dat deze onlosmakelijk is verbonden met de klinische opname en dat om die reden geen aanspraak op vergoeding bestaat. Na verdere bestudering van het dossier heeft de ziektekostenverzekeraar echter verklaard dat de zorg ná de klinische opname kan worden aangemerkt als ambulante zorgverlening, die los staat van de klinische opname. In dat geval moet worden getoetst of is voldaan aan de verzekeringsvoorwaarden met betrekking tot ‘Geneeskundige GGZ’. De ziektekostenverzekeraar heeft echter geen informatie over de verleende zorg, zodat niet is te beoordelen of hieraan is voldaan, of de zorg voor vergoeding in aanmerking komt, en tot welk bedrag. Er bestaat in beginsel dekking voor 35 consulten, voor meer consulten moet een aanvraag worden ingediend. Voorts geldt een maximale vergoeding als de zorg wordt geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster gevraagd de facturen van de nazorg alsnog ter declaratie in te dienen.
- 4.7. De ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat de aanvraag voor het ambulante traject, dat volgde op de klinische behandeling, niet goed is afgehandeld. Bij die beoordeling is een ‘standaard’ bericht verstuurd, waarin veel medisch-inhoudelijke informatie werd opgevraagd. Die informatie was achteraf niet nodig geweest. Voor de klinische behandeling geldt daarentegen dat niet meer of andere informatie is opgevraagd dan noodzakelijk was voor de beoordeling van de aanvraag zodat niet in strijd is gehandeld met de Algemene Verordening Gegevensbescherming of andere verplichtingen die op de ziektekostenverzekeraar rusten. De ziektekostenverzekeraar heeft vanwege het onnodig opvragen van informatie over het nazorgtraject toegezegd om – in lijn met de vaste jurisprudentie van de commissie – het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.
- 4.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij de taak heeft te toetsen of de zorg wel of niet mag worden vergoed. Er gelden strenge regels in het kader van de vergoeding ten laste van de zorgverzekering. In dit specifieke dossier is aanvankelijk gesteld dat het toestemmingsvereiste aan vergoeding in de weg staat. Dit toestemmingsvereiste is een extra controle, omdat niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de wettelijke eisen die Nederland aan de zorg stelt. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten ook inhoudelijk te beoordelen of verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de genoten klinische zorg in Zuid-Afrika. Hij citeert daarbij uit het voorlopig advies van het Zorginstituut: *“Verweerder stelt in zijn nader commentaar, van 6 juni 2025, dat het Zorginstituut in een eerder geschil heeft bevestigd dat bij het ontbreken van een geïndividualiseerd behandelprogramma er niet kan worden beoordeeld of een verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op de geïndiceerde zorg. Het Zorginstituut heeft echter in het aangehaalde geschil ten overvloede opgemerkt dat er sprake was van een standaardbehandelplan en dat dit niet in overeenstemming is met het uitgangspunt ‘gepast gebruikt’. Deze opmerking maakte geen onderdeel uit van de beoordeling van het redelijkerwijs aangewezen op-criterium.”* De ziektekostenverzekeraar interpreteert het voorgaande aldus dat het ontbreken van een geïndividualiseerd behandelprogramma ertoe leidt dat niet kan worden beoordeeld of een

verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op de geïndiceerde zorg. Het moet volgens de ziektekostenverzekeraar juist gaan om individuele behandeldoelen. Niet iedere patiënt met anorexia nervosa wordt op dezelfde wijze behandeld.

