

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202501354

Partijen

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

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft in een telefoongesprek op 23 december 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Dit is bij brieven van 23 december 2025 en 2 januari 2026 schriftelijk aan haar bevestigd. Op 16 januari 2026 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 12 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 maart 2026 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Op 25 maart 2026 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is diezelfde dag aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.4. Op 29 april 2026 heeft het Zorginstituut een brief aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 30 april 2026 aan partijen gezonden.
- 1.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 juni 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Beter (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster heeft op 30 januari 2025 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een klinische GGZ-behandeling van 12 weken in Kaapstad, Zuid-Afrika. Op 5 februari 2025 is deze aanvraag afgewezen. Op 13 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie ontvangen. Bij brief van 5 maart 2025 heeft hij aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is goedgekeurd.
- 2.3. Op 28 april 2025 is namens verzoekster een aanvraag ingediend voor verlenging van de klinische GGZ-behandeling in Kaapstad, en wel voor de duur van 56 dagen. Op 6 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar om aanvullende informatie gevraagd. Op 20 mei 2025 heeft hij

aanvullende informatie ontvangen. Bij brief van 26 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag gedeeltelijk is goedgekeurd, in die zin dat akkoord wordt gegeven voor een verlenging met 14 dagen.

- 2.4. Bij brief van 11 juni 2025 is namens verzoekster om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 26 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Op 29 april 2026 heeft het Zorginstituut een brief aan de commissie gestuurd.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de door haar in Kaapstad in 2025 genoten verlengde klinische GGZ-behandeling volledig dient te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster bij klachtenformulier van 17 augustus 2025 toegelicht dat zij in behandeling was bij een kliniek voor eetstoornissen in Kaapstad. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk een machtiging afgegeven voor een behandeling van drie maanden, maar dit bleek niet voldoende. De kliniek in Zuid-Afrika benadert een eetstoornis als een verslaving en dit blijkt voor verzoekster, na ongeveer 20 jaar, eindelijk een benadering die ertoe leidt dat zij weer een volwaardig leven kan leiden.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar stelt zich op het standpunt dat de behandeling in Nederland ambulant kon worden voortgezet en dat er tijdens het verblijf in Kaapstad geen nieuwe feiten of omstandigheden aan het licht zijn gekomen die een verlenging van de machtiging rechtvaardigden. Volgens de ziektekostenverzekeraar werd het oorspronkelijke behandeldoel behaald, namelijk structuur aanbrengen in het eten en het bereiken van een gezond gewicht. Dit is verzoekster inderdaad gelukt en was ook nodig, gezien de lichamelijke toestand waarin zij verkeerde bij aankomst in de kliniek. Ambulante voortzetting van de behandeling in Nederland was medisch onverantwoord vanwege de ernst van de problematiek. De eetstoornis blijkt namelijk een copingmechanisme dat verzoekster sinds haar kindertijd heeft ingezet om zich in het dagelijks leven te redden. Dit copingmechanisme gebruikt zij nog steeds om te kunnen omgaan met jeugdtrauma's.
- 3.4. Verzoekster heeft toegelicht dat zij van haar vierde tot achtste levensjaar seksueel is misbruikt en tot haar twaalfde jaar geestelijk onder druk is gezet. Op 19-jarige leeftijd is verzoekster hiermee naar buiten gekomen, nadat zij vrijwel de gehele pubertijd had doorgebracht in klinieken en ambulante zorgverlening. Tijdens het verblijf in Kaapstad is gebleken dat verzoekster EMDR-therapie nodig heeft om haar jeugdtrauma's te verwerken. Deze EMDR-sessies waren nog niet afgerond en konden in Nederland niet worden voortgezet. Het was voor verzoekster veiliger dit klinisch te doen, omdat zij na een EMDR-sessie terugvalt in de eetstoornis, PTSS-klachten krijgt, kan gaan dissociëren, en aanvallen kan krijgen vanwege epilepsie. Dit betrof een nieuwe omstandigheid. Daarbij kwam de alcoholverslaving van de vader van verzoekster als aanvullende traumatiserende factor aan het licht en ook alle opnames gedurende haar jeugd.
- 3.5. De eerdere behandelingen in Nederland hebben verzoekster weliswaar geholpen, maar deze hebben niet geleid tot volledig herstel. De nieuwe inzichten en feiten bevestigden dat verzoekster lijdt aan een complex trauma, waarvoor langdurige en diepgaande behandeling nodig was in een veilige setting. Die geborgenheid, structuur en 24/7 professionele begeleiding bood de kliniek in Kaapstad, en dit is een voorwaarde voor het herstel waarvoor verzoekster zich volledig inzet, met als doel weer een volwaardig zelfstandig en werkzaam leven te kunnen leiden. Een voortijdige

beëindiging van de klinische behandeling in Kaapstad zou een groot risico op terugval en medische schade hebben betekend terwijl verzoekster juist aan het genezen was.

