

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202301953

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar

1. Verloop van de procedure

- 1.1 Verzoekster heeft bij brief van 25 november 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 22 december 2024 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 4 februari 2025 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 5 februari 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 12 maart 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025003163) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is, eveneens op 12 maart 2025, aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 mei 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 13 mei 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 12 maart 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 19 mei 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2023 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZbewust Basis (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Verzoekster heeft op 22 juni 2023 en 11 juli 2023 bij de zorgverzekeraar aanvragen ingediend voor een klinische GGZ-behandeling in Portugal vanwege een alcoholverslaving en depressieve klachten.

2.3. Bij brieven van 29 juni 2023 en 17 juli 2023 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.

2.4. Bij brief van 12 juli 2023 heeft de huisarts over verzoekster verklaard:
"De thuissituatie van [naam verzoekster] is erg poreus. Is in het verleden behandeld i.v.m. verslavingsproblematiek. Haar sociale vangnet is erg klein. Haar depressie en echtscheiding leiden er m.i. toe dat zij klinisch behandeld dient te worden."

Actuele problemen:

12-2015 depressieve klachten

05-2023 alcohol misbruik

medicatie: Citalopram tabl omh 40mg 1 keer per dag 1 tablet."

2.5. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 28 augustus 2023 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

2.6. Verzoekster is opgenomen geweest in Villa Ramadas, Portugal. De kosten hiervan bedragen € 12.500,--.

2.7. Bij brief van 12 maart 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

2.8. Bij brief van 19 mei 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 de zorgverzekeraar de kosten van de klinische GGZ-behandeling bij Villa Ramadas in Portugal volledig dient te vergoeden.

3.2. Verzoekster heeft verklaard dat zij leed aan een verslaving en indien deze onbehandeld zou blijven, dit kon leiden tot de dood. De verslaving was dusdanig dat zij ernstig depressief was geworden. Zij had regelmatig zelfmoordgedachten en kon niet langer bij haar gezin blijven wonen. Haar huisarts en de behandelaren van de kliniek in Portugal zagen de ernst van de situatie in en waren het erover eens dat een ambulante behandeling niet voldoende zou zijn. De klinische behandeling heeft volgens verzoekster haar leven gered. Een familielid heeft haar het geld willen lenen om deze behandeling te betalen.

3.3. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar gevraagd de kosten te vergoeden. Zij is het niet eens met de stelling van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar dat er geen medische noodzaak was voor een klinische behandeling. Zij heeft in dat verband verklaard eind 2021 al ambulante therapie te hebben gevolgd vanwege haar alcoholverslaving. Daarnaast was er nu sprake van ernstige psychische comorbiditeit. Als gezegd, kampte zij ook met een zware depressie en zelfmoordgedachten. Verzoekster heeft van de eerdere ambulante behandeling een behandelovereenkomst overgelegd. Volgens verzoekster is de medisch adviseur van de zorgverzekeraar aan het voorgaande volledig voorbijgegaan. Er is alleen gekeken naar de uitkomsten van het Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie (hierna: de MATE). Een test die zij online heeft ingevuld terwijl zij zwaar onder invloed was. Blijkbaar meent de medisch adviseur van de zorgverzekeraar, op grond hiervan, haar situatie beter te kunnen beoordelen dan de huisarts en de behandelaren van de kliniek.

- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat in de eerste afwijzingsbrief van de ziektekostenverzekeraar staat dat er op verschillende aspecten wordt beoordeeld. De rapporten waarnaar de ziektekostenverzekeraar verwijst heeft zij opgezocht. Het is haar opgevallen dat de ziektekostenverzekeraar verschillende aspecten in de beoordeling heeft overgeslagen. In het rapport wordt duidelijk beschreven dat er richtlijnen zijn. Op pagina 41 van het rapport is beschreven dat naar verschillende onderdelen moet worden gekeken. Nu zij op haar antwoorden van de ingevulde MATE terugkijkt leest zij een hele andere voorstelling van zaken dan daadwerkelijk aan de hand was. Zij heeft de vragen erg neutraal en positief beantwoord. Zij vindt het onredelijk dat de afwijzing, voor haar gevoel vooral, hierop is gebaseerd.
- 3.5. Verder verwijst zij naar de brief van 4 februari 2025, waarop de ziektekostenverzekeraar een toelichting heeft gegeven op de afwijzing.
- Zij is het met een aantal punten in die brief niet eens. In het rapport wordt ook verwezen naar *matched care*, maar daar heeft de ziektekostenverzekeraar het niet over. Zij verwijst hiervoor naar pagina 13 van het rapport. Ook is gesteld dat zij recent geen adequate behandeling heeft gehad voor de alcoholverslaving. Die behandeling heeft volgens haar wel plaatsgevonden. Het was alleen geen behandelaar die door de ziektekostenverzekeraar is goedgekeurd. Verder is gesteld dat uit het dossier blijkt dat er geen sprake was van een depressie. Verzoekster heeft dit betwist en heeft verklaard dat, zoals ook uit het dossier blijkt, zij al 10 jaren anti-depressiva slikt. Dat is volgens haar een vorm van behandeling. Dat de dosering recent voor de klinische behandeling werd opgehoogd tot het maximale niveau betekende op dit punt volgens haar een duidelijk zichtbare verslechtering van haar gezondheid. Er zijn drie specialisten die afzonderlijk van elkaar hebben geadviseerd dat zij moest worden opgenomen voor een klinische behandeling. Er was geen herstel in de huidige omgeving mogelijk. Het irriteert haar vreselijk dat een verzekeringsarts – die haar niet kent – drie specialisten *overruled* en beslist dat zij op grond van de MATE geen aanspraak heeft op vergoeding.
- Zij heeft verder meegedeeld dat de anti-depressiva weliswaar geen behandeling voor de verslaving was, maar dit hangt er wel nauw mee samen. Hieruit volgt wel dat er sprake was van een ernstige comorbiditeit. Ook is geschreven in de laatste brief van de ziektekostenverzekeraar dat geen sprake was van een crisis en van suïcide gedachten. Verzoekster merkt op dat dit een onderwerp is waar men niet makkelijk over praat. Het was voor haar al erg moeilijk om bij haar huisarts te praten over de alcoholverslaving. Zij heeft hem – uit schaamte – nooit durven vertellen dat zij op het punt stond uit het leven te stappen. Maar daarmee is niet gezegd dat de suïcidale gedachten waarmee zij kampte niet zouden spelen.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft in zijn brief van 28 augustus 2023 verklaard dat uit de aangeleverde informatie blijkt dat er (recent) geen sprake is geweest van een adequate ambulante behandeling ten aanzien van de verslaving. Daarnaast blijkt uit de MATE niet van sociale desintegratie, een omstandigheid die een klinische behandeling indiceert.
- 4.2. In zijn brief van 14 december 2023 heeft de zorgverzekeraar het verslag van de medisch adviseur geciteerd:

"Op basis van de informatie blijkt geen sprake van adequate behandeling ten aanzien van verslaving in de afgelopen jaren.

Daarnaast blijkt uit de MATE (op basis van de scores op Beperkingen - Basaal en Negatieve externe invloed) geen sprake van dusdanige sociale desintegratie, welke een klinische opname valideert. Op basis van de geschetste problematiek is er geen medische noodzaak voor een klinische opname.

(...)

Er was geen medische noodzaak voor overleg met behandelaar nodig."

De zorgverzekeraar heeft verschillende stukken, waaronder de MATE, overgelegd.

- 4.3. De zorgverzekeraar heeft in zijn brief van 21 maart 2024, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, toegelicht dat de uitkomsten van de MATE een onafhankelijke weergave zijn van:

- de ernst van de verslaving;
- de ernst van de psychiatrische co-morbiditeit; en
- de ernst van sociale desintegratie.

