

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202401687

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker.

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 15 maart 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 18 maart 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 21 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 27 mei 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. De brief van 10 juli 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025012789) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft bij die gelegenheid nader onderzoek geadviseerd. Een kopie van voornoemd advies is op 11 juli 2025 aan partijen gestuurd. Hierbij is verzoeker gevraagd het geadviseerde nader onderzoek te verrichten. Op 12 juli 2025 heeft verzoeker gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 14 juli 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Bij brief van 16 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd. Een afschrift hiervan is op 17 juli 2025 aan verzoeker en het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 23 september 2025 heeft het Zorginstituut een nader voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 26 september 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 november 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 17 november 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het nader voorlopig advies van 23 september 2025 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie een vraag gesteld. Bij brief van 1 december 2025 heeft het Zorginstituut deze vraag beantwoord en een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 2 december 2025 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Op 6 januari 2026 heeft verzoeker gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 12 januari 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Van de ziektekostenverzekeraar heeft de commissie geen reactie ontvangen.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de VvAA Zorgverzekering Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VvAA Tandplus B (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Op 21 augustus 2023 heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een behandeltraject bij The Cabin in Thailand vanwege verslavingsproblematiek, bestaande uit een klinische detoxificatie en dagbehandeling. Bij brief van 28 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker om aanvullende informatie gevraagd.
- 2.3. Bij e-mailbericht van 1 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 7 september 2023 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 19 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. In de periode van 27 september 2023 tot 17 oktober 2023 heeft verzoeker een klinische detoxificatie ondergaan in Thailand. Aansluitend heeft daar een klinische behandeling plaatsgevonden.
- 2.6. Op 22 mei 2024 heeft verzoeker een klacht bij de ziektekostenverzekeraar ingediend en nogmaals gevraagd om heroverweging van de afwijzende beslissing. Bij brief van 28 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn standpunt niet wijzigt.
- 2.7. Bij brief van 10 juli 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.8. Bij brief van 23 september 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht.
- 2.9. Bij brief van 1 december 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de klinische detoxificatie in Thailand te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Bij klachtenformulier van 16 september 2024 heeft verzoeker toegelicht dat hij eind 2014 voor het eerst, na ambulante behandelingen, met toestemming van de ziektekostenverzekeraar een maand opgenomen is geweest in een verslavingskliniek in Nederland. Dit werd destijds geregeld door een alcoholconsulent en ervaringsdeskundige. Vanaf 2021 kampte verzoeker wederom met een ernstige alcoholverslaving. In de zomer van 2023 leidde deze problematiek tot een onhoudbare situatie en heeft hij zich opnieuw tot de alcoholconsulent gewend voor een klinische behandeling. Aan verzoeker werd toen de kliniek in Thailand geadviseerd, omdat de behandelgroepen daar kleiner zijn en verzoeker last heeft van een sociale angststoornis. Op 12 augustus 2023 heeft verzoeker een online intake gedaan en kon hij direct naar Thailand komen. Vervolgens is de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Dit liep de nodige vertraging op, omdat in eerste instantie, tijdens telefonisch contacten op 4 juli 2023 en 11 augustus 2023, door de ziektekostenverzekeraar werd gezegd dat een verwijzing van de huisarts

voldoende was. Ook werd een verkeerd e-mailadres opgegeven. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor de behandeling in Thailand op 1 september 2023 afgewezen.

- 3.3. Aangezien deze behandeling veel geld kost, en de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt stelde dat de behandelindicatie door een BIG-geregistreerde regiebehandelaar diende te geschieden, heeft verzoeker op 12 september 2023 een intake gedaan bij een reguliere aanbieder voor verslavingszorg in Nederland. Naar aanleiding van die intake werd een klinische detoxificatie en aansluitend intensieve dagbehandeling voorgesteld. Hiervoor is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend en op 3 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar toestemming gegeven.

In de periode tussen het indienen van de tweede aanvraag en de beslissing hierop door de ziektekostenverzekeraar liep de situatie van verzoeker steeds verder uit de hand. Door doorlopend alcoholgebruik, en toenemende angst alles onder ogen te moeten zien, deed hij steeds vaker suïcidale uitspraken. Door zijn beroep als apotheker heeft verzoeker kennis over en toegang tot geneesmiddelen. Dit zorgde voor de angst dat hij zich in een impulsief moment van het leven zou beroven. Verzoeker heeft de toestemming op de aanvraag voor behandeling bij de reguliere aanbieder voor verslavingszorg in Nederland daarom niet afgewacht en is op 26 september 2023 naar Thailand gegaan.

- 3.4. Voorafgaand aan zijn vertrek naar Thailand had verzoeker geen vertrouwen meer in de ziektekostenverzekeraar. De handelwijze van de ziektekostenverzekeraar had immers eerder al tot een aantal weken vertraging geleid. De MATE en de verklaringen waaruit de ernst van de alcoholproblematiek bleek, werden door de ziektekostenverzekeraar ter zijde geschoven. De ziektekostenverzekeraar trok alles in twijfel.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar stelt ten onrechte dat de kliniek in Thailand geen deskundig behandelinstituut is. Zo vergoedt een andere zorgverzekeraar de kosten van de behandeling aldaar wel. Tijdens zijn verblijf in Thailand werd verzoeker tegelijk behandeld met een Nederlandse vrouw, die 70% vergoeding kreeg voor de kosten van de behandeling. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, is er in het geval van verzoeker een intake gedaan door een psycholoog en is een persoonlijk behandelplan opgesteld, waarbij suïcidaliteit als belangrijkste reden voor de klinische detoxificatie wordt genoemd. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar ten onrechte gesteld dat de huisarts een klinische behandeling niet nodig vond. Hierover heeft de huisarts namelijk geen uitspraak gedaan. De huisarts heeft de reguliere aanbieder van verslavingszorg in Nederland om advies gevraagd over de situatie van verzoeker.

In het kader van stepped care geldt dat verzoeker eind september 2021 weer naar de klinisch psycholoog is gegaan die hem in het verleden heeft behandeld. Ook bij de intake op 12 september 2023 kwam stepped care aan de orde. Hierbij werd duidelijk dat ambulante behandeling niet langer voldoende was, en dat de noodzakelijke volgende stap een klinische detoxificatie met intensieve dagbehandeling moest zijn. Verzoeker is hiervoor naar Thailand gegaan. Terug in Nederland is hij weer AA-meetings gaan bezoeken, online meetings van de kliniek in Thailand gaan volgen, en heeft hij zich aangemeld voor groeps- en individuele behandelingen in Nederland. Hierdoor gaat het inmiddels goed met verzoeker. Door de behandeling in Thailand is hij goed geholpen. Als verzoeker had moeten wachten op behandeling in Nederland was dat te laat geweest.