- 3.6. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat er in eerste instantie 12 weken behandeling is goedgekeurd. Vervolgens is een verlengingsaanvraag gedaan voor 56 dagen, waarvan er 14 zijn goedgekeurd. De overige dagen zijn voor eigen rekening gebleven. Verzoekster is hierna nog vier weken langer in Zuid-Afrika gebleven. Hiervoor is geen aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Dit leek niet zinvol, omdat de eerste verlenging al niet volledig was goedgekeurd.
- Er is eerder aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd waarop hij baseert dat het traject ambulant kon worden voortgezet. In de afwijzing staat ten onrechte dat er geen nieuwe feiten naar voren zijn gekomen. Tijdens de behandeling in Zuid-Afrika is juist gebleken dat onverwerkt trauma de oorzaak is van de hardnekkige eetstoornis. Verder is het onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar een gemotiveerde brief van de behandelend psychiater, zonder onderbouwing, naast zich neerlegt en een beslissing neemt zonder persoonlijk contact over de situatie. Er is niet onderbouwd waarom verzoekster wel terug kon naar Nederland. Destijds gold voor verzekerden van de ziektekostenverzekeraar niet eens een wachttijd van 26 weken voor behandeling. Zij konden pas in 2026 worden behandeld. Het was een onzekere toestand, zeker voor iemand met een eetstoornis. Verzoekster zou midden in een traumabehandeling naar Nederland moeten komen. Zij had dissociatieve stoornissen en epileptische aanvallen. Ook was zij bezig met een EMDR-behandeling. Het was levensbedreigend om verzoekster naar Nederland te sturen, ook volgens de behandelend psychiater. Er is daarom besloten de kosten voor eigen rekening te nemen zodat het traject kon worden afgemaakt. Zonder het strenge en ondersteunende beleid van de kliniek in Zuid-Afrika was de situatie direct verslechterd. Bij aankomst in Zuid-Afrika deed verzoekster twee uur over het eten van een bord pap. Hierbij hield een hulpverlener haar hand vast en werd zij toegesproken. Na een uur volgde het volgende eetmoment. Op die manier is verzoekster weer gaan eten. Daar was dus veel intensieve individuele ondersteuning voor nodig. De oorzaak van het probleem was daarmee nog niet aangepakt. Duurzaam herstel bij anorexia duurt lang. Dit is ook gebleken bij verzoekster. Zij heeft diepgaande aandacht en begeleiding nodig, ook omdat zij meerdere aandoeningen heeft. Het is jammer dat de ziektekostenverzekeraar uitsluitend heeft gekeken naar de somatische indicatoren. Bij anorexia ziet het herstel niet alleen op een gezond gewicht, maar ook op het behandelen van onderliggende psychologie. Er moet worden gekeken naar het bredere plaatje.
- In de GGZ-standaard voor eetstoornissen staat dat ambulante behandeling voorliggend is, behalve bij co-morbiditeit. De ziektekostenverzekeraar heeft gevraagd om een onderbouwing van de epilepsie. Verzoekster heeft tonisch-clonische epilepsie. De behandeling bij Human Concern is niet succesvol geweest. Als dit wel het geval was, dan was de zorg in Zuid-Afrika niet nodig geweest. De behandeling was misschien voor een periode succesvol, maar niet volledig.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij de verlengingsaanvraag van 28 april 2025 terecht slechts gedeeltelijk heeft goedgekeurd. Ter onderbouwing hiervan heeft hij bij brief van 12 maart 2026 toegelicht dat het snelle gewichtsverlies en de aanhoudend lage intake de reden was voor de opname van verzoekster. Ten tijde van de verlengingsaanvraag had verzoekster weer een gezond gewicht en een regelmatig eetpatroon. De zorgaanbieder in Zuid-Afrika geeft aan dat tijdens de opname is gebleken dat verzoekster onderliggende trauma's heeft, die leiden tot psychische (PTSS-)klachten en het herstelproces negatief beïnvloeden. De zorgaanbieder beschrijft dat verzoekster hiervoor een EMDR-behandeling ondergaat, maar dat binnen de huidige machtiging onvoldoende tijd is om deze af te ronden. De medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar hebben beoordeeld dat deze psychische klachten geen medische noodzaak vormen voor verlenging van de klinische opname, en dat de behandeling daarvan en van hetgeen resteert van het oorspronkelijke behandeldoel, ambulant kon plaatsvinden. Uit de

voorgeschiedenis volgt dat verzoekster eerder is behandeld voor PTSS-klachten. In de aanvraag van 30 januari 2025 is vermeld dat zij een succesvolle ambulante EMDR-behandeling heeft gehad voor PTSS-klachten bij Human Concern. Door de zorgaanbieder is niet voldoende gemotiveerd dat de psychische klachten nu niet ambulant kunnen worden behandeld en dat een klinische opname hiervoor noodzakelijk is. Deze beoordeling is in lijn met de GGZ-standaard voor psychotrauma- en stressor-gerelateerde stoornissen.