Uit de MATE blijkt dat bij verzoekster sprake is van verslaving. De mate van de ernst van de psychiatrische co-morbiditeit is 20. De mate van de ernst van sociale desintegratie op beperkingen - basaal en negatieve externe - is normaal (respectievelijk 3 en 0). Op basis hiervan is er volgens de medisch adviseur van de zorgverzekeraar geen medische noodzaak voor intensivering van de behandeling in de vorm van een opname.

De zorgverzekeraar heeft verder gesteld dat uit de aangeleverde informatie blijkt dat in 2015 en 2021 sprake was van een adequate ambulante behandeling ten aanzien van de verslaving. Daarna echter niet meer.

De behandeling in 2021 was onvoldoende ingezet op de behandeling van verslaving. Dit is voor de medisch adviseur reden geweest om te stellen dat er geen sprake is van adequate behandeling ten aanzien van verslaving in de voorgaande jaren.

- 4.4. De zorgverzekeraar heeft in zijn brief van 4 februari 2025, gericht aan de commissie, toegelicht dat door middel van het triage instrument MATE wordt bepaald wat de behandelintensiteit bij verslaving binnen de GGZ moet zijn. Hierbij wordt gekeken naar de ernst van de verslaving, de ernst van comorbide psychopathologie, en de ernst van sociale desintegratie. De triagebeslissing is gebaseerd op een stepped-care benadering, waardoor het belangrijk is om te weten wat de behandelgeschiedenis is van de verzekerde. Eén van de afwijsredenen is dat uit de aangeleverde informatie niet blijkt dat er (recent) een adequate ambulante behandeling ten aanzien van de verslaving heeft plaatsgevonden. Verzoekster is eind 2021 zonder succes ambulant behandeld in verband met haar verslaving. Hierbij doelt zij op een coachingstraject. Dit traject kan echter niet worden gezien als een adequate ambulante behandeling, aangezien dit geen behandeling was door een professional, gespecialiseerd in verslavingszorg. Tevens werd dit coachingstraject niet gegeven door een psycholoog. Het coachingstraject voldoet niet aan de eisen die het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ aan een GGZ-behandeling stelt. Verder blijkt uit de behandelgeschiedenis niet dat verzoekster recent is behandeld door een professional binnen de GGZ voor haar depressie. De zelfmoordgedachten van verzoekster zijn volgens de zorgverzekeraar geen reden haar direct op te nemen. Er wordt namelijk geen acuut gevaar beschreven door de huisarts. De MATE laat geen verhoogde score zien op psychiatrische comorbiditeit. De zorgverzekeraar heeft verder gesteld dat niet duidelijk is waarom een ambulante deeltijdbehandeling geen optie was in het kader van de psychiatrische behandeling.
- 4.5. Voorts heeft de zorgverzekeraar verklaard dat een grote mate van sociale desintegratie - zoals wordt onderschreven door de huisarts en de behandelaren in de kliniek - zou pleiten voor intensivering van de behandeling. Dit betekent echter niet dat er direct opgeschaald diende te worden naar een klinische behandeling.
- 4.6. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de MATE een hulpmiddel is en middels een triagebeslissing de behandelintensiviteit wordt vastgesteld. Die

triagebeslissing is gebaseerd op *stepped care*. Voorafgaand aan de klinische behandeling heeft geen ambulante behandeling voor de verslaving plaatsgevonden. Het Zorginstituut vindt de MATE wel betrouwbaar. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat de MATE een uitgangspunt is, want er is ook gekeken naar de context van verzoekster en het advies van de behandelaren. Als verzoekster hoger had gescoord bij de MATE, dan was intensivering van de behandeling mogelijk geweest. Gelet op het *stepped care*-principe, had verzoekster eerst een deeltijdbehandeling kunnen krijgen. Er zou niet direct zijn overgegaan op een klinische behandeling. Op basis van de informatie in het dossier is het niet navolgbaar waarom de deeltijdbehandeling niet kon plaatsvinden. De huisarts heeft wel verwezen naar een klinische behandeling, en kan dat ook doen, maar een huisarts mag deze vorm van zorg niet indiceren. Een eerdere behandeling voor de alcoholverslaving was een coachingstraject. Het was geen GGZ-behandeling en ook niet aangeboden door een GGZ psycholoog. Dit is ook door het Zorginstituut bevestigd. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft er geen adequate behandeling plaatsgevonden. Daarnaar gevraagd door de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de antidepressiva een behandeling is bij depressie, maar niet is gericht op de behandeling van een verslaving. Volgens de ziektekostenverzekeraar is er weliswaar sprake van comorbiditeit, maar niet dusdanig ernstig dat een deeltijdbehandeling zou moeten worden overgeslagen.