- 3.6. Bij brief van 15 maart 2025 heeft verzoeker gesteld dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte een medisch-inhoudelijke beoordeling weigert. Op 26 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar als afwijsggrond het ontbreken van voorafgaande toestemming genoemd en heeft hij verklaard dat er geen notities van telefoongesprekken beschikbaar zijn. De ziektekostenverzekeraar verwijst hierbij echter naar een bijlage waaruit blijkt dat er meerdere malen contact is geweest tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar. Zo is er op 4 juli 2023

en 11 augustus 2023 telefonisch contact geweest en op 24 augustus 2023 is via de chat gesproken over de miscommunicatie met betrekking tot welke informatie er diende te worden aangeleverd. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij het betreurt dat in het eerste gesprek verkeerde informatie is gegeven. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag niet op medisch-inhoudelijke gronden beoordeeld, ondanks dat hierom door verzoeker nadrukkelijk is gevraagd.

De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verwezen naar een bindend advies van de commissie en een uitspraak van de rechtbank Gelderland. Deze zaken zijn evenwel niet vergelijkbaar met de situatie van verzoeker. In de eerste casus was, naast het ontbreken van voorafgaande toestemming, geen verwijzing van de huisarts of een medisch specialist aanwezig. In de casus van de rechtbank Gelderland ging het om een situatie waarin geen voorafgaande toestemming was gevraagd voor behandeling in een niet-gecontracteerde kliniek. Verzoeker heeft daarentegen wel toestemming verzocht en hij beschikt ook over toestemming van de ziektekostenverzekeraar voor een klinische detoxificatie in Nederland. Hiermee is voldaan aan het toestemmingsvereiste. Verder herhaalt verzoeker dat de situatie ernstig was en dat er geen andere mogelijkheden waren dan een klinische behandeling.

Verzoeker heeft hierbij toegelicht dat hij een klinische behandeling lang heeft geweigerd. Hij wilde zijn problematiek zelf oplossen. Op 12 augustus 2023 is hij akkoord gegaan met een intake bij de kliniek in Thailand. Op dat moment was al sprake van suïcidaliteit en een onhoudbare thuissituatie. Verzoeker moest evenwel nog wachten op de toestemming van de ziektekostenverzekeraar. Na diens afwijzing van 1 september 2023 heeft verzoeker zich, als gezegd, tot een Nederlandse zorgaanbieder gewend voor een intake. Hier werd een klinische detoxificatie gevolgd door intensieve dagbehandeling geïndiceerd. Echter, de toestemming van de ziektekostenverzekeraar en een opnameplek moesten toen nog worden geregeld. Dit nam drie tot vier weken in beslag. Verzoeker heeft meerdere malen contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar over welke informatie nodig was in het kader van een aanvraag voor een klinische behandeling. Als hij op 11 augustus 2023 meteen de juiste informatie had ontvangen van de ziektekostenverzekeraar, was er minder tijd verloren gegaan. Verzoeker had dan medio september 2023 kunnen worden opgenomen bij een Nederlandse kliniek. Door de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar moest verzoeker echter nog enkele weken wachten, terwijl zijn thuissituatie onhoudbaar was en hij steeds meer suïcidaal werd. Langer wachten was voor hem niet mogelijk.

- 3.7. Aangezien een BIG-geregistreerde regiebehandelaar volgens LKS-GGZ de indicatie heeft gesteld voor een klinische detoxificatie van twee weken, gevolgd door intensieve dagbehandeling in Nederland, en verzoeker uiteindelijk deze detoxificatie heeft gekregen bij een erkende kliniek in het buitenland, is het niet redelijk en billijk de kosten hiervan niet te vergoeden. Vanwege de acute situatie heeft verzoeker voor een ander, erkend behandelinstituut gekozen. Hierbij moet worden meegewogen dat die acute situatie mede is ontstaan door de vertraging die werd veroorzaakt doordat de ziektekostenverzekeraar verkeerde informatie gaf.
- 3.8. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat er verschillende stukken aan de ziektekostenverzekeraar zijn gestuurd om verslavingszorg aan te vragen. Vervolgens heeft er miscommunicatie plaatsgevonden. In de jaren vóór 2023 is voornamelijk hulp gezocht bij alcoholconsulenten en psychologen in de vrije sector. Dit hielp onvoldoende. Er was meer hulp nodig, maar dat kon verzoeker zelf niet betalen. Er hebben twee telefoongesprekken met de ziektekostenverzekeraar plaatsgevonden, namelijk op 4 juli 2023 en 11 augustus 2023, om de aanvraag voor te bereiden. De ziektekostenverzekeraar ontkent niet dat er telefonisch contact is geweest, maar hij beschikt niet meer over gespreksnotities. In die telefoongesprekken heeft de ziektekostenverzekeraar nooit gesproken over de voorwaarde dat de indicatie moet worden gesteld door een behandelaar met een BIG-registratie. In het geval van verzoeker is het geregeld via een alcoholconsulent zonder BIG-registratie, zoals ook in 2014 is gebeurd. De ziektekostenverzekeraar heeft de eis tot twee keer toe niet genoemd. Ook in het e-mailbericht van 24 augustus 2023 stond niets over een BIG-geregistreerde behandelaar. Pas op 1 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar dit

laten weten. Vervolgens is een intake geregeld bij Spoor 6. Als de ziektekostenverzekeraar verzoeker eerder had geïnformeerd over deze voorwaarde, was er minder vertraging geweest. Bij Spoor 6 is een indicatie gesteld voor klinische detoxificatie en dagbehandeling. Volgens de ziektekostenverzekeraar betrof dit een wezenlijk ander behandeltraject dan het traject in Thailand, maar het ging in beide gevallen om klinische detoxificatie en dagbehandeling. De dagbehandeling in Thailand was ook klinisch. Verzoeker was bereid de kosten van de dagbehandeling zelf te betalen. Liever had hij de behandeling in Nederland afgewacht, in plaats van naar Thailand te vertrekken. Voor verslavingszorg in Nederland moest hij echter een aantal weken wachten en dat was niet mogelijk.