- 4.9. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat de medische indicatie door de Nederlandse arts is gesteld. De verklaring daaromtrent is nodig voor de beoordeling van de aanvraag. Vervolgens is de vraag welke behandeling moet worden ingezet. Dat kan klinisch zijn. Enerzijds gaat het om de medische indicatie en anderzijds om de zorg die moet worden ingezet. Daarvoor is een geïndividualiseerd behandelplan nodig. In de voorwaarden van de zorgverzekering staat dat een regiebehandelaar betrokken moet zijn en dat deze een wezenlijk aandeel moet hebben in de behandeling. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar een arrest van de Hoge Raad en merkt op dat het Zorginstituut iets zegt over de kwaliteit van de zorg. Als dit aan de stand van de wetenschap en praktijk wordt gekoppeld – omdat minder dan 2% betrokkenheid van de regiebehandelaar geen verzekerde zorg betekent – dan moet het Zorginstituut daarover ook adviseren.
- 4.10. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat de zorgaanbieder bij hem bekend is. Veel aanvragen voor vergoeding van behandelingen bij deze kliniek worden afgewezen, omdat er standaardbehandelplannen worden opgesteld. De werkwijze lijkt te zijn dat de kliniek lopende de behandeling individuele doelen stelt en het standaardbehandelplan hierop aanpast. Dat past niet bij de Nederlandse behandelrichtlijnen. Uiteraard moet er kunnen worden bijgestuurd, maar een behandelplan moet geïndividualiseerd zijn. Daarnaast gevraagd door de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoekster is gewezen op de mogelijkheid van wachtlijstbemiddeling – ook al is algemeen bekend dat de wachtlijsten lang zijn – omdat de ziektekostenverzekeraar aan zijn zorgplicht moet voldoen. Hij moet dan wel de mogelijkheid tot bemiddeling krijgen. Wat betreft de andere Nederlandse meisjes in de kliniek die de kosten wel vergoed krijgen, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij daarover niets kan zeggen. Hij weet niet hoe er is beoordeeld, welke stukken zijn aangeleverd, en of er misschien door hun zorgverzekeraar wel een contract met de zorgaanbieder is gesloten.
- 4.11. Met betrekking tot het nazorgtraject licht de ziektekostenverzekeraar toe dat vergoeding van de kosten hiervan aanvankelijk werd afgewezen, omdat vergoeding van het voorafgaande klinische traject was afgewezen. Op een later moment is de ziektekostenverzekeraar evenwel tot de conclusie gekomen dat beide trajecten ook los van elkaar kunnen worden gezien. Hij heeft daarom voorgesteld de facturen van het nazorgtraject alsnog te willen beoordelen, en als deze voldoen aan de voorwaarden, hij kan overgaan tot vergoeding ervan. Er wordt getoetst aan de voorwaarden van een ambulant traject. De zorgaanbieder moet op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering gekwalificeerd zijn.
- 4.12. De ziektekostenverzekeraar heeft nogmaals erkend dat er deels gevoelige en onnodige informatie is opgevraagd. De informatie die is opgevraagd is nodig om te toetsen of sprake is van verzekerde zorg. Dit neemt volgens hem niet weg dat met het opvragen zorgvuldig moet worden omgegaan. In de brief van 5 september 2024 is om meer aanvullende informatie gevraagd dan nodig was voor de beoordeling van het nazorgtraject. Dit heeft ertoe geleid dat de werkinstructie en werkwijze zijn veranderd. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij zich dient te houden aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming en de toepasselijke gedragscode van ZN. Medische informatie wordt maximaal 7 jaren bewaard. Daarnaast is er maar een beperkt aantal personen dat toegang heeft tot de informatie. Deze wordt niet voor andere doeleinden gebruikt. Voor het beoordelen van het klinische traject is niet te veel dan wel onnodige informatie opgevraagd.

- 4.13. De ziektekostenverzekeraar heeft, naar aanleiding van de ingestuurde facturen van het nazorgtraject, bij brief van 22 oktober 2025 gevraagd om aanvullende informatie. Na het bericht van verzoekster dat zij geen verdere informatie kan verstrekken, heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 9 december 2025 verklaard niet over te gaan tot vergoeding van de kosten van het nazorgtraject. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat er facturen zijn ingediend voor ‘Psychology/Assessment, Consultation, Counseling’. Uit de door verzoekster aangeleverde facturen blijkt niet bij welke instelling de zorgverlener werkzaam is noch wat haar formele kwalificaties zijn. Het staat dus niet vast dat sprake is van zorg die voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding. Daarnaast heeft verzoekster facturen ingediend voor ‘Nutrition Counselling’. Hieruit blijkt niet dat de betrokken zorgverlener als diëtist is gekwalificeerd. Tevens kan uit de facturen niet worden opgemaakt hoeveel tijd per consult is gedeclareerd. Dit is noodzakelijk om de omvang van het recht op vergoeding te beoordelen. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering is dat maximaal 3 uren per kalenderjaar.