De aanvraag van 30 januari 2025 voor een klinische opname van 12 weken bij de zorgaanbieder in Zuid-Afrika is, als gezegd, toegekend in verband met het snelle gewichtsverlies. Volgens de GGZ-standaard voor eetstoornissen heeft ambulante behandeling evenwel de voorkeur. In de richtlijn staat bovendien dat, wanneer vanwege somatische redenen toch wordt overgegaan tot klinische opname, wordt gestreefd naar een zo kort mogelijke duur daarvan, bij voorkeur minder dan twee weken, omdat het doel van de opname is om acute somatische complicaties af te wenden. Het aanvankelijke doel van de opname bij de zorgaanbieder in Zuid-Afrika was het realiseren van een passend eetpatroon, waarna de verdere behandeling ambulant zou plaatsvinden. Ten tijde van de verlengingsaanvraag van 28 april 2025 had verzoekster weer een regelmatig eetpatroon en was er geen sprake meer van snel gewichtsverlies. Het behandeldoel van de opname was daarmee bereikt. De overige behandeldoelen met betrekking tot de eetstoornis kunnen volgens de GGZ-standaard voor eetstoornissen ambulant worden opgepakt. Zoals hierboven aangehaald, volgt uit de GGZ-standaard voor psychotrauma- en stressor-gerelateerde stoornissen dat de onderliggende psychische klachten vaak ambulant worden behandeld. Ook is een eerdere ambulante behandeling bij Human Concern succesvol afgerond, waardoor het niet navolgbaar is dat deze klachten later niet ambulant konden worden behandeld.

- 4.2. Bij brief van 12 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat melding wordt gemaakt van ‘seizures’, oftewel epileptische aanvallen, maar dat hierover verder geen nadere beschrijvingen of toelichtingen zijn opgenomen. Dissociatie, nachtmerries en flashbacks vormen op zichzelf geen medische noodzaak voor verlenging van een klinische opname. Het merendeel van de PTSS-behandelingen bij vergelijkbare klachten vindt ambulant plaats. Er wordt niet beschreven dat eerdere EMDR-behandelingen in een ambulante setting onsuccesvol zijn geweest. In andere klinieken wordt PTSS doorgaans kortdurend klinisch behandeld (circa 1-2 weken). Gezien de reeds toegekende verlenging met 14 dagen had de klinische behandeling in die periode kunnen worden afgerond, waarna ambulante voortzetting mogelijk was geweest.
- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard niet bekend te zijn met de door verzoekster genoemde vier weken extra verlenging. Verder heeft hij opgemerkt dat de behandelbehoefte van verzoekster niet door hem wordt ontkend. Echter, op het moment van de verlengingsaanvraag was er geen rechtvaardiging voor verlenging met 56 dagen. Er is wel een gedeeltelijke verlenging toegekend voor 14 dagen, zodat verzoekster haar PTSS-behandeling klinisch kon afronden en de overdracht naar Nederland kon regelen. Het doel was om de behandeling daarna ambulant te kunnen voortzetten. Pas op 10 september 2025 is contact opgenomen met een nabehandelaar. De eerste nabehandeling zou bestaan uit wekelijkse sessies. Een logische volgorde is dat er na een klinisch traject eerst intensieve ambulante behandeling volgt en daarna minder intensieve ambulante behandeling. Het snelle gewichtsverlies en de aanhoudend lage voedselinname waren de reden voor de eerste opname. De eerste aanvraag is goedgekeurd op basis van het standpunt van het Zorginstituut over GGZ medisch noodzakelijk verblijf. Hierin wordt het gevaarcriterium genoemd en daar is naar gekeken. Ten tijde van de eerste aanvraag werd hieraan voldaan. Ook is gekeken naar de GGZ-standaard eetstoornissen en is beoordeeld of een hoog risico bestond op levensbedreigende situaties en andere bijkomende problematiek. Ten tijde van de verlengingsaanvraag had verzoekster weer een gezond gewicht en een regelmatig eetpatroon. In de aanvraag wordt het risico op fysieke complicaties benoemd, maar dit wordt niet onderbouwd. Er kon niet worden geconcludeerd dat ten tijde van de verlengingsaanvraag een acuut gevaar bestond zoals bedoeld in de geldende standaarden. Verder blijkt uit de GGZ-standaard eetstoornissen dat ambulant