Verzoeker is ervan uitgegaan dat de indicatie voor de klinische detoxificatie in Nederland voldoende was om aanspraak te kunnen maken op een klinische detoxificatie in Thailand. Dit was geen zekerheid en verzoeker heeft het risico genomen. Het geschil gaat uitsluitend over de vergoeding van de kosten van de klinische detoxificatie. Het Zorginstituut kan blijkbaar niet beoordelen of er een verzekeringsindicatie bestond voor klinische detoxificatie. Echter, er is hiervoor een indicatie gesteld door Spoor 6, en wel door een GGZ-regiebehandelaar, een klinisch psycholoog en een verslavingsarts. De situatie van verzoeker was volgens hen ernstig genoeg dat een behandeling moest plaatsvinden. Hiermee zou voldoende duidelijk moeten zijn dat er een indicatie was voor klinische detoxificatie. Het Zorginstituut zou de indicatiestelling van Spoor 6 kunnen overnemen. Spoor 6 voldoet immers aan de geldende richtlijnen.

Spoor 6 heeft toestemming aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd. Die toestemming is ook gegeven, zoals blijkt uit het e-mailbericht van 7 oktober 2023. Het intakeformulier en de afsprakenkaarten van Spoor 6 maken geen deel uit van het dossier. Belangrijk is dat de ziektekostenverzekeraar toestemming heeft gegeven aan Spoor 6. Deze informatie had het Zorginstituut moeten meenemen in zijn beoordeling.

Uit de stellingen van de ziektekostenverzekeraar kan worden opgemaakt dat zijn toestemming voor klinische detoxificatie mogelijk niet nodig was, omdat dit zou worden geregeld via een gecontracteerde zorgaanbieder. Bij Spoor 6 zijn twee intakes geweest. De intake voor de dagbehandeling is gedaan door een klinisch psycholoog, die voor de klinische detoxificatie door een verslavingsarts. Deze verslavingsarts heeft een indicatie gesteld voor een klinische detoxificatie van twee weken. Deze informatie is blijkbaar niet bij de ziektekostenverzekeraar terecht gekomen, omdat dit niet hoeft.

Verder is de behandeling in Thailand waarschijnlijk niet anders dan die in Nederland. Een klinische detoxificatie is een klinische detoxificatie. Daarnaast betreft het een erkend instituut. Volgens het Zorginstituut gaat het onder meer om de vraag of de genoten zorg deel uitmaakt van het basispakket. Dit is het geval, want anders zouden andere zorgverzekeraars de zorg van deze zorgaanbieder niet vergoeden. Vervolgens moet worden beoordeeld of de zorg in het individuele geval is geïndiceerd. Dat is bij verzoeker ook gebeurd in Nederland, namelijk door de verslavingsarts bij Spoor 6. Het enige verschil is dat de zorg is afgenomen in een ander land. Dit is gedaan vanwege de druk die verzoeker voelde.

- 3.9. Bij e-mailbericht van 5 januari 2026 heeft verzoeker verklaard dat hij wist dat geen toestemming was gegeven voor klinische behandeling in het buitenland, maar dat hij niet anders kon. Verzoeker werd steeds meer suïcidaal. Dit blijkt onder meer uit verschillende Whatsappgesprekken en een door hem overgelegde audio-opname van een gesprek op 23 september 2023. In dit gesprek geeft verzoeker op meerdere momenten aan dat hij het leven zat is en er over een week niet meer is.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op de zorg die de zorgaanbieder in Thailand aan verzoeker heeft verleend. Ter onderbouwing hiervan heeft hij toegelicht dat in de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald wanneer aanspraak bestaat op vergoeding van klinische geestelijke gezondheidszorg. Deze voorwaarden zijn gebaseerd op de toepasselijke wet- en regelgeving. In de verzekeringsvoorwaarden zijn ook bepalingen

opgenomen over de indicatiestelling, waar de zorg mag worden geleverd, en dat er een toestemmingsvereiste geldt voor zorg die wordt afgenomen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dat laatste is hier aan de orde.

Om aanspraak te kunnen maken op de in Thailand genoten zorg moet sprake zijn van zorg (i) zoals de beroepsgroep die pleegt te bieden, (ii) die voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en (iii) waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Zorg die ‘pleegt te worden geboden’ betreft – kort gesteld - zorg die de beroepsgroep van de in de regelgeving genoemde zorgverlener rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg en die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. In de regel kan aan de hand van de richtlijnen en de standaarden van de beroepsgroep worden vastgesteld of sprake is van zorg zoals de beroepsgroep die ‘pleegt te bieden’. Genoemde documenten kunnen in voorkomend geval ook dienen om na te gaan wanneer/of sprake is van zorgverlening op ‘professioneel juiste wijze’.

Met de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden. Voor geestelijke gezondheidszorg geldt dat vaak goede randomized controlled trials – dan wel andere onderzoeken van hoge methodologische kwaliteit – ontbreken. Om die reden wordt er voor de beoordeling van de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ met name gebruik gemaakt van nationale en internationale standaarden, richtlijnen, gecertificeerde documenten van de beroepsgroep, en relevante regelgeving en jurisprudentie.

Als aan deze twee criteria is voldaan, is de zorg aan te merken als verzekerde prestatie en dient vervolgens te worden getoetst of een individuele verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op de prestatie. Dit betekent dat er een koppeling moet zijn tussen de zorgbehoefte (medische indicatie) en de zorg die wordt geleverd. Het gaat daarbij om de vraag of in het individuele geval de verlangde zorg het aangewezen middel is om in het gezondheidstekort van de verzekerde te voorzien.

- 4.2. Uit de door de ziektekostenverzekeraar ontvangen aanvraag blijkt niet welke regiebehandelaar in het geval van verzoeker de indicatie heeft gesteld en op welke wijze die indicatie tot stand is gekomen. Dit terwijl wel is vereist dat een regiebehandelaar – als benoemd in de voorwaarden van de zorgverzekering - die indicatie stelt. Verder geldt dat in de GGZ Standaard problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving expliciet is vermeld:

“Alle richtlijnen in de gespecialiseerde ggz op het gebied van verslaving benadrukken het belang van het gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten voor diagnostiek. De (verkorte) MATE (Measurement of Addiction for Triage and Evaluation) is in Nederland het meest gangbaar samen met de European Addiction Severity Index (Europ-ASI). De lijsten moeten met een voor de patiënt en de zorgverlener duidelijk doel worden gebruikt.”

Nu uit het dossier niet blijkt of en welke regiebehandelaar een indicatie heeft gesteld bij verzoeker, en daarnaast niet is komen vast te staan dat deze indicatie overeenkomstig het triage-instrument MATE of Europ-ASI is gesteld, geldt dat de indicatiestelling niet heeft plaatsgevonden volgens de normen die de beroepsgroep hierbij hanteert. Daarmee wordt niet voldaan aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 4.3. Verder is in het geval van verzoeker een “standaard” behandelplan aangeleverd, dat in principe van toepassing kan zijn op iedere patiënt met een alcoholverslaving. Dit terwijl hierover in voornoemde GGZ Standaard is vermeld:

“De doelen van de patiënt leiden tot het individuele zorgplan, dat beoogt de gezondheid van de patiënt te verbeteren. Het zorgplan beschrijft onder meer de zorgvraag, de oorzaken van de ervaren beperkingen, de persoonlijke behandeldoelen en (maatschappelijke) hersteldoelen en behandelinterventies. Het zorgplan beschrijft wie welke rol oppakt en bevat een duidelijk

omschreven stappenplan met zicht op de toekomst. Het tempo, de herstelfase en de persoonlijke beleving van de patiënt zijn zoveel mogelijk leidend”.