De ziektekostenverzekeraar is gehouden de voorwaarden van de zorgverzekering toe te passen. Verzoekster heeft de gevraagde aanvullende informatie niet kunnen verstrekken, zodat niet kan worden beoordeeld of de zorg voor vergoeding in aanmerking komt.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 12 september 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“(…)

Indicatie

In de Zorgstandaard Eetstoornissen is opgenomen dat klinische opname bij anorexia nervosa aangewezen is als er sprake is van een hoog risico op levensbedreigende medische complicaties, extreem laag gewicht en/of andere niet te controleren symptomen. Of er sprake is van een extreem laag gewicht bij volwassenen wordt beoordeeld aan de hand van de actuele Body Mass Index (BMI). Hierbij geldt dat een BMI gelijk aan of hoger dan 17 en onder 18,5 qua ernst als een lichte stoornis wordt beschouwd. Een BMI lager dan 15 wordt gezien als zeer ernstig. Uit het ontvangen dossier blijkt dat verzoekster ten tijde van de opname in Zuid-Afrika een BMI had van 18,53. Uit de verwijsbrief van de endocrinoloog van het UMC Amsterdam blijkt dat er bij verzoekster geen sprake is van levensbedreigende complicaties of andere niet te controleren symptomen. Verzoekster voldeed daarmee niet aan de indicatiecriteria voor een klinische opname voor behandeling van anorexia nervosa. De door verzoekster ervaren belemmeringen op het gebied van werk, vriendschappen, studies en mentale problematiek maakt dit niet anders.

Standaardbehandelprogramma

Verweerder stelt in zijn nader commentaar, gedateerd op 6 juni 2025, dat het Zorginstituut in een eerder geschil heeft bevestigd dat bij het ontbreken van een geïndividualiseerd behandelprogramma er niet kan worden beoordeeld of een verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op de geïndiceerde zorg. Het Zorginstituut heeft echter in het aangehaalde geschil ten overvloede opgemerkt dat er sprake was van een standaardbehandelplan en dat dit niet in overeenstemming is met het uitgangspunt ‘gepast gebruik[t]’.

Deze opmerking maakte geen onderdeel uit van de beoordeling van het redelijkerwijs aangewezen op-criterium.

Conclusie

Op grond van de beschikbare informatie in het dossier voldeed verzoekster niet aan de indicatiecriteria voor een klinische opname voor behandeling van anorexia nervosa bij Montrose Manor in Zuid-Afrika. Er is niet gebleken dat verzoekster een zeer laag gewicht, levensbedreigende complicaties of ander niet te controleren symptomen had.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Verzoekster had geen indicatie voor een klinische opname voor behandeling van anorexia nervosa bij Montrose Manor in Zuid-Afrika.”

- 5.2. In het definitief advies van 12 november 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

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

U vraagt in uw brief of het Zorginstituut nader kan toelichten waarom de opmerking over het standaardbehandelplan geen onderdeel uitmaakt van de beoordeling van het criterium 'redelijkerwijs aangewezen op'?

Zoals reeds is aangegeven in het voorlopig advies verwijst verweerder naar een eerder advies en hangt daar een verkeerde conclusie aan. In dat geschil is ten overvloede opgenomen dat een standaard behandelplan niet in overeenstemming is met het uitgangspunt 'gepast gebruik Zorgstandaard 'Somatisch onvoldoende verklaarde klachten (SOLK)'. Zoals reeds is toegelicht maakte dit in het individuele geschil geen onderdeel uit van de beoordeling van het redelijkerwijs aangewezen op-criterium. Dit is verder niet relevant voor de beoordeling van onderhavig geschil.

In onderhavig geschil kon het Zorginstituut op basis van medische informatie beoordelen of verzoekster een indicatie had voor een klinische opname voor behandeling van anorexia nervosa.”

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 2024.
- 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) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over geneeskundige zorg en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en artikel 9 van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoekster is voor een klinische behandeling in verband met anorexia nervosa naar een kliniek in Zuid-Afrika gegaan. De kosten hiervan heeft zij ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Deze heeft vergoeding geweigerd, in de eerste plaats

omdat verzoekster geen voorafgaande toestemming had verkregen, en voorts omdat zij niet redelijkerwijs op klinische behandeling zou zijn aangewezen.