5. Advies Zorginstituut

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

"(...) In het rapport 'Verslavingszorg in beeld; alcohol & drugs' (2014) heeft het Zorginstituut het standpunt ingenomen dat bij de diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit bij verslavingszorg onder meer een screeningsinstrument zoals de MATE of EuropASI dient te worden afgenomen.

Bij verslavingszorg zonder voorafgaande triage is het risico op zowel onder- als overbehandeling groot en daarmee op ongepast gebruik van zorg. Het is dan niet goed mogelijk vast te stellen of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de uitgevoerde behandeling.

Het triageadvies op basis van de MATE (beslisboom) is gebaseerd op een stepped-care benadering. In dat verband is het belangrijk om te weten hoeveel behandelingen iemand reeds heeft gehad. Vervolgens kan diegene aan vier niveaus van zorg worden toegewezen, afhankelijk van het aantal eerdere behandelingen. De vier niveaus zijn: korte ambulante behandeling, ambulante behandeling, deeltijd of klinische behandeling en lange ambulante zorg.

Bij de beoordeling of iemand eerder behandelingen gericht op verslaving heeft gehad, vraagt de MATE alleen naar behandelingen in de afgelopen vijf jaar. Het Zorginstituut beschouwt dat dan ook als een redelijke grens bij de indicatiestelling of iemand (opnieuw) in aanmerking komt voor een ambulante, deeltijd of klinische behandeling.

Verzoekster heeft in de afgelopen vijf jaar geen behandeling gekregen binnen de ggz. De behandeling in 2012 is meer dan tien jaar geleden. Het coachingstraject bij Happy Sober Life in 2021 betreft geen GGZ behandeling. Op de site van Happy Sober Life valt te lezen dat de coach ervaringsdeskundige is, maar er wordt geen BIG-registratie vermeld waaruit blijkt dat zij zelfstandig behandelingen mag uitvoeren binnen de ggz.

De zorgstandaard 'Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving' (2017) stelt: "Behandeling door de S GGZ kan meestal ambulant plaatsvinden. Bij gebleken noodzaak voor

opname is de klinische behandeling ingebed in een ambulant traject. Bij ernstige verslavingsproblematiek, ernstige sociaalmaatschappelijke problematiek en psychische comorbiditeit dient klinische vervolgbehandeling met de patiënt en diens naasten te worden overwogen.”

Verzoekster heeft aangegeven de MATE te hebben ingevuld, terwijl zij zwaar onder invloed was en de zaken te rooskleurig voorstelde. Indien een klinische weging van de antwoorden van verzoekster op de MATE door de psychiater een hogere score had gegeven op de ernst van de psychiatrische comorbiditeit en het item maatschappelijke ontwrichting, zou in dat geval uit het stroomdiagram behorend bij de MATE het advies volgen om een deeltijd of klinische behandeling te doen. De zorgstandaard gaat uit van gepast gebruik van zorg. In het kader van stepped care is het standpunt van verweerder dat in het geval van verzoekster eerst had moeten worden gekozen voor een klinische detox gevolgd door een ambulante deeltijdbehandeling, goed navolgbaar. Verzoekster heeft immers recent geen door een ggz- of verslavingszorgprofessional begeleide afbouwpoeging gedaan, waaruit blijkt dat een ambulante behandeling niet haalbaar of effectief is. Verzoekster was derhalve niet redelijkerwijs aangewezen op een klinische GGZ behandeling.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op een klinische GGZ behandeling. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van deze behandeling ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster is niet redelijkerwijs aangewezen op een klinische GGZ behandeling in Villa Ramadas ggz te Portugal.”