Het Zorginstituut heeft eerder geoordeeld (SKGZ202201043) dat een ‘standaard’ behandelplan niet is aan te merken als een individueel zorgplan en dat daaruit dus niet is af te leiden of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de geïndiceerde zorg.

Verder geldt dat vanuit de individuele behandeldoelen en het individuele behandelplan tevens kan worden beoordeeld of er sprake is van het ‘matched care’ principe (‘niet minder zorg dan noodzakelijk en niet meer zorg dan nodig en gewenst’), dat wordt aangehaald in de verslavingsrichtlijnen. De ziektekostenverzekeraar heeft opgemerkt dat noch uit het behandelplan noch uit andere informatie in het dossier is gebleken dat aan dit principe is voldaan. Daarbij heeft hij in het bijzonder aangetekend dat verzoeker ten tijde van de aanvraag niet onder behandeling leek te zijn voor zijn verslaving. Ook is op geen enkele wijze onderbouwd waarom een minder ingrijpend (ambulant) traject niet tot de mogelijkheden zou kunnen behoren. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar erop gewezen dat verzoeker zich op 12 september 2023 – en daarmee voorafgaand aan de opname in Thailand – nog heeft gewend tot Spoor 6. Deze zorgaanbieder heeft hierna een aanvraag ingediend voor een wezenlijk ander behandeltraject, waarvoor de ziektekostenverzekeraar toestemming heeft verleend. Verzoeker had in de tussentijd evenwel besloten toch in zorg te gaan bij de zorgaanbieder in Thailand. Dit terwijl hij wist dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag hiervoor reeds had afgewezen op 1 september 2023 én op 19 september 2023 – na heroverweging – de afwijzende beslissing was gehandhaafd.

- 4.4. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat niet is gebleken van een acute situatie, of ‘spoed’ waardoor direct ingrijpen noodzakelijk was. Dit volgt in ieder geval niet uit de verwijzing van de huisarts, of uit de aanvraag van de Thaise of Nederlandse zorgaanbieder. Evenmin blijkt dit uit het handelen van verzoeker.
- 4.5. Bij e-mailbericht van 24 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat voor verslavingszorg en klinische zorg buiten Nederland een toestemmingsvereiste geldt. Dit betekent dat verzoeker voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig had voor de behandeling in Thailand. Bij e-mailbericht van 28 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat verzoeker ervoor heeft gekozen de opname in Thailand te laten plaatsvinden zonder zijn toestemming. Over het toestemmingsvereiste heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 6 december 2024 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen verklaard dat een zorgverzekeraar in zijn verzekeringsvoorwaarden mag opnemen voor welke vormen van zorg de verzekerde vooraf toestemming moet vragen. Dit volgt uit artikel 14, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij verwezen naar de Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet. Hiermee is de juridische grondslag voor het toestemmingsvereiste gegeven volgens de ziektekostenverzekeraar, en hierbij is niet slechts sprake van een ‘formaliteit’, maar van een voorwaarde waaraan moet zijn voldaan om aanspraak te kunnen maken op vergoeding van zorg. De commissie heeft ten aanzien van het toestemmingsvereiste in bindende adviezen van 20 september 2023 (SKGZ202201947) en 6 december 2023 (SKGZ202300012) een gelijkluidend standpunt ingenomen, dat overigens ook in de civiele rechtspraak wordt ingenomen, zoals bevestigd door de rechtbank Gelderland (ECLI:NL:RBGEL:2024:5983). Hierbij is specifiek uiteengezet dat de aanwezigheid van een medische indicatie voor de zorg niet betekent dat voorbij kan worden gegaan aan het toestemmingsvereiste. Dat geldt overigens ook voor de gevallen waarin wél tijdig toestemming is gevraagd, maar deze toestemming niet wordt afgewacht.
- 4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat in eerste instantie niet duidelijk was door wie de intake was gedaan en de indicatie was gesteld. In de procedure bij de commissie is de MATE overgelegd. Deze MATE is ingevuld door een ervaringsdeskundige zonder GGZ-kwalificaties, en die niet bevoegd is een indicatie te stellen. Aan deze indicatiestelling kan dus geen waarde worden gehecht. Verder is er een ‘standaard’ behandelplan overgelegd, terwijl het de bedoeling is dat een behandelplan op de individuele verzekerde is toegespitst. Ook is niet

aangetoond dat is voldaan aan het vereiste van matched care. Er is niet inzichtelijk gemaakt waarom verzoeker niet kon worden behandeld met ambulante zorg.

De ziektekostenverzekeraar heeft voorts geen goedkeuring gegeven voor een klinische detoxificatie in Nederland bij Spoor 6. Hij heeft niet beoordeeld of verzoeker aanspraak had op een klinische detoxificatie. De ziektekostenverzekeraar heeft een aanvraag met behandelplan ontvangen van Spoor 6 voor ambulante dagbehandeling van tien dagen. Die aanvraag heeft hij goedgekeurd. Blijkbaar vond Spoor 6 een klinische detoxificatie een goed idee, maar dit is niet aangevraagd. Dat goedkeurig is gegeven voor ambulante dagbehandeling is gecommuniceerd aan Spoor 6 en aan verzoeker. Een klinische detoxificatie kan een afzonderlijk traject zijn en hiervoor kan dan een aparte aanvraag worden ingediend. Een gecontracteerde zorgaanbieder hoeft hiervoor geen goedkeuring te vragen bij de ziektekostenverzekeraar. Spoor 6 is echter geen gecontracteerde zorgaanbieder en levert deze zorg ook niet. De zorg wordt namelijk geleverd door Julianaoord. Dit is een locatie van GGZ-Centraal. GGZ-Centraal is een gecontracteerde zorgaanbieder. De indicatie zou moeten worden gesteld door Julianaoord, maar nadat verzoeker zich tot de Thaise zorgaanbieder heeft gewend, is dit niet gebeurd.

Voor elke vorm van zorg moet de indicatie worden gesteld door iemand met een zorgopleiding. Dit geldt voor zowel de klinische detoxificatie als het gehele behandeltraject. In het geval van verzoeker is niet bekend welke zorgverlener bij de Thaise zorgaanbieder de indicatie heeft gesteld. Voor de aanspraak op klinische detoxificatie moet worden gekeken naar het kader dat daarvoor geldt. De ziektekostenverzekeraar heeft geen informatie waaruit blijkt dat dit is gebeurd.

Bij zorg in het buitenland houdt de ziektekostenverzekeraar niet vast aan de verplichting van een BIG-registratie, maar het moet wel gaan om een zorgverlener die qua opleiding gelijk is aan iemand met een BIG-registratie in Nederland. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om een gespecialiseerde psycholoog.

Aangezien de indicatie voor de klinische detoxificatie is gesteld door iemand die daartoe niet bevoegd was, kan daaraan geen waarde worden gehecht.

Klinische GGZ-zorg maakt deel uit van het basispakket. De vraag is alleen of dat ook geldt voor de door verzoeker in Thailand genoten zorg. Mogelijk hebben andere zorgverzekeraars een contract met de Thaise zorgaanbieder of gelden er andere voorwaarden. Op basis van de beschikbare informatie kan de ziektekostenverzekeraar niet beoordelen of de daar genoten zorg verzekerde zorg betrof.

De stelling van verzoeker, dat de ziektekostenverzekeraar hem pas laat heeft geïnformeerd over de voorwaarde dat de indicatie moet worden gesteld door een BIG-geregistreerde zorgverlener, kan de ziektekostenverzekeraar niet volgen. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn standpunt op 1 en 19 september 2023 aan verzoeker meegedeeld. Verzoeker is op 23 september 2023 naar Thailand vertrokken. Hij was hier dus tijdig mee bekend. Er was goedkeuring gegeven voor een ander behandeltraject in Nederland.

Verder geldt dat er geen wachtlijsten zijn in geval van een medische crisis. Dit is iets anders dan het gevoel dat sprake is van een medische crisis.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 10 juli 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het beschikbare dossier bevat onvoldoende informatie om te beoordelen of verzoeker voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden voor klinische verslavingszorg. In het rapport ‘Verslavingszorg in beeld; alcohol & drugs’ heeft het Zorginstituut het standpunt ingenomen dat bij de diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit bij verslavingszorg een screeningsinstrument zoals de MATE of EuropASI dient te worden afgenomen. Zonder het afnemen van een

screeningsinstrument is het niet goed mogelijk om vast te stellen of een cliënt redelijkerwijs is aangewezen op de uitgevoerde behandeling. Uit de beschikbare informatie blijkt dat bij verzoeker de MATE is afgenomen in het kader van de behandeling in Thailand, maar het feitelijke document ontbreekt in het dossier.

Nader onderzoek

Het dossier bevat onvoldoende informatie om te beoordelen of verzoeker voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden voor klinische verslavingszorg in het buitenland ter behandeling van verslavingsproblematiek. Om te kunnen beoordelen of verzoeker voldoet aan de gestelde voorwaarden dient informatie aan het dossier toegevoegd te worden met betrekking tot het volgende:

- De bij verzoeker afgenomen MATE in het kader van de gevolgde behandeling bij The Cabin in Thailand.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande.”

- 5.2. In het nader voorlopig advies van 23 september 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Inperking omvang geschil

Het Zorginstituut heeft ten tijde van het uitbrengen van het advies tot nader onderzoek niet opgemerkt dat het geschil zich gedurende de ombudsfase bij de SKGZ heeft beperkt tot de uitgevoerde klinische detoxificatie, zo blijkt uit de brieven van de SKGZ aan verzoeker, gedateerd op 7 november en 17 december 2024. Ook in het verzoek tot bindend advies vraagt verzoeker expliciet om vergoeding van de klinische detoxificatie. Het Zorginstituut zal in dit voorlopig advies dan ook nader ingaan op de vraag of verzoeker aangewezen was op een klinische detoxificatie.

Indicatie klinische detoxificatie

Naar het oordeel van het Zorginstituut kunnen klinische detoxificatie en een verslavingsbehandeling los van elkaar worden beoordeeld, omdat de behandelingen aan de hand van verschillende indicatiecriteria worden getoetst. Uit de geldende richtlijn Problematisch alcoholgebruik blijkt dat er voor de beoordeling van een klinische detoxificatie bij alcoholverslaving aan de hand van patiëntkenmerken dient te worden overwogen of een ambulante of klinische detoxificatie passend is. Enkele patiëntkenmerken voor het overwegen van een klinische detoxificatie zijn het niet succesvol afronden van een eerdere ambulante detoxificatie, ernstige somatische en/of psychiatrische comorbiditeit, aanzienlijke sociale problemen, een hoge leeftijd en een slechte lichamelijke conditie.

Beoordeling door zorgverzekeraar

Verweerder heeft de aangevraagde behandeling in zijn geheel beoordeeld. Dat blijkt uit de brief van verweerder van 26 november 2024. Bij de beoordeling heeft verweerder geen rekening gehouden met de aparte indicatiecriteria voor klinische detoxificatie. Het is in eerste instantie aan verweerder om te beoordelen of verzoeker een indicatie heeft voor een klinische detoxificatie.

Verweerder voert ook aan dat verzoeker geen voorafgaande toestemming heeft gekregen voor de behandeling. Volgens verweerder is dit voldoende reden om de aanvraag af te wijzen. Wanneer verweerder de aanvraag enkel op deze grond afwijst heeft het Zorginstituut geen adviestaak in het geschil.

Beoordeling door Zorginstituut

Het Zorginstituut merkt ten overvloede op dat uit het beschikba[re] dossier onvoldoende duidelijk wordt welke patiëntkenmerken aanwezig zijn bij verzoeker. Het Zorginstituut kan op basis van het beschikbare dossier dan ook niet beoordelen of verzoeker een (verzekerings)indicatie heeft voor een klinische detoxificatie.

Conclusie

Het Zorginstituut kan op basis van de beschikbare informatie geen advies uitbrengen. Daarnaast is het eerst aan verweerder om de indicatie inhoudelijk te beoordelen. Als verweerder alleen afwijst op grond van het ontbreken van toestemming, heeft het Zorginstituut geen adviestaak in dit geschil.

Het advies

Het Zorginstituut brengt op basis van de beschikbare informatie in het dossier geen advies uit.”

- 5.3. In het definitief advies van 1 december 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting ontvangen.

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.

Het Zorginstituut merkt op dat het in eerste instantie aan verweerder is om te beoordelen of verzoeker een indicatie heeft voor een klinische detoxificatie. Uit de brief van verweerder van 26 november 2024 en de brief van de SKGZ van 17 december 2025 blijkt dat verweerder niet bereid was tot een inhoudelijke beoordeling en zich beriep op de formele afwijzingsgrond van het toestemmingsvereiste. Ook uit het hoorzittingsverslag blijkt dat verweerder geen inhoudelijke beoordeling heeft gedaan en wordt bevestigd dat de aanvraag op formele gronden is afgewezen. Het is niet aan het Zorginstituut om de eerste inhoudelijke beoordeling te doen.

Daarnaast kan het Zorginstituut, zoals in het voorlopig advies aangegeven, dit geschil niet inhoudelijk beoordelen. In het dossier zijn onvoldoende objectieve gegevens aanwezig om te beoordelen of verzoeker een verzekeringsindicatie heeft voor klinische detoxificatie. Uit de beschikbare informatie blijkt dat verzoeker aangaf dat er bij hem sprake was van suïcidaliteit, wat een indicatie zou kunnen zijn voor een klinische detoxificatie. Niet blijkt dat de ernst hiervan en de daarmee samenhangende rechtvaardiging voor een klinische opname door een ter zake deskundige is vastgesteld. Uit het bericht van Spoor6 van 3 oktober 2023 blijkt wel dat er een indicatie is gesteld voor klinische detoxificatie. Hoewel duidelijk is dat er patiëntkenmerken indicierend voor een klinische detoxificatie zijn gezien door Spoor6, ontbreekt de onderbouwing hiervan in de voor het Zorginstituut beschikbare informatie.

Ook uit de overige informatie in het beschikbare dossier wordt onvoldoende duidelijk welke patiëntkenmerken aanwezig zijn bij verzoeker. Het Zorginstituut kan op basis van de beschikbare informatie dan ook niet beoordelen of verzoeker een (verzekerings)indicatie heeft voor een klinische detoxificatie.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 80 van de 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. Bij de beoordeling in dit bindend advies zijn de relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over geestelijke gezondheidszorg en het toestemmingsvereiste betrokken en deze worden vermeld in de bijlage. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 7.2. Verzoeker is naar Thailand gegaan om daar een behandeling vanwege zijn verslaving te ondergaan. Op het moment dat daartoe werd besloten, werd de pijn en de situatie voor verzoeker zelf, zijn partner en omgeving onhoudbaar. De commissie overweegt vooreerst zijn begrip en medeleven met de situatie waarin verzoeker en zijn naasten op dat moment hebben verkeerd. Onderdeel van de behandeling in Thailand vormde een klinische detoxificatie, waarover dit geschil gaat. De commissie overweegt dat tussen Nederland en Thailand 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.

- 7.3. De zorgverzekering biedt dekking voor specialistische GGZ, waaronder (klinische) verslavingszorg. Dit blijkt uit hetgeen is beschreven op de pagina's 189 tot en met 191 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Wat daar staat vermeld is gebaseerd op de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. Op grond van hetgeen is bepaald op de pagina's 227 tot en met 234 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat recht op zorg in het buitenland. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen spoedeisende zorg (pagina's 227 tot en met 229) en niet-spoedeisende (voorziene) zorg (pagina's 230 tot en met 232). Uit het gestelde op pagina 227 blijkt dat het bij spoedeisende zorg gaat om de situatie dat een verzekerde zorg nodig heeft tijdens een reis of verblijf. Aangezien verzoeker naar Thailand is gegaan om daar zorg af te nemen is hiervan geen sprake. In het onderhavige geval is daarom het bepaalde op de pagina's 230 tot en met 232 over niet-spoedeisende (voorziene) zorg van toepassing.

Op pagina 232 van de voorwaarden van de zorgverzekering is geregeld dat een verzekerde voor zorg in het buitenland vooraf toestemming moet hebben van de ziektekostenverzekeraar als (1) de verzekerde voor de zorg in Nederland toestemming moet hebben, (2) voor opname of dagopname, of (3) als een verzekerde de zorg in Nederland niet (tijdig) kan krijgen. Op pagina 193 van de voorwaarden van de zorgverzekering is vastgelegd dat voor opname in het kader van geneeskundige GGZ voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig is als een verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Gelet op artikel 14 Zvw mag een zorgverzekeraar een toestemmingsvereiste hanteren.

De commissie concludeert dat in dit geval de voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar was vereist. Deze toestemming is niet verkregen, want de op 21 augustus 2023 ingediende aanvraag voor de behandeling bij The Cabin in Thailand – inclusief de in geschil zijnde klinische detoxificatie - werd op 1 september 2023 door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Deze afwijzing bleef ook na heroverweging in stand.

- 7.4. Zoals eerder opgemerkt, heeft het aan de commissie voorgelegde geschil uitsluitend betrekking op de klinische detoxificatie. De commissie volgt het advies van het Zorginstituut in zijn constatering dat dit onderdeel van de behandeling afzonderlijk kan worden beoordeeld, aan de hand van aparte indicatiecriteria, en dat de ziektekostenverzekeraar daartoe niet is overgegaan. Dit betekent – zoals overigens ook door verzoeker is opgemerkt – dat de beoordeling door de commissie beperkt blijft tot de vraag of de toestemming voor de klinische detoxificatie (als onderdeel van de in zijn geheel afgewezen aanvraag van 21 augustus 2023) terecht door de ziektekostenverzekeraar werd geweigerd. Hiervoor is al vastgesteld dat een toestemmingsvereiste mag worden gehanteerd, dat een dergelijk vereiste ook is opgenomen in

de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en dat de gevraagde toestemming voor de behandeling in Thailand door verzoeker niet werd verkregen.

- 7.5. Verzoeker heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte een beroep doet op het ontbreken van voorafgaande toestemming, aangezien hij al toestemming had gegeven voor een klinische detoxificatie in Nederland. Volgens verzoeker komen de kosten van een klinische detoxificatie in Thailand daarom ook voor vergoeding in aanmerking. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden en toegelicht dat hij alleen akkoord heeft gegeven voor een ambulante dagbehandeling van tien dagen in Nederland, maar niet voor een klinische detoxificatie. De commissie overweegt dat het, gelet op de gemotiveerde betwisting van de ziektekostenverzekeraar en in het licht van artikel 150 Rv, op de weg van verzoeker had gelegen om informatie aan te leveren waaruit blijkt dat door de ziektekostenverzekeraar toestemming is gegeven voor een klinische detoxificatie in Nederland. Hierin is hij niet geslaagd. Dat dit, zoals door verzoeker wordt gesteld, blijkt uit het e-mailbericht van Spoor 6 van 3 oktober 2023, ziet de commissie niet in. Uit dit e-mailbericht kan alleen worden opgemaakt dat Spoor 6 goedkeuring van de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen voor de ambulante dagbehandeling. Dat hierbij ook wordt opgemerkt dat voorafgaand een klinische opname zal plaatsvinden, rechtvaardigt niet de conclusie dat hiervoor akkoord is gegeven door de ziektekostenverzekeraar. Dat de ziektekostenverzekeraar, zoals verzoeker heeft aangevoerd, een dergelijke aanvraag mogelijk nooit had ontvangen, indien de klinische detoxificatie zou worden uitgevoerd bij een gecontracteerde zorgaanbieder, doet hieraan niet af. Niet gebleken is dat verzoeker zich hiervoor heeft gewend tot een gecontracteerde zorgaanbieder, en als vaststaand kan worden aangenomen dat Spoor 6 – als niet-gecontracteerde zorgaanbieder – toestemming van de ziektekostenverzekeraar behoefde, waarbij de ziektekostenverzekeraar onweersproken heeft gesteld dat Spoor 6 zelf geen klinische detoxificatie verzorgt. Daarnaast geldt dat ook indien aantoonbaar wél toestemming was verleend voor klinische detoxificatie in Nederland, hieruit niet volgt dat die toestemming ook van toepassing is indien de betreffende zorg in Thailand wordt verleend door een andere – mogelijk daartoe niet gekwalificeerde – zorgaanbieder of op een wijze die wellicht niet aan de criteria voor verzekerde zorg of doelmatigheid voldoet.
- 7.6. Verzoeker heeft daarnaast naar voren gebracht dat zijn persoonlijke omstandigheden ertoe noopten dat hij de keuze moest maken voor behandeling in Thailand. Om inzicht te geven in zijn situatie heeft verzoeker informatie overgelegd, namelijk een audio-opname en foto's van Whatsapp-gesprekken, waaruit volgens hem blijkt dat hij voorafgaand aan de behandeling in Thailand kampte met suïcidaliteit. De commissie heeft hiervan goede nota genomen en is zich bewust van de situatie waarin verzoeker destijds verkeerde. Voor de verzekeringsaanspraak aangaande zorg in het buitenland, is echter een informatie nodig waaruit kan blijken dat de verzoeker was aangewezen op detoxificatie. In het geval van een crisissituatie is in Nederland ook direct zorg beschikbaar. Hierbij neemt de commissie ook in overweging dat de verzoeker eerder verklaard dat hij, na raadpleging van een alcoholconsulent, voor The Cabin koos vanwege de kleinere behandelgroepen. De keuze voor de behandeling aldaar was in die zin begrijpelijk, maar ook een bewuste keuze van verzoeker zelf. De stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar, door zijn handelwijze, voor vertraging heeft gezorgd treft daarmee geen doel. Verzoeker wijst in dit verband naar twee telefoongesprekken met de ziektekostenverzekeraar, op 4 juli 2023 en 11 augustus 2023. Deze gesprekken waren volgens hem bedoeld ter voorbereiding op de aanvraag voor de behandeling in Thailand. De commissie stelt echter vast dat de uiteindelijke aanvraag werd ingediend op 21 augustus 2023. De online intake bij The Cabin vond volgens verzoeker echter al op 12 augustus 2023 plaats. Om de aanvraag te completeren was de MATE nodig en deze dateert van 28 augustus 2023. De afwijzing van de aanvraag volgde reeds op 1 september 2023. Gelet op de tijd tussen de aanvraag en de afwijzing kan niet worden geconcludeerd dat de ziektekostenverzekeraar een zodanige vertraging bij de behandeling van de aanvraag heeft

veroorzaakt dat van verzoeker in redelijkheid niet kon worden verlangd dat hij de beslissing hierop zou afwachten.

- 7.7. De stelling van verzoeker dat een andere zorgverzekeraar de kosten wel vergoedt treft geen doel. Ook al zou sprake zijn van identieke omstandigheden – hetgeen geenszins vaststaat – is zeer wel mogelijk dat de andere zorgverzekeraar geen toestemmingsvereiste hanteert voor deze zorg dan wel dit vereiste in zijn verzekeringsvoorwaarden heeft opgenomen en betrokkene desgevraagd toestemming heeft verleend. De commissie concludeert dat op basis van hetgeen verzoeker heeft aangevoerd niet kan worden geoordeeld dat de gevraagde toestemming voor de behandeling in Thailand – meer specifiek de klinische detoxificatie - hem ten onrechte werd onthouden.

Slotsom

- 7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 januari 2026,

A. de Ruijter

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.
3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de afspraken, bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, van de Jeugdwet.
4. De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met de colleges van burgemeester en wethouders met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatsten.
5. Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.

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 gehemeltespelten, 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.

● Opname voor geneeskundige ggz

Als een opname nodig is bij psychische problemen.

● Vergoeding per verzekering

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

● Wat u vergoed krijgt

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

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

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

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

Hier kunt u terecht

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

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

Dit wordt niet vergoed

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

● Wat u zelf betaalt

Meestal bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg

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

Het eigen risico

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

• Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

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

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

Controleer of uw zorgverlener een contract met ons heeft

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

Soms moet u vooraf toestemming vragen

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

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Een psychische stoornis volgens de DSM

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

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

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

Uw zorgverlener moet een goedgekeurd kwaliteitsstatuut hebben

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

Soms krijgt u uw geneesmiddelen van uw ggz-instelling

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

Let op bij zorg in het buitenland

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

Wachlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

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

Uitleg

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

● Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg

Als u voor een behandeling naar het buitenland wilt.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% volgens Nederlands tarief Zorg die onder basisverzekering valt, tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Startfit	Startfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Benfit	Benfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Optifit	Optifit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Topfit	Topfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Superfit	Zorg volgens vergoedingen Superfit 100% ziekenhuiszorg België en Duitsland Aanvulling basisverzekering in EU-, EER- of verdragsland • Ziekenhuiszorg in België of Duitsland 100%, in (ander) EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (inclusief vergoeding basisverzekering) • Andere zorg die onder de basisverzekering valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (inclusief vergoeding basisverzekering) • Zorg die onder Superfit valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten, daarbuiten tot 1 x dat bedrag
Tandfit A	Tandfit A vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit B	Tandfit B vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit C	Tandfit C vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit Preventief	Tandfit Preventief vergoedingen gelden ook in het buitenland
Wereldfit	100% medisch specialist in België en Duitsland Alleen voor zorg in ziekenhuis

● Wat u vergoed krijgt

Als u zorg nodig heeft, kunt u hiervoor meestal ook naar het buitenland. De vergoeding die u nu leest gaat over zorg die gepland kan worden, die dus niet meteen nodig is. Er zijn verschillende mogelijkheden voor vergoeding. We zetten het voor u op een rij.

Zorg in het buitenland en reizen

Wat vergoedt de basisverzekering?

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

1. de basisverzekering vergoedt maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Het komt regelmatig voor dat zorg in het buitenland duurder is dan zorg in Nederland. De rest moet u dan zelf betalen
2. niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de voorwaarden van de basisverzekering. Voldoet de zorg niet aan deze voorwaarden? Dan krijgt u geen vergoeding
3. voorwaarden die in Nederland gelden, gelden ook in het buitenland

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

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

Woont u in een EU-, EER- of verdragsland en gaat u voor zorg naar een ander EU- of EER-land of Zwitserland? Dan is in die situaties soms vergoeding mogelijk volgens de regels van het land waar u de behandeling wilt ondergaan.

Wat vergoedt de aanvullende verzekering?

Wereldfit en Superfit vullen voor Ziekenhuiszorg in België of Duitsland de vergoeding van de basisverzekering aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van dat land. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland.

Gaat u voor ziekenhuiszorg naar een ander EU-, EER- of verdragsland dan België of Duitsland? Dan vult Superfit de vergoeding van de basisverzekering aan tot maximaal 2 keer het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (de vergoedingen van de basisverzekering maakt hiervan deel uit). Die vergoeding geldt ook voor andere zorg uit de basisverzekering.

Krijgt u in het buitenland zorg die onder uw aanvullende verzekering valt? De vergoedingen van de aanvullende (tand)verzekeringen gelden daar ook. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden en vergoedingen als in Nederland. De aanvullende (tand)verzekeringen vergoeden maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Als de zorg in het buitenland duurder is, moet u de rest zelf betalen. Alleen Superfit vergoedt maximaal 2 keer het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten.

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

Waar kan ik terecht? Wat zijn de voorwaarden?

Voor zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor zorg in Nederland. Kijk dus bij de vergoedingen als u wilt weten welke voorwaarden er gelden. En bij welke zorgverleners u terecht kunt. Of neem contact op met ons Service Center.

Dit wordt niet vergoed

- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)
- administratiekosten die u maakt omdat u voor de behandeling naar het buitenland gaat. Bijvoorbeeld als het ziekenhuis kosten rekent, omdat ze uw dossier uit Nederland moeten beoordelen en verwerken

Andere vergoedingen

Voor zorg in het buitenland die u onverwacht nodig heeft, dus die u meteen moet krijgen, geldt de vergoeding Buitenland: spoedeisende zorg.

Zorg in het buitenland en reizen

• Wat u zelf betaalt

De eigen bijdrage

Zou u in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan betaalt u die ook als u de zorg in het buitenland krijgt. Kiest u voor vergoeding volgens plaatselijke regels? Dan betaalt u een eigen bijdrage als de plaatselijke regels dat bepalen. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

Het eigen risico

Valt de zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan geldt het eigen risico ook als u de zorg in het buitenland krijgt. [Zo werkt het eigen risico](#)

• Dit moet u zelf doen

Vaak moet u een verwijzing of voorschrift hebben

Als u voor de zorg in Nederland een verwijzing of voorschrift moet hebben, geldt dat ook in het buitenland. U moet die hebben voordat u de zorg in het buitenland krijgt.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

Voor zorg in het buitenland moet u vooraf [toestemming](#) van ons hebben in 3 situaties:

- als u voor de zorg in Nederland toestemming moet hebben, geldt dat ook in het buitenland
- voor opname of dagopname¹
- als u de zorg in Nederland niet (tijdig) kunt krijgen

Wij raden u aan om ook andere ziekenhuiszorg in het buitenland aan te vragen. Dan weet u vooraf of wij de behandeling vergoeden.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. Dat rekeningen duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor rekeningen in een andere muntsoort dan de euro.

Wereldfit of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit

Voor Wereldfit staan hierboven alleen de belangrijkste voorwaarden. De [uitgebreide voorwaarden Wereldfit](#) bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Het moet gaan om de zorg die normaal gesproken wordt verleend. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Een second opinion kan ook

Twijfelt u over de gestelde diagnose of voorgestelde behandeling? De basisverzekering vergoedt een [second opinion](#) door een andere arts. Daarvoor kunt u ook naar het buitenland. Maar de buitenlandse arts neemt de behandeling niet over. Met het oordeel van de buitenlandse arts gaat u terug naar uw eigen specialist in Nederland. Als u aan alle voorwaarden voldoet, vergoedt de basisverzekering die second opinion tot maximaal het Nederlandse tarief.

Uitleg

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

● Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen

Als u tijdens uw reis geen infectieziekten wilt oplopen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	€ 75 voor 11 ziekterisico's Max. per kalenderjaar
Benfit	€ 75 voor 11 ziekterisico's Max. per kalenderjaar
Optifit	€ 100 voor 11 ziekterisico's Max. per kalenderjaar
Topfit	100% (alle ziekterisico's)
Superfit	100% (alle ziekterisico's)

● Wat u vergoed krijgt

In sommige landen loopt u extra risico op infectieziekten, bijvoorbeeld hepatitis of malaria. U kunt zich hiertegen laten vaccineren, of (meestal tegen malaria) medicijnen slikken.

In het buitenland komen de volgende infectieziekten veel voor:

- hepatitis A en B
- difterie, tetanus en polio (dtp)
- gele koorts
- tyfus
- cholera
- meningokokken
- rabiës
- malaria

De aanvullende verzekeringen Startfit en hoger vergoeden consulten, vaccinaties en preventieve geneesmiddelen (zoals malariatabletten) voor deze 11 infectieziekten. Startfit, Benfit en Optifit vergoeden tot een maximumbedrag per kalenderjaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Topfit en Superfit vergoeden de consulten, vaccinaties en preventieve geneesmiddelen volledig. Dat kunnen ook vaccinaties tegen andere 'buitenlandse' infectieziekten zijn die het [LCR](#) (Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering) aanraadt.

Zorg in het buitenland en reizen

Hier kunt u terecht

- huisarts
- apotheek
- [GGD](#)
- [thuisvaccinatie.nl](#)
- vaccinatiecentrum

Dit wordt niet vergoed

- het vaccinatieboekje
- administratiekosten
- andere middelen die aangeraden worden bij een reis naar het buitenland, zoals DEET en ORS (middel tegen uitdroging bij diarree of braken)

• Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen geldt geen eigen risico.

• Dit moet u zelf doen

Voor preventieve geneesmiddelen en vaccins die u zelf bij de apotheek haalt, moet u een voorschrift (recept) hebben

Krijgt u bijvoorbeeld malariatabletten, of vraagt de zorgverlener u om een vaccin zelf te halen? Wij vergoeden deze alleen als ze zijn voorgeschreven door een arts, en geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.