Met betrekking tot de meest vérgaande stelling van de ziektekostenverzekeraar – te weten dat verzoekster niet redelijkerwijs was aangewezen op opname in Montrose Manor – geldt het volgende.

Klinische behandeling in Montrose Manor

- 7.3. Verzoekster heeft gesteld dat het erg slecht met haar ging. Het is volgens haar algemeen bekend dat de wachtlijsten voor GGZ-behandelingen in Nederland extreem lang zijn. Het was voor haar noodzakelijk snel hulp te krijgen. Wachten op passende zorg in Nederland zou desastreuze gevolgen kunnen hebben gehad.
- De commissie heeft begrip voor de wens van verzoekster zo spoedig mogelijk te worden geholpen. Er is echter niet gebleken dat zij de in dat verband voor de hand liggende actie, het vragen van zorgbemiddeling, heeft ondernomen. Voor zover haar stellingen aldus moeten worden begrepen dat haar situatie dermate ernstig was dat hiervoor de tijd ontbrak, wordt als volgt overwogen. Uit het advies van het Zorginstituut van 12 september 2025 volgt dat uit de verwijfsbrief van de endocrinoloog van het UMC Amsterdam blijkt dat er geen sprake was van levensbedreigende complicaties of andere niet te controleren symptomen. Daarnaast was haar Body Mass Index (BMI) ten tijde van de opname in Zuid-Afrika 18,53. In dit verband geldt dat een BMI gelijk aan of hoger dan 17 en onder 18,5 qua ernst als een lichte stoornis wordt beschouwd. Bij een BMI lager dan 15 wordt de stoornis als ernstig beschouwd. De commissie volgt het advies van het Zorginstituut en beslist dat verzoekster niet voldeed aan de indicatiecriteria voor een klinische behandeling van anorexia nervosa in Montrose Manor.
- De door de ziektekostenverzekeraar benoemde kwestie van het standaardbehandelplan – waarop het Zorginstituut op verzoek van de commissie is ingegaan – behoeft in dit verband geen verdere bespreking, nu het Zorginstituut heeft verklaard tot zijn hiervoor aangehaalde advies te zijn gekomen op grond van de medische informatie in het dossier.

Opvragen medische informatie klinische behandeling

- 7.4. Verzoekster heeft gesteld dat vanwege de klinische behandeling in Zuid-Afrika door de ziektekostenverzekeraar onnodig medische gegevens zijn opgevraagd. De commissie deelt die mening niet. Zoals de ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht, was ten tijde van de ontvangst van de aanvraag voor de klinische behandeling nog slechts sprake van een intake, waarvoor geen toestemming is vereist. Het opvragen van een behandelplan en het informeren naar de regiebehandelaar en diens betrokkenheid bij de behandeling lag in de rede met het oog op de op de intake volgende klinische behandeling. In deze situatie is de uitzondering van artikel 9 (2) (h) van de AVG van toepassing. Dat ten tijde van het insturen van de gegevens de klinische behandeling al was gestart en dat verzoekster ten onrechte veronderstelde dat het overleggen van het gevraagde zonder meer zou leiden tot een positieve beslissing op haar aanvraag, hetgeen uiteindelijk niet het geval bleek, maakt het opvragen van de informatie niet onnodig. Temeer nu de ziektekostenverzekeraar op basis daarvan alsnog een inhoudelijke beoordeling van het klinische traject heeft uitgevoerd.

Online nazorgtraject

- 7.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar ook om vergoeding van de kosten van het nazorgtraject gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk gesteld dat dit traject onlosmakelijk is verbonden met de voorafgaande klinische behandeling en daarom niet wordt vergoed.

Ter zitting is besproken dat verzoekster de facturen van het nazorgtraject mocht indienen ter beoordeling. De ziektekostenverzekeraar heeft haar daarna om aanvullende informatie gevraagd, die verzoekster echter niet kon verstrekken. Dat om de betreffende aanvullende informatie is verzocht komt de commissie niet vreemd voor, omdat de ziektekostenverzekeraar moet kunnen beoordelen welke zorg is geleverd, of de zorg door een gekwalificeerde zorgverlener is geleverd, maar ook hoe vaak en hoe lang de zorg is ontvangen door verzoekster. Nu hij dit alles niet heeft kunnen toetsen oordeelt de commissie, onder verwijzing naar artikel 7:941, tweede lid, BW, dat de ziektekostenverzekeraar terecht vergoeding van de facturen van het nazorgtraject heeft geweigerd.