behandelen bij eetstoornissen de voorkeur heeft en dat een klinische opname zo kort mogelijk dient te zijn. Ook wordt geadviseerd om, als klinische opname wordt ingezet, deze zo kort mogelijk te houden, omdat het doel van die opname is om acute somatische complicaties af te wenden. Er was geen gevaar dat verlenging zou rechtvaardigen. Het behandeldoel van de klinische opname was, als gezegd, behaald en de andere problematiek kon, conform de richtlijnen, ambulant worden behandeld. De kliniek in Zuid-Afrika heeft nog beargumenteerd dat verlenging noodzakelijk was vanwege onderliggend trauma, waaronder PTSS, samenhangend met de eetstoornis. De ziektekostenverzekeraar heeft beoordeeld of deze trauma's en daaruit voortvloeiende klachten een verlenging van een klinische opname rechtvaardigen. Hiervoor geldt dat PTSS in de praktijk altijd ambulant wordt behandeld. Bij de verlenging is opnieuw gekeken naar het standpunt medisch noodzakelijk verblijf. Op basis van de op dat moment beschikbare gegevens was er geen reden tot verlenging van het verblijf. In dit standpunt wordt ook benoemd dat klinische opname moet worden ingezet als laatste redmiddel, als ambulante behandeling niet meer mogelijk is of onvoldoende effect heeft. Uit het dossier blijkt dat verzoekster vanaf 2019 succesvolle ambulante behandeling heeft gehad, bijvoorbeeld voor de onderliggende trauma's, en wel bij Human Concern. In de eerste aanvraag wordt door Human Concern benoemd dat de behandeling succesvol is geweest. Daar is de ziektekostenverzekeraar dan ook van uitgegaan. Er is onvoldoende onderbouwd dat verzoekster niet met een intensieve deeltijdbehandeling uit kon. Het is wel invoelbaar dat zij verlenging van de klinische opname wilde, maar voor vergoeding daarvan bestond op dat moment geen grond. De goedgekeurde verlenging met 14 dagen was bedoeld om de behandeling af te ronden en de overdracht te regelen. Uit de brief van de behandelaar blijkt dat de behandeling op dat moment nog niet was afgerond. Voor intensieve traumabehandeling, die voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk', geldt dat er bijna altijd ambulant wordt behandeld. Bij PTSS wordt maar een klein gedeelte van de patiënten klinisch opgenomen en als hiervan al sprake is, dan gaat het om een klinische opname van maximaal twee weken. Uit het dossier bleek dat verzoekster kampte met PTSS en daarom is beoordeeld of klinische behandeling gedurende 14 dagen navolgbaar is. Op basis van de Nederlandse praktijk vond de ziektekostenverzekeraar dit navolgbaar. De richtlijnen spreken niet over een duur. Als wordt gekeken naar de praktijk, dan wordt er bij klinische intensieve traumabehandeling vaak gedurende een periode van een of twee weken behandeld. De ziektekostenverzekeraar zag geen reden voor de klinische traumabehandeling van 56 dagen. Voor een klinische traumabehandeling geldt meestal dat sprake is geweest van een eerdere onsuccesvolle ambulante behandeling. In het geval van verzoekster is dit niet aan de orde. Co-morbiditeit kan resulteren in een noodzaak tot klinische opname. Dat er oorspronkelijk een noodzaak was, betwist de ziektekostenverzekeraar niet. Bij de verlenging is gekeken naar het gevaarcriterium. Co-morbiditeit zonder gevaar is geen reden voor verlenging. Uit het dossier blijkt dat verzoekster medicatie gebruikt voor epilepsie. Daarover zijn vragen gesteld, maar daar is eerder niet op gereageerd. De epilepsie kon daarom niet worden meegenomen in de beoordeling. De focus is gelegd op de traumabehandeling.

5. Advies Zorginstituut

5.1. Bij brief van 29 april 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“U hebt Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) op 26 maart 2026 om advies gevraagd over het geschil tussen verzoekster en verweerder. Het Zorginstituut heeft het dossier beoordeeld. De conclusie is dat het Zorginstituut in dit geschil geen adviesbevoegdheid heeft.

Het geschil gaat over de vergoeding van een verlenging van acht weken van een klinische behandeling bij Imani in Kaapstad, Zuid-Afrika. Verzoekster is daar gedurende twaalf weken onder behandeling geweest vanwege een eetstoornis. Vanuit de instelling is een aanvullende klinische behandeling van acht weken voorgesteld in verband met traumagerelateerde problematiek,

samenhangend met de eetproblematiek. Verweerder heeft een verlenging van de opname voor de duur van twee weken toegekend.

Door de behandeling (deels) te vergoeden, erkent verweerder dat sprake is van verzekerde zorg en dat verzoekster redelijkerwijs op deze zorg was aangewezen. In geschil is of de verlenging van de behandeling met twee of acht weken doelmatig is. Beoordeling van de doelmatigheid van de duur van de behandeling valt echter buiten de reikwijdte van de adviestaak van het Zorginstituut. Nu niet in geschil is of sprake is van verzekerde zorg, heeft het Zorginstituut geen adviesbevoegdheid en brengt het in dit geschil geen advies uit."

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 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over geestelijke gezondheidszorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoekster is naar Zuid-Afrika gegaan om daar een klinische behandeling vanwege haar eetstoornis te ondergaan. De commissie overweegt dat tussen Nederland en Zuid-Afrika geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering bestaat, zodat het recht op vergoeding uitsluitend moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie overweegt als volgt.
- 7.3. Op 30 januari 2025 is namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een klinische GGZ-behandeling in Zuid-Afrika. Bij brief van 5 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar hiervoor een akkoordverklaring gegeven. Vervolgens is op 28 april 2025 namens verzoekster gevraagd om verlenging van de klinische GGZ-behandeling met 56 dagen. Bij brief van 26 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar akkoord gegeven voor een verlenging met 14 dagen. Tussen partijen is niet in geschil dat de in Zuid-Afrika genoten zorg verzekerde zorg betrof. Wat hen verdeeld houdt, is het antwoord op de vraag of de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor verlenging van de klinische GGZ-behandeling met 56 dagen terecht maar gedeeltelijk heeft geaccordeerd.
- 7.4. De zorgverzekering biedt dekking voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Dit blijkt uit artikel 25 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hetgeen hier is beschreven is gebaseerd op de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. Op grond van artikel 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg in het buitenland.
- 7.5. Tussen partijen is niet in geschil dat de oorspronkelijke aanvraag en de akkoordverklaring van de ziektekostenverzekeraar zagen op de klinische behandeling van een eetstoornis. De aanvraag is destijds door de ziektekostenverzekeraar goedgekeurd vanwege het snelle gewichtsverlies en de aanhoudend lage intake van verzoekster, zo blijkt uit de stukken. Tussen partijen staat vast dat verzoekster ten tijde van de verlengingsaanvraag van 28 april 2025 een gezond gewicht had en structuur in het eten dan wel een regelmatig eetpatroon. Volgens de ziektekostenverzekeraar was het behandeldoel van de oorspronkelijke aanvraag daarmee bereikt en kon verzoekster verder

ambulant worden behandeld. Niettemin is de ziektekostenverzekeraar akkoord gegaan met verlenging van de klinische behandeling met 14 dagen.

- 7.6. De commissie stelt vast dat verzoekster aan de hand van verklaringen van de kliniek in Kaapstad heeft onderbouwd waarom de verlenging met 56 dagen ten tijde van de aanvraag daartoe noodzakelijk was. Daartegen heeft de ziektekostenverzekeraar onvoldoende gemotiveerd verweer gevoerd. De commissie overweegt in dit verband dat het haar in het geheel niet duidelijk is geworden wat de exacte grondslag is geweest voor een akkoordverklaring voor 14 dagen in plaats van 56. In de brief van 26 mei 2025 wordt benoemd dat akkoord is gegeven voor de verlenging om de overdracht naar de behandelaar in Nederland en de terugreis in orde te maken. In de brief van 12 maart 2026 stelt de ziektekostenverzekeraar dat de klinische behandeling in de reeds toegekende verlenging van 14 dagen had kunnen worden afgerond, waarna ambulante voortzetting mogelijk was. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de verlenging is goedgekeurd vanwege traumabehandeling waarvoor, volgens hem, in de Nederlandse praktijk maximaal twee weken klinisch wordt behandeld. Gelet op het voorgaande heeft de ziektekostenverzekeraar de gemotiveerde onderbouwing van verzoekster wat betreft de noodzaak van de verlenging van 56 dagen onvoldoende gemotiveerd weersproken. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom ten onrechte een akkoordverklaring gegeven voor een verlenging met slechts 14 dagen. Dit betekent dat verzoekster, met in achtneming van de voorwaarden van de zorgverzekering, aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de op 28 april 2025 aangevraagde klinische GGZ-zorg, ten laste van de zorgverzekering, behoudens de 14 dagen die al eerder werden vergoed. Aangezien verzoekster door de commissie in het gelijk wordt gesteld, ziet zij aanleiding om te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het klachtgeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
- 7.7. Verzoekster heeft nog opgemerkt dat haar verblijf na de verlenging met 56 dagen met nogmaals vier weken is verlengd. Desgevraagd heeft zij verklaard dat zij hiervoor bij de ziektekostenverzekeraar geen aanvraag heeft ingediend en de kosten ook niet heeft gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard niet bekend te zijn met deze extra verlenging. De commissie merkt op dat deze kosten geen deel uitmaken van het voorliggende geschil, zodat zij hierover geen beslissing kan nemen.

Slotsom

- 7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie beslist dat:
- (i) De ziektekostenverzekeraar, met inachtneming van de voorwaarden van de zorgverzekering, aan verzoekster de kosten van de op 28 april 2025 aangevraagde klinische GGZ-zorg dient te vergoeden ten laste van de zorgverzekering, behoudens de 14 dagen die al eerder werden vergoed;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het klachtgeld van € 37,00 moet vergoeden;

Zeist, 30 juni 2026,

B.L.A. van Drunen

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.

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De VGZ Eigen Keuze is een combinatieverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg (restitutie) of recht op zorg (natura) zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Voor restitutie heeft u op verzoek recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Voor natura heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

Medische noodzaak

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

Zorg verzekerd op basis van natura

Voor Verpleging en verzorging (artikel [14. Verpleging en verzorging \(wijkverpleging\) \(natura\)](#)) en Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (artikel

[25. Geestelijke gezondheidszorg \(GGZ\) voor verzekerden van 18 jaar en ouder \(natura\)](#) en

[37. Verblijf \(natura en restitutie\)](#)) maakt u gebruik van zorg in natura. Deze zorg wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van het contract, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

Artikel 9. Buitenland

9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan heeft u voor zorg recht op:

- Zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- (Vergoeding van de kosten van) zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, dan heeft u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt de EHIC gebruiken in Australië voor spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening. Heeft u geen zorgpas met EHIC? Dan kunt u deze gratis aanvragen.

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- (Vergoeding van de kosten van) zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemming en/of verwijzing

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan heeft u vooraf onze toestemming nodig. U heeft ook toestemming nodig voor zorg in het buitenland waarvoor dit in de zorgartikelen (artikel 11 tot en met 39) is vermeld. U vindt in deze artikelen ook of u een verwijzing of voorschrift nodig heeft.

Heeft u onze toestemming niet nodig, maar wilt u wel graag vooraf weten of uw behandeling in het buitenland voor vergoeding in aanmerking komt? Dan kunt u ons vragen om dit voor u te beoordelen. Kijk voor meer informatie op onze website.

U heeft geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale uitgevoerd door de ANWB. Het telefoonnummer vindt u in de [VGZ app](#), op uw zorgpas en op onze website.

Hier kunt u terecht

Bij zorgaanbieders die werken volgens de Zorgstandaard Tabaksverslaving.

De geneesmiddelen mogen worden geleverd door een apotheker of apothekhoudend huisarts.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)

Artikel 25. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder (natura)

GGZ is geneeskundige zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden voor verzekerden van 18 jaar en ouder. De behandeling (interventie) moet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Op onze website vindt u informatie over de behandelingen die hieraan voldoen in de Lijst Therapieën GGZ. In deze lijst staat welke therapieën wel en welke therapieën niet voldoen en in welke situaties deze toegepast mogen worden.

Verkennd gesprek

Een verkennend gesprek kan deel uitmaken van deze zorg op verzoek van de huisarts. In een verkennend gesprek wordt samen met u gekeken wat uw hulpvraag is en welke ondersteuning of zorg u kan worden geboden. Vragen die daarbij spelen zijn of u ondersteuning vanuit de gemeente of andere maatschappelijke organisaties nodig heeft. Of GGZ. Of ondersteuning en GGZ. In dat laatste geval wordt ook gekeken wat de best passende zorg is: gelijktijdig of achtereenvolgens. Als uit het verkennend gesprek volgt dat u recht heeft op GGZ, dan heeft u hiervoor een verwijfsbrief nodig.

Dit is niet verzekerd

Zorg waarvoor geen of onvoldoende bewijs is dat deze effectief is, valt niet onder de basisverzekering. Om te bepalen of er sprake is van verzekerde zorg gaan wij onder andere uit van DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), zorgstandaarden, standpunten van het Zorginstituut Nederland, Zorgkompas Zorgverzekeringswet en de Lijst Therapieën GGZ.

Hierna volgt een opsomming met een aantal aandoeningen, behandelingen en interventies die niet onder de GGZ vallen. Deze lijst bevat voorbeelden en is niet uitputtend:

- Behandeling van aanpassingsstoornissen (bijvoorbeeld bij echtscheiding of rouw)
- Hulp bij werk- en relatieproblemen
- Hulp bij slaapstoornissen, seksuele disfuncties
- Psychosociale hulp/zorg (bijvoorbeeld voor stress of burn-out)
- Zorg bij leerstoornissen
- Zelfhulp
- Het toeleiden naar zorg
- Universele en selectieve preventie. Dit is preventie gericht op de hele bevolking of delen daarvan of op groepen met een verhoogd risico op bepaalde aandoeningen. Geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie vallen wel onder de zorgverzekering. Als er geen stoornis is vastgesteld, valt deze preventie onder huisartsenzorg. En niet onder de GGZ. De zorg kan dan verleend worden door een huisarts of een praktijkondersteuner huisarts GGZ
- Dienstverlening
- Psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen
- Intelligentieonderzoek
- Neurofeedback

- Behandeling die primair gericht is op stoornissen die niet zijn opgenomen in de DSM-5 classificatie. De behandeling van bijvoorbeeld alleen obesitas of een seks- of eetverslaving is daardoor niet verzekerd
- Begeleiding van niet-geneeskundige aard, zoals trainingen, coaching en cursussen
- Diagnostiek zonder de bedoeling dat een GGZ-behandeling plaatsvindt
- 5 of meer diagnostiekconsulten die leiden tot een niet verzekerde diagnose
- Resocialisatie zonder dat er een GGZ-behandeling plaatsvindt
- Klinische opnames voor verslavingszorg die niet direct opgevolgd worden door een aansluitende, ambulante vervolgbehandeling. De periode na ontslag geldt als een kwetsbare periode. Alleen bij goede inbedding in een ambulant behandeltraject (goede voor- en nazorg) kan een klinische behandeling (in het buitenland) als effectief worden aangemerkt en daarmee voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk
- Opname op basis van een sociale indicatie (bijvoorbeeld bij het niet beschikken over huisvesting), tenzij er sprake is van Verblijf met rechtvaardigingsgrond.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Het eigen risico geldt niet voor het verkennend gesprek. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een zorgaanbieder die een goedgekeurd kwaliteitsstatuut GGZ heeft, dat geregistreerd is via de website GGZ Kwaliteitsstatuut.

Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ draagt ertoe bij dat de juiste hulp, op de juiste plaats, door de juiste zorgprofessionals wordt geleverd. Alle zorgaanbieders van GGZ zijn verplicht een eigen kwaliteitsstatuut GGZ op te stellen. Op www.zorginzicht.nl onder openbare data vindt u welke zorgaanbieders een goedgekeurd kwaliteitsstatuut GGZ hebben en waar u het kwaliteitsstatuut kunt inzien. In het kwaliteitsstatuut moet de zorgaanbieder aangeven hoe vorm en inhoud wordt gegeven aan de kwaliteitsnormen. In het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder is ook opgenomen wie verantwoordelijk is voor de indicatie en/of coördinatie van de zorg. Dit is de regiebehandelaar. Het kwaliteitsstatuut kan u helpen bij het kiezen van uw zorgaanbieder.

Regiebehandelaar

In een vrijevestigde praktijk voert de regiebehandelaar de behandeling veelal zelf uit. Bij de behandeling in een instelling kunnen meerdere zorgaanbieders betrokken zijn. De coördinerend regiebehandelaar bepaalt onder meer de samenwerking met deze zorgaanbieders. Ook zorgt de regiebehandelaar ervoor dat u zelf meebeslist over uw behandelingsmogelijkheden.

1. Regiebehandelaar GB GGZ (generalistische basis GGZ) vrijevestigd mogen zijn (sectie II, zorgprestatie model setting 1): klinisch (neuro)psycholoog, psychotherapeut en gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog).
2. Regiebehandelaar SGGZ (gespecialiseerde GGZ) vrijevestigd mogen zijn (sectie II, zorgprestatie model setting 1): psychiater, klinisch (neuro)psycholoog of psychotherapeut.
3. Regiebehandelaar GB GGZ in een instelling mogen zijn (sectie III, zorgprestatie model setting 2 en hoger): klinisch (neuro)psycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog en verpleegkundig specialist GGZ.
Regiebehandelaar GB GGZ in een instelling mogen ook zijn:
 - Specialist ouderengeneeskunde en klinisch geriater: voor patiënten van (biologisch) oudere leeftijd met een GGZ hoofddiagnose
 - Verslavingsarts KNMG: als de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek is
 - Orthopedagoog-generalist: voor diagnostiek, behandeling en geneeskundige begeleiding van verzekerden in een (complexe) persoonlijke afhankelijkheidsrelatie met (complexe) leer-, gedrags- of ontwikkelingsproblemen als deze ten laste van de Zorgverzekeringswet gefinancierde geneeskundige GGZ of forensische zorg komen. Het gaat hierbij vaak om jongvolwassenen of verzekerden met bijkomende verstandelijke beperkingen.
 - Sociaal psychiatrisch verpleegkundige: in de coördinerende rol in de chronische basis-GGZ (setting ambulant sectie III monodisciplinair). De sociaal psychiatrisch verpleegkundige stelt niet de psychiatrische diagnose en/of de medische indicatie. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige stelt niet het initiële behandelplan op, maar kan het initiële behandelplan op meer gedetailleerd niveau uitwerken vanuit de sociaal psychiatrische verpleegkundige diagnostiek en behandeling.