- 5.2. In het definitief advies van 19 mei 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“(…) Uit het verslag 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.”

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 10.1 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 Specialistische Geestelijke Gezondheidszorg en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoekster is naar Portugal gegaan om daar een klinische GGZ-behandeling voor haar alcoholverslaving en depressieve klachten te ondergaan. Het gaat hier om zorg in een andere EU-lidstaat waarop Europese regelgeving van toepassing is, in dit geval de rechtstreeks werkende Verordening (EG) nr. 883/2004. Uit Richtlijn 2011/24/EU (hierna: de Patiëntenrichtlijn) volgt dat - voor zover aan de orde - in het geval geen keuze wordt gemaakt voor een bepaald stelsel, voorrang wordt gegeven aan toepassing van de verordening (overweging 31). Om die reden beoordeelt de commissie ambtshalve of aanspraak bestaat op basis van de Verordening. In artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 is geregeld dat de verzekerde recht heeft op planbare zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat. Voorwaarde is dat de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van zijn verzekeraar. Deze moet toestemming verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan bestaat in beginsel geen aanspraak op grond van de verordening. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05).
- 7.3. In dit geval heeft verzoekster de zorgverzekeraar weliswaar vooraf om toestemming gevraagd, maar zij heeft de beslissing hierop niet afgewacht. Er is niet gebleken van bijzondere omstandigheden waardoor verzoekster de toestemming niet kon afwachten (Elchinov, zaak C-173/09). De verordening vindt daarom geen toepassing en getoetst wordt hierna aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.4. De zorgverzekering biedt dekking voor geneeskundige zorg, zoals bedoeld in artikel 2.4, eerste lid, van het Bzv. Specialistische Geestelijke Gezondheidszorg valt onder de aanspraak op geneeskundige zorg. Om voor verstrekking of vergoeding in aanmerking te komen, moet de verzekerde redelijkerwijs op deze zorg zijn aangewezen. Dit is bepaald in artikel 2.1, derde lid, Bzv. Artikel 1.1. in samenhang met artikel 12 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. In artikel 12 is opgenomen dat vooraf een verwijfsbrief en toestemming van de zorgverzekeraar nodig zijn.
- 7.5. De klinische GGZ-behandeling bij Villa Ramadas heeft inmiddels plaatsgevonden. Verzoekster heeft de kosten hiervan zelf betaald. Zij heeft de zorgverzekeraar gevraagd deze te vergoeden. De commissie is zich bewust van de situatie waarin verzoekster verkeerde voorafgaand aan de behandeling in Portugal. Zij dient echter te beoordelen of verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de door haar ondergane klinische GGZ-behandeling.
- 7.6. De commissie overweegt in dit verband het volgende. In het voorlopig advies van het Zorginstituut van 12 maart 2025 wordt opgemerkt dat bij de beoordeling of iemand eerdere behandelingen gericht op verslaving heeft gehad, de MATE vraagt naar behandelingen in de afgelopen 5 jaren. Verzoekster heeft verklaard dat zij in 2021 al een ambulante behandeling heeft gevolgd en de huisarts en de behandelaren van de kliniek in Portugal haar hebben meegedeeld dat een ambulante behandeling in haar situatie niet meer zou helpen. De zorgverzekeraar heeft onweersproken gesteld dat verzoekster met de ambulante behandeling in 2021 doelt op een coachingstraject en dit traject niet wordt gezien als een adequate ambulante GGZ-behandeling. Het Zorginstituut heeft hierover opgemerkt dat er geen BIG-registratie is vermeld waaruit blijkt dat (door de coach) zelfstandig behandelingen binnen de GGZ mogen worden uitgevoerd. Ook is

verzoekster niet recent binnen de GGZ behandeld voor haar depressie en zelfmoordgedachten. De commissie concludeert daarom met het Zorginstituut dat verzoekster in de voorafgaande vijf jaren geen GGZ-behandeling heeft gehad, gericht op verslaving.

- 7.7. Op grond van de ingevulde MATE is weliswaar sprake van verslaving, maar niet van een medische noodzaak waardoor intensivering van de behandeling, zoals een klinische GGZ-behandeling, nodig was. Verzoekster heeft gesteld dat zij de MATE heeft ingevuld terwijl zij zwaar onder invloed was. Het Zorginstituut heeft daarover opgemerkt dat, indien een klinische weging van de antwoorden van verzoekster op de MATE door de psychiater een hogere score had gegeven op de ernst van de psychiatrische comorbiditeit en het item maatschappelijke ontwrichting, in dat geval uit het stroomdiagram behorend bij de MATE het advies zou volgen voor een deeltijd of klinische behandeling te kiezen. De zorgstandaard gaat uit van gepast gebruik van zorg. In het kader van stepped care is het standpunt van de zorgverzekeraar dat in het geval van verzoekster eerst had moeten worden gekozen voor een klinische detox gevolgd door een ambulante deeltijdbehandeling goed navolgbaar. Verzoekster heeft immers recent geen door een GGZ of verslavingszorgprofessional begeleide afbouwpoeging gedaan, waaruit blijkt dat een ambulante behandeling niet haalbaar of effectief is. Verzoekster was derhalve niet redelijkerwijs aangewezen op een klinische GGZ-behandeling, aldus het Zorginstituut. De commissie ziet in het door verzoekster gestelde, zoals ten aanzien van de comorbiditeit, geen aanleiding van deze conclusie van het Zorginstituut af te wijken. Dit betekent dat zij geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de klinische GGZ-behandeling in Villa Ramadas, Portugal, ten laste van de zorgverzekering.

Slotsom

- 7.1. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 juni 2025,

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

Gaat u voor gecontracteerde multidisciplinaire zorg zoals omschreven in punt 3.2 naar een zorggroep die niet door ons is gecontracteerd, dan bestaat geen recht op vergoeding.

Maakt u geen gebruik van multidisciplinaire zorg of kunt u in uw regio geen gebruikmaken van deze zorg? Dan heeft u recht op zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (punt 1 en 2) en diëtetiek (artikel 29).

Gaat u voor huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg zoals omschreven in punt 1, 2 of 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven.

Gaat u naar een zorgaanbieder anders dan een huisarts of zorggroep waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Dit geldt ook voor onderzoek dat de huisarts voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek). Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 12. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen

1. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen is geneeskundige zorg zoals huisartsen en klinisch psychologen die plegen te bieden. Dit is generalistische geneeskundige zorg gericht op kwetsbare ouderen, mensen met chronische progressieve degeneratieve aandoeningen, niet aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.
 2. Deze zorg omvat ook:
 - a. Dagbehandeling in een groep aan kwetsbare patiënten gericht op het leren omgaan met en het compenseren van beperkingen teneinde de patiënt zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen. U kunt hierbij denken aan ouderen met multiproblematiek, mensen met Parkinson, Korsakov, Multiple Sclerose (MS) of met een verstandelijke beperking
 - b. Dagbehandeling in een groep aan mensen met een lichamelijk handicap of niet-aangeboren hersenletsel
 - c. Dagbehandeling in een groep aan mensen met de ziekte van Huntington
 - d. Zorg aan mensen met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking
- De regiebehandelaar stelt uw behandelplan op en stuurt het multidisciplinaire team aan. In het behandelplan wordt de zorg en het aantal dagdelen zorg in een groep vastgelegd.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Hier kunt u terecht

1. Voor zorg zoals vermeld onder 1: bij een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog), orthopedagoog-generalist of klinisch (neuro)psycholoog.
2. Voor zorg zoals vermeld onder 2: bij een multidisciplinair team onder leiding van een regiebehandelaar. De regiebehandelaar is een specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten. Regiebehandelaar voor een landelijk erkend multidisciplinair zorgprogramma mogen ook zijn een GZ-psycholoog, orthopedagoog-generalist of klinisch (neuro)psycholoog.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 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 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist. Verwijzing voor zorg zoals vermeld onder 2 mag ook plaatsvinden door een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, GZ-psycholoog of orthopedagoog-generalist.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor:

- Dagbehandeling in een groep aan kwetsbare patiënten zoals vermeld onder 2a
- Dagbehandeling in een groep aan mensen met een lichamelijk handicap of niet-aangeboren hersenletsel zoals vermeld onder 2b

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 13. Zorg vanwege overgewicht en obesitas

13.1. Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor verzekerden tot 18 jaar met overgewicht en obesitas

De ketenaanpak zorg en ondersteuning vanwege overgewicht en obesitas is er voor verzekerden tot 18 jaar met een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR wordt bepaald aan de hand van de Zorgstandaard Obesitas. De ketenaanpak omvat in ieder geval begeleiding en coördinatie door een centrale zorgverlener. Een centrale zorgverlener:

- stelt een brede anamnese op
- stelt een plan van aanpak op met kind en gezin en zorgt voor de samenhang in de aanpak, maar behandelt zelf niet
- coördineert de juiste ondersteuning en zorg op het juiste moment door de juiste professional voor het kind en het gezin
- zet in op het versterken van het zelfmanagement van het kind en het gezin, zodat zij steeds meer zelfstandig in staat zijn om een duurzame gedragsverandering te realiseren.

Een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) voor verzekerden tot 18 jaar maakt onderdeel uit van de ketenaanpak. Een GLI is een erkend zorgprogramma over gezonde voeding, eetgewoontes en meer bewegen om een gezonde leefstijl te verwerven en te behouden. Eventueel kunnen psychologische interventies op maat ter ondersteuning van de gedragsverandering onderdeel zijn van het zorgprogramma.

De ketenaanpak kan in zijn geheel maximaal 3,5 jaar duren. De 3,5 jaar is inclusief een mogelijke tussenperiode van 6 maanden waarin activiteiten in het sociale of publieke domein plaatsvinden. De tussenperiode kan in overleg met ons worden verlengd als dit een wezenlijke bijdrage kan leveren aan het bereiken van het doel van het zorgplan.

Een GLI duurt 24 aaneengesloten maanden. U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor (begeleiding bij) het bewegen.

Dit is niet verzekerd

Maakt een GLI geen onderdeel uit van het plan van aanpak? Dan komen de kosten voor de coördinatie door een centrale zorgverlener niet ten laste van de zorgverzekering.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

1. Voor de begeleiding en coördinatie door een centrale zorgverlener: bij een hbo- jeugdverpleegkundige werkzaam bij de Jeugdgezondheidszorg
2. Voor een erkende gecombineerde leefstijlinterventie: bij een erkende kinderleefstijlcoach. Op onze website vindt u de erkende gecombineerde leefstijlinterventies en kinderleefstijlcoaches.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 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 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, kinderarts, jeugdarts of hbo-jeugdverpleegkundige.

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De VGZbewuZt Basis is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook 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

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Wij hebben voor een aantal hulpmiddelen (zie artikel 36 Hulpmiddelen en verbandmiddelen) en taxivervoer (zie artikel 38 Ambulance en ziekenvervoer) met een select aantal (zorg)aanbieders contracten gesloten. 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.

Soms maken wij met zorgaanbieders afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder mag leveren: een volumeafpraak of een omzetplafond (voor bepaalde vormen van zorg). Meer informatie leest u op onze website. In de Zorgzoeker vindt u met welke zorgaanbieders voor welke zorg wij een afspraak hebben gemaakt over de hoeveelheid zorg. Kunt u door een volumeafpraak of een omzetplafond niet terecht bij een zorgaanbieder? Neem dan contact op met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Wij zorgen ervoor dat u terecht kunt bij een andere zorgaanbieder.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

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 verslapte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en 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.

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.