Eerder opgevraagde medische informatie online nazorgtraject

- 7.6. Wat betreft het opvragen van aanvullende informatie bij e-mailbericht van 5 september 2024, naar aanleiding van de aanvraag voor het nazorgtraject, overweegt de commissie als volgt. Het staat vast dat het hier gaat om gegevens over de gezondheid van verzoekster. Verwerking van dergelijke bijzondere persoonsgegevens is verboden, gelet op artikel 9 (1) AVG, tenzij een van de uitzonderingen van artikel 9 (2) van toepassing is. Ook in dat verband geldt dat de verwerking niet verder mag gaan dan hetgeen strikt noodzakelijk is. Verzoekster heeft gesteld dat in het geheel geen gegevens mochten worden opgevraagd, aangezien vergoeding van het online nazorgtraject werd afgewezen. De commissie volgt haar hierin niet. Om een beoordeling te kunnen doen over de vraag of er aanspraak kan worden gemaakt op (vergoeding van de kosten van) de zorg is de uitzondering van artikel 9 (2) (h) AVG van toepassing. Dit laat onverlet dat de ziektekostenverzekeraar ook in dat geval niet meer informatie mag opvragen dan redelijkerwijs noodzakelijk is voor de beoordeling van de aanspraak. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het voor de beoordeling van het nazorgtraject niet nodig was om door middel van een ‘standaardbericht’ alle hierin vermelde informatie op te vragen. De commissie ziet geen aanleiding hier verder consequenties aan te verbinden, anders dan de ziektekostenverzekeraar te verplichten het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden. Dit heeft hij inmiddels ook toegezegd.

Slotsom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar ten onrechte bepaalde medische informatie in het kader van het nazorgtraject bij verzoekster heeft opgevraagd en dat hij daarom het betaalde entreegeld van € 37,-- aan haar moet vergoeden;
- (ii) hetgeen meer of anders is verzocht wordt afgewezen.

Zeist, 17 december 2025,

A. de Ruijter

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

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

2. Met inachtneming van de beschikbare technologie doet de verwerkingsverantwoordelijke redelijke inspanningen om in dergelijke gevallen te controleren of de persoon die de ouderlijke verantwoordelijkheid voor het kind draagt, toestemming heeft gegeven of machtiging tot toestemming heeft verleend.
3. Lid 1 laat het algemene overeenkomstenrecht van de lidstaten, zoals de regels inzake de geldigheid, de totstandkoming of de gevolgen van overeenkomsten ten opzichte van kinderen, onverlet.