4. Regiebehandelaar SGGZ in een instelling mogen zijn (sectie III, zorgprestatie model setting 2 en hoger): psychiater, klinisch (neuro)psycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog en verpleegkundig specialist GGZ. Regiebehandelaar SGGZ in een instelling mogen ook zijn:
- Specialist ouderengeneeskunde en klinisch geriater: voor patiënten van (biologisch) oudere leeftijd met GGZ hoofddiagnose
 - Verslavingsarts KNMG: als de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek betreft
 - Physician assistant als de zorg behoort tot het deskundigheidsgebied GGZ van de physician assistant. Er is sprake van somatische problematiek, die in relatie staat tot de psychiatrische problematiek binnen een multidisciplinaire setting. De physician assistant is werkzaam binnen een samenwerkingsverband waar tenminste één psychiater deel van uitmaakt.
 - Orthopedagoog-generalist: voor diagnostiek, behandeling en geneeskundige begeleiding van verzekerden in een (complexe) persoonlijke afhankelijkheidsrelatie met (complexe) leer-, gedrags- of ontwikkelingsproblemen als deze ten laste van de Zorgverzekeringswet gefinancierde geneeskundige GGZ of forensische zorg komen. Het gaat hierbij vaak om jongvolwassenen of verzekerden met bijkomende verstandelijke beperkingen.
 - Sociaal psychiatrisch verpleegkundige: in de coördinerende rol in de zorgprestatie model setting outreachend. Outreachende zorg is multidisciplinaire zorg voor bijvoorbeeld verzekerden met een ernstige psychiatrische aandoening. Vaak wordt de zorg bij de verzekerde thuis of in de wijk verleend. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige stelt niet de psychiatrische diagnose en/of de medische indicatie. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige stelt niet het initiële behandelplan op, maar kan het initiële behandelplan op meer gedetailleerd niveau uitwerken vanuit de sociaal psychiatrisch verpleegkundige diagnostiek en behandeling.
5. Regiebehandelaar GGZ voor een behandeling gestart onder de Jeugdwet mogen zijn: kinder- en jeugdpsycholoog NIP, GZ-psycholoog en orthopedagoog-generalist NVO. De regiebehandelaar heeft een postmasterregistratie in het register SKJ (Stichting Kwaliteitsregister Jeugd) of een BIG-registratie. Zij mogen alleen regiebehandelaar zijn voor een maximale termijn van 365 dagen na de dag dat u 18 jaar bent geworden.
6. Onder eindverantwoordelijkheid van de regiebehandelaar mag een zorgaanbieder die is opgenomen in de Lijst consult registrerende beroepen een bijdrage leveren aan de behandeling van verzekerden.
7. Voor hoogspecialistische GGZ moet u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Als u gebruikmaakt van een zorgaanbieder die niet door ons is gecontracteerd voor deze zorg, dan heeft u geen recht op vergoeding, ook geen gedeeltelijke vergoeding.
8. Voor het verkennend gesprek moet u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Als u gebruikmaakt van een zorgaanbieder die niet door ons is gecontracteerd voor deze zorg, dan heeft u geen recht op vergoeding, ook geen gedeeltelijke vergoeding. In uw regio is afgesteld wie het verkennend gesprek mag voeren.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor GGZ niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, psychiater, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, straatdokter of uw regiebehandelaar in geval van een doorverwijzing. Een straatdokter is een (huis)arts die zorg verleent aan dak- en thuislozen.

Ontving u GGZ op basis van de Jeugdwet en heeft u hiervoor geen verwijsbrief van een hierboven genoemde verwijzer? Dan heeft u een nieuwe verwijsbrief nodig.

De verwijzing moet voldoen aan de 'Verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg' zoals vastgesteld door het ministerie van VWS.

Toestemming

- U heeft vooraf onze toestemming nodig voor Esketamine (neusspray)
- U heeft vooraf onze toestemming nodig voor GGZ met verblijf (zie artikel [37. Verblijf \(natura en restitutie\)](#)).
Verstrekt binnenkort de termijn waarvoor toestemming is gegeven? Dan moet u opnieuw toestemming aanvragen.
U kunt samen met uw zorgaanbieder een toestemmingsformulier GGZ invullen. Het formulier vindt u op onze website. Vraag de toestemming ten minste 2 maanden voor het verstrijken van de termijn aan. Dan weet u zeker dat uw aanvraag op tijd wordt verwerkt. Voorin deze voorwaarden vindt u waar u de aanvraag naar toe kunt sturen.
Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

PARAMEDISCHE ZORG

Artikel 26. Fysiotherapie en Oefentherapie (restitutie)

Fysiotherapie en oefentherapie is zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Deze zorg omvat:

Jonger dan 18 jaar

- Behandeling van aandoeningen waarvoor een langdurige of chronische behandeling nodig is. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn.
- 9 behandelingen per kalenderjaar voor een aandoening die niet op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie staat. Maximaal 9 extra behandelingen als u nog last heeft van de aandoening: in totaal maximaal 18 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

18 jaar en ouder

Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie

Eenmalig 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.

Oefentherapie bij etalagebenen

Maximaal 37 behandelingen oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut (looptraining) bij perifere arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen) in een periode van maximaal 12 maanden.

Oefentherapie bij artrose heup- of kniegewricht

Maximaal 12 behandelingen oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij artrose van heup- of kniegewricht in een periode van maximaal 12 maanden.

Oefentherapie bij COPD

Oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) GOLD klasse II en hoger.

Oefentherapie bij reumatoïde artritis

Langdurige actieve oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen. Dit betekent dat u niet in staat bent tot of hulp nodig heeft bij normale dagelijkse activiteiten (zoals zelfverzorging, lopen, opstaan en verplaatsingen). Op onze website vindt u welke zorgaanbieders deze oefentherapie mogen geven.

Behandeling van chronische aandoeningen

Behandeling van aandoeningen waarvoor een langdurige of chronische behandeling nodig is. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn. De eerste 20 behandelingen krijgt u niet vergoed.