Artikel 9

Verwerking van bijzondere categorieën van persoonsgegevens

1. Verwerking van persoonsgegevens waaruit ras of etnische afkomst, politieke opvattingen, religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen, of het lidmaatschap van een vakbond blijken, en verwerking van genetische gegevens, biometrische gegevens met het oog op de unieke identificatie van een persoon, of gegevens over gezondheid, of gegevens met betrekking tot iemands seksueel gedrag of seksuele gerichtheid zijn verboden.
2. Lid 1 is niet van toepassing wanneer aan een van de onderstaande voorwaarden is voldaan:
 - a) de betrokkene heeft uitdrukkelijke toestemming gegeven voor de verwerking van die persoonsgegevens voor een of meer welbepaalde doeleinden, behalve indien in Unierecht of lidstatelijk recht is bepaald dat het in lid 1 genoemde verbod niet door de betrokkene kan worden opgeheven;
 - b) de verwerking is noodzakelijk met het oog op de uitvoering van verplichtingen en de uitoefening van specifieke rechten van de verwerkingsverantwoordelijke of de betrokkene op het gebied van het arbeidsrecht en het socialezekerheids- en socialebeschermingsrecht, voor zover zulks is toegestaan bij Unierecht of lidstatelijk recht of bij een collectieve overeenkomst op grond van lidstatelijk recht die passende waarborgen voor de grondrechten en de fundamentele belangen van de betrokkene biedt;
 - c) de verwerking is noodzakelijk ter bescherming van de vitale belangen van de betrokkene of van een andere natuurlijke persoon indien de betrokkene fysiek of juridisch niet in staat is zijn toestemming te geven;
 - d) de verwerking wordt verricht door een stichting, een vereniging of een andere instantie zonder winstoogmerk die op politiek, levensbeschouwelijk, godsdienstig of vakbondsgebied werkzaam is, in het kader van haar gerechtvaardigde activiteiten en met passende waarborgen, mits de verwerking uitsluitend betrekking heeft op de leden of de voormalige leden van de instantie of op personen die in verband met haar doeleinden regelmatig contact met haar onderhouden, en de persoonsgegevens niet zonder de toestemming van de betrokkenen buiten die instantie worden verstrekt;
 - e) de verwerking heeft betrekking op persoonsgegevens die kennelijk door de betrokkene openbaar zijn gemaakt;
 - f) de verwerking is noodzakelijk voor de instelling, uitoefening of onderbouwing van een rechtsvordering of wanneer gerechten handelen in het kader van hun rechtsbevoegdheid;
 - g) de verwerking is noodzakelijk om redenen van zwaarwegend algemeen belang, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, waarbij de evenredigheid met het nagestreefte doel wordt gewaarborgd, de wezenlijke inhoud van het recht op bescherming van persoonsgegevens wordt geëerbiedigd en passende en specifieke maatregelen worden getroffen ter bescherming van de grondrechten en de fundamentele belangen van de betrokkene;
 - h) de verwerking is noodzakelijk voor doeleinden van preventieve of arbeidsgeneeskunde, voor de beoordeling van de arbeidsgeschiktheid van de werknemer, medische diagnoses, het verstrekken van gezondheidszorg of sociale diensten of behandelingen dan wel het beheren van gezondheidszorgstelsels en -diensten of sociale stelsels en diensten, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, of uit hoofde van een overeenkomst met een gezondheidswerker en behoudens de in lid 3 genoemde voorwaarden en waarborgen;
 - i) de verwerking is noodzakelijk om redenen van algemeen belang op het gebied van de volksgezondheid, zoals bescherming tegen ernstige grensoverschrijdende gevaren voor de gezondheid of het waarborgen van hoge normen inzake kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg en van geneesmiddelen of medische hulpmiddelen, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht waarin passende en specifieke maatregelen zijn opgenomen ter bescherming van de rechten en vrijheden van de betrokkene, met name van het beroepsgeheim;

- j) de verwerking is noodzakelijk met het oog op archivering in het algemeen belang, wetenschappelijk of historisch onderzoek of statistische doeleinden overeenkomstig artikel 89, lid 1, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, waarbij de evenredigheid met het nagestreefde doel wordt gewaarborgd, de wezenlijke inhoud van het recht op bescherming van persoonsgegevens wordt geëerbiedigd en passende en specifieke maatregelen worden getroffen ter bescherming van de grondrechten en de belangen van de betrokkene.
3. De in lid 1 bedoelde persoonsgegevens mogen worden verwerkt voor de in lid 2, punt h), genoemde doeleinden wanneer die gegevens worden verwerkt door of onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar die krachtens Unierecht of lidstatelijk recht of krachtens door nationale bevoegde instanties vastgestelde regels aan het beroepsgeheim is gebonden, of door een andere persoon die eveneens krachtens Unierecht of lidstatelijk recht of krachtens door nationale bevoegde instanties vastgestelde regels tot geheimhouding is gehouden.
4. De lidstaten kunnen bijkomende voorwaarden, waaronder beperkingen, met betrekking tot de verwerking van genetische gegevens, biometrische gegevens of gegevens over gezondheid handhaven of invoeren.

Artikel 10

Verwerking van persoonsgegevens betreffende strafrechtelijke veroordelingen en strafbare feiten

Persoonsgegevens betreffende strafrechtelijke veroordelingen en strafbare feiten of daarmee verband houdende veiligheidsmaatregelen mogen op grond van artikel 6, lid 1, alleen worden verwerkt onder toezicht van de overheid of indien de verwerking is toegestaan bij Unierechtelijke of lidstaatrechtelijke bepalingen die passende waarborgen voor de rechten en vrijheden van de betrokkenen bieden. Omvattende registers van strafrechtelijke veroordelingen mogen alleen worden bijgehouden onder toezicht van de overheid.

Artikel 11

Verwerking waarvoor identificatie niet is vereist

1. Indien de doeleinden waarvoor een verwerkingsverantwoordelijke persoonsgegevens verwerkt, niet of niet meer vereisen dat hij een betrokkene identificeert, is hij niet verplicht om, uitsluitend om aan deze verordening te voldoen, aanvullende gegevens ter identificatie van de betrokkene bij te houden, te verkrijgen of te verwerken.
2. Wanneer de verwerkingsverantwoordelijke in de in lid 1 van dit artikel bedoelde gevallen kan aantonen dat hij de betrokkene niet kan identificeren, stelt hij de betrokkene daarvan indien mogelijk in kennis. In dergelijke gevallen zijn de artikelen 15 tot en met 20 niet van toepassing, behalve wanneer de betrokkene, met het oog op de uitoefening van zijn rechten uit hoofde van die artikelen, aanvullende gegevens verstrekt die het mogelijk maken hem te identificeren.

HOOFDSTUK III

Rechten van de betrokkene

Afdeling 1

Transparantie en regelingen

Artikel 12

Transparante informatie, communicatie en nadere regels voor de uitoefening van de rechten van de betrokkene

1. De verwerkingsverantwoordelijke neemt passende maatregelen opdat de betrokkene de in de artikelen 13 en 14 bedoelde informatie en de in de artikelen 15 tot en met 22 en artikel 34 bedoelde communicatie in verband met de verwerking in een beknopte, transparante, begrijpelijke en gemakkelijk toegankelijke vorm en in duidelijke en eenvoudige taal ontvangt, in het bijzonder wanneer de informatie specifiek voor een kind bestemd is. De informatie wordt schriftelijk of met andere middelen, met inbegrip van, indien dit passend is, elektronische middelen, verstrekt. Indien de betrokkene daarom verzoekt, kan de informatie mondeling worden meegedeeld, op voorwaarde dat de identiteit van de betrokkene met andere middelen bewezen is.

● Opname voor geneeskundige ggz

Als een opname nodig is bij psychische problemen.

● Vergoeding per verzekering

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

● Wat u vergoed krijgt

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

Heeft u een indicatie voor geneeskundige ggz en is een opname nodig voor een goed resultaat? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering een ggz-opname vanaf 18 jaar. De basisverzekering vergoedt ook de verpleging en verzorging, paramedische zorg¹, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij een opname nodig zijn. Krijgt u tijdens de opname dagbesteding? Dan vergoeden wij ook die dagbesteding en het vervoer daar naartoe.

Hier kunt u terecht

Een ggz-instelling waar u een regiebehandelaar krijgt. Wie indicierend en coördinerend regiebehandelaar mogen zijn, staat in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ². Dat is meestal een klinisch psycholoog of psychiater. Uw behandelaar kan u hier meer uitleg over geven.

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

Zorgverlener zonder contract

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. In onze Zorgzoeker ziet u met welke zorgverleners wij een contract hebben.

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

Dit wordt niet vergoed

- behandeling van werkproblemen³, relatieproblemen en aanpassingsstoornissen⁴
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het overzicht therapieën ggz

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

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

Het eigen risico

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

- **Dit moet u zelf doen**

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de zorgverlener gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts, een medisch specialist, SEH-arts⁵ of de straatdokter. Bij acute zorg⁶ is geen verwijzing nodig.

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

Soms moet u vooraf toestemming vragen

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

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

Een psychische stoornis volgens de DSM

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

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

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

Uw zorgverlener moet een goedgekeurd kwaliteitsstatuut hebben

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

Soms krijgt u uw geneesmiddelen van uw ggz-instelling

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

Let op bij zorg in het buitenland

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

Wachtlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

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

Uitleg

1. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
2. Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ: In het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ staan de kwaliteitsnormen waaraan een zorgverlener in de geneeskundige ggz moet voldoen. En wat de taken en verantwoordelijkheden van onder andere de indicerend en coördinerend regiebehandelaar zijn
3. Werkproblemen: Bijvoorbeeld burn-out en overspannenheid
4. Aanpassingsstoornissen: Daarvan is sprake als iemand moeite heeft om zich op emotioneel gebied aan te passen aan een veranderde situatie, bijvoorbeeld na een overlijden of echtscheiding
5. SEH-arts: Spoedeisende hulp arts
6. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie