

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202400641

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 22 november 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 16 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 27 januari 2025 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 januari 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 13 maart 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025002410) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 14 maart 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 16 april 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 april 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 13 maart 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 22 april 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was van 1 februari 2022 tot en met 31 december 2022 en in 2023 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Just Basic (Zorgverzekering NaturaJust) (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Op 12 september 2022 is namens verzoeker bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor een klinische GGZ-behandeling in Zuid-Afrika in verband met verslavingsproblematiek.
- 2.3. In een telefoongesprek op 13 september 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij hiervoor geen akkoordverklaring krijgt.

- 2.4. In de periode van februari 2023 tot en met mei 2023 is verzoeker behandeld in Zuid-Afrika.
- 2.5. Bij brief van 13 september 2023 heeft verzoeker de zorgverzekeraar gevraagd om de eerdere afwijzing te heroverwegen. Bij brief van 20 september 2023 heeft de zorgverzekeraar nogmaals aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.6. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar ook om heroverweging van deze laatste beslissing gevraagd. Bij brief van 13 februari 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.
- 2.7. Bij brief van 13 maart 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.8. Bij brief van 22 april 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 zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de klinische verslavingszorg in Zuid-Afrika en de in dit verband gemaakte reis- en verblijfskosten, te weten een bedrag van totaal € 12.956,55, volledig te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. In zijn brief van 16 maart 2024 heeft verzoeker toegelicht dat hij op zestienjarige leeftijd in contact is gekomen met drugs en alcohol. Tijdens de coronapandemie is zijn toestand verslechterd. Verzoeker stopte met zijn opleiding, gebruikte iedere dag verdovende middelen en was thuis niet meer hanteerbaar. Via de gemeente heeft hij hulp gekregen. Hij kreeg voor enkele maanden een ‘pauzeplaats’ van Stichting Perspektief in samenspraak met de gemeente, en aansluitend een eigen woning. Daarnaast heeft hij toen een GGZ-behandeling ondergaan. Deze heeft echter niet het gewenste resultaat gehad. Bij alle hulpinstanties gaf verzoeker sociaal wenselijke antwoorden, kwam hij beloftes niet na, kwam alleen opdagen als hij dat wilde, en was hij onberekenbaar. Zijn situatie verslechterde. Er is vervolgens contact opgenomen met verschillende zorginstellingen in Nederland, maar deze hadden een wachttijd van negen maanden voor een eerste intake. Verzoeker kon zo lang niet wachten. Hij was een gevaar voor zichzelf. Uiteindelijk is verzoeker bij een verslavingskliniek in Zuid-Afrika terecht gekomen. Voor behandeling bij deze kliniek was een klinische detox vereist. Dit heeft verzoeker geprobeerd op een open afdeling bij een GGZ-instelling, maar dat was geen succes. De behandeling aldaar was slecht en onmenselijk. Verzoeker is daar na een aantal dagen weggestuurd en was genooddaakt om de klinische detox in Zuid-Afrika te ondergaan.
Op 14 februari 2024 is verzoeker naar Zuid-Afrika gereisd voor de behandeling. Eerst heeft hij ruim een week in detox gezeten. Daarna is hij zes weken behandeld bij Genesis Treatment Solutions en vervolgens is hij vier weken behandeld in een Step down facility. De behandeling duurde in totaal elf weken. Verzoeker is begeleid door artsen, verpleegkundigen, psychologen, psychiaters en maatschappelijk werkers. Het twaalf stappen Minnesota-plan is gevolgd. Er waren groepsessies en individuele sessies. Inmiddels gaat het goed met verzoeker. Hij heeft een baan en staat positief in het leven. Hij gebruikt geen verdovende middelen meer. Zijn succes is te danken aan de hulpverleners in Zuid-Afrika en zijn eigen harde werken.
- 3.3. De zorgverzekeraar heeft zich ten onrechte op het standpunt gesteld dat de klinische behandeling in Zuid-Afrika niet doelmatig was en dat een ambulante behandeling mogelijk voldoende was geweest. Ambulante behandeling was voor verzoeker te vrijblijvend en niet doeltreffend. Verschillende hulpverleners konden hem niet bereiken. De vrije vorm van deze behandeling heeft mogelijk zelfs een negatief effect op hem gehad. Voor verzoeker was langdurige klinische

behandeling ver van huis nodig. Verzoeker moest loskomen van zijn omgeving. Dit geldt niet voor iedere verslaafde, maar wel voor hem. De zorgverzekeraar kan niet beoordelen welke zorg voor verzoeker destijds passend was. Hij is niet bekend met de situatie van verzoeker. Er is ook geen contact opgenomen met de behandelaren, verzoeker zelf of zijn naasten. De zorgverzekeraar zou aanvragen voor klinische verslavingszorg individueel moeten beoordelen. Anders dan de zorgverzekeraar heeft gesteld, was bij verzoeker sprake van meerdere stoornissen die worden genoemd in de DSM-5. Hij was bekend met stoornissen in het gebruik van middelen, depressieve stoornissen, disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen, en bipolaire stemmingsstoornissen. Verzoeker voldeed aan alle elf criteria die worden gebruikt om vast te stellen of sprake is van een ernstige stoornis. Het betrof du een zeer ernstige situatie. Verzoeker heeft hierbij nog opgemerkt dat niet alle professionals achter de DSM-5 staan. Het handboek wordt dus niet overal als leidend gezien. Het bevreedt verzoeker dat de zorgverzekeraar, ondanks alle kritiek, de DSM-5 wel als leidend aanhoudt.

In het geval van verzoeker bestond een situatie die voldoende ernstig was voor een klinische behandeling. Hij kon niet meer normaal functioneren door het gecombineerde gebruik van drugs, medicijnen en alcohol. Verzoeker kon niet voorzien in zijn eigen levensonderhoud en was depressief. Hij was een gevaar voor zichzelf en moest worden behandeld. De situatie was voor zowel verzoeker als zijn naasten onhoudbaar. Uiteindelijk is verzoeker via een huisverbod bij de hulpverlening terecht gekomen. Verzoeker kon niet langer zo doorleven. Dat zou hij niet hebben overleefd. Desondanks was volgens de zorgverzekeraar geen sprake van een voldoende ernstige situatie. Het is onduidelijk hoe ernstig de situatie volgens de zorgverzekeraar dan moet zijn om voor vergoeding van de klinische behandeling in aanmerking te komen. In Zuid-Afrika is verzoeker behandeld volgens het twaalf stappen Minnesota-plan. Deze behandelmethode wordt wereldwijd toegepast en is onderbouwd in de medische literatuur en de praktijk. Ook Narcotics Anonymus Nederland (NAN) maakt gebruik van deze behandelmethode. Er worden groepssessies gegeven, maar er is ook sprake van een individueel behandelprogramma. Het behandelprogramma wordt pas in Zuid-Afrika opgesteld, namelijk als een verslaafde open en eerlijk is geweest. Gedurende de ambulante behandeling in Nederland gebruikte verzoeker nog steeds verdovende middelen en er kon dan ook geen goed behandelplan worden opgesteld.

- 3.4. De kosten van een andere, klinische behandeling in Nederland worden wel volledig vergoed. Deze behandeling is vele malen duurder dan de behandeling die verzoeker in Zuid-Afrika heeft ondergaan. Daarnaast heeft deze behandeling een wachttijd van negen maanden voor een eerste intake. In sommige gevallen is het niet mogelijk om eerst negen maanden te wachten op een intake en vervolgens nog langer op een behandelplaats.
In Zuid-Afrika is verzoeker behandeld met een aantal andere Nederlanders die wel vergoeding hebben gekregen voor de behandeling. Iedereen die in de kliniek in Zuid-Afrika wordt behandeld, krijgt dezelfde behandeling.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat hij zich voorafgaand aan de behandeling in Zuid-Afrika in een crisis bevond. Zijn verslaving liep uit de hand, hij was suïcidaal, onvoorspelbaar en agressief. Er werd gevreesd voor zijn leven. Pogingen om de zorg te organiseren in Nederland af te nemen zijn gestrand. Hoewel verschillende Nederlandse instellingen de ernst van de situatie van verzoeker erkende, kon hij, vanwege lange wachttijden, niet op tijd worden opgenomen. Verzoeker kon geen maanden wachten. Hij moest worden geholpen. Behandeling in Zuid-Afrika was geen voorkeursoptie. Het was de enige mogelijkheid die verzoeker had. Het verblijf in de klinieken was geen vakantie. Het was een noodzakelijke stap richting duurzaam herstel om terugval te voorkomen. De kliniek in Zuid-Afrika bood professionele, internationaal erkende zorg door ervaren behandelaren. Dat de zorg buiten Nederland plaatsvond, maakt het niet minder waardevol. Opnieuw behandelen in de thuisomgeving zou geen succes hebben gehad. In het verleden is verzoeker in zijn thuisomgeving behandeld. De behandelend psycholoog kwam bij hem thuis. Echter, verzoeker was er vaak niet en was vaak onder invloed. In Nederland heeft verzoeker ook

een klinische detoxificatie ondergaan, maar is hij gedurende de behandeling weggestuurd. Hij werd hier als gevaarlijk bestempeld. Behandeling in de thuisomgeving werkte niet. Verzoeker moest zo ver mogelijk bij iedereen vandaan en niet de kans krijgen om terug te gaan naar wat voor hem 'veilig' was.

De MATE is op verzoek van verzoeker in Nederland afgenomen door een klinisch psycholoog. De zorgverzekeraar had dit document nodig. Verzoeker heeft hierbij opgemerkt dat hij niet kan beoordelen of de MATE op de juiste manier is afgenomen.

Volgens het Zorginstituut komt verzoeker in aanmerking voor klinische detoxificatie. Het is dan vreemd om te stellen dat een aansluitende intensieve behandeling niet noodzakelijk is. Die doorgaande lijn in de zorg is cruciaal voor herstel.

Verzoeker heeft bestreden dat de kliniek in Zuid-Afrika slechts een standaardprogramma biedt. Verzoeker kreeg individuele gesprekken, dagstructuur, evidence-based therapieën en dagelijks klinisch toezicht. Het behandelplan is aangepast aan zijn specifieke situatie. Ook was wel degelijk sprake van samenhangende zorg. Na terugkomst werd verzoeker opgevangen door Perspectief, GGZ en een behandelaar via Delft Support. Ook bood de Zuid-Afrikaanse kliniek online nazorg aan. Als de overdrachtsdocumentatie niet volledig is, dan komt dat door praktische problemen en niet door een gebrek aan inzet of visie op herstel. In een crisissituatie mogen geen onhaalbare eisen worden gesteld aan zorgcoördinatie. Verder was het verblijf bij The Link medisch noodzakelijk. Na een intensieve behandeling is het herstelproces niet afgerond. The Link bood een veilige, begeleide omgeving waarin kon worden geoefend met meer zelfstandigheid. Tijdens het verblijf had verzoeker 's ochtends allerlei gesprekken. 's Middags kreeg hij meer vrije tijd. Dit is vergelijkbaar met Nederlandse 'Safe Houses' die onderdeel uitmaken van het zorgtraject in Nederland.

Desgevraagd heeft verzoeker verklaard zich te herkennen in het voorlopig advies van het Zorginstituut in die zin dat veel onduidelijkheid bestaat en weinig informatie beschikbaar is over het begin en het einde van het traject. Dit komt omdat verzoeker de zorg zelf heeft geregeld. Toen bij verzoeker de knop omging en hij open stond voor behandeling, is alles doorgezet.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat de kosten van de klinische behandeling in Zuid-Afrika niet worden vergoed. Hij heeft hiertoe bij brief van 13 februari 2024 toegelicht dat op grond van artikel A.3.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering zorg wordt vergoed als een verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Het moet duidelijk zijn dat de behandeling in de situatie van verzoeker de meest passende behandeling is. Als deze indicatie er niet is, dan gaat het om een zogenoemde ondoelmatige behandeling. Een ondoelmatige behandeling kan niet worden vergoed. Daarnaast moet de zorg voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hierbij wordt beoordeeld of het behandelvoorstel van de behandelaar voldoende wordt onderbouwd in de medische literatuur en de praktijk. Op grond van artikel B.19.3. van de voorwaarden van de zorgverzekering en het Reglement GGZ 2023 (hierna: het reglement) gelden voor gespecialiseerde GGZ specifieke voorwaarden. De voorwaarden met betrekking tot de zorgverlener, verwijzing en voorgestelde behandeling zijn vermeld in het reglement. Uit het reglement blijkt voorts dat binnen de GGZ veel zorgvormen worden aangeboden die buiten de reikwijdte van de Zorgverzekeringswet vallen. Dat geldt bijvoorbeeld als geen sprake is van een DSM-5 benoemde stoornis, vanuit de wet- en regelgeving vergoeding voor behandeling van bepaalde aandoeningen uit de Zorgverzekeringswet niet is toegestaan of de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 4.2. Het is aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of er een duidelijke noodzaak bestaat om de benodigde zorg binnen de speciaal aangevraagde klinische setting te vergoeden. Klinische verslavingszorg is in de meeste gevallen namelijk niet bewezen beter dan een goede ambulante

behandeling. Dit terwijl een klinische behandeling duurder is. Alleen in uitzonderlijke gevallen heeft opname een duidelijke meerwaarde en kan deze worden vergoed. Voor de beoordeling hiervan sluit de zorgverzekeraar aan bij de criteria uit het rapport 'Verslavingszorg in beeld' van het Zorginstituut. Om te beoordelen of sprake is van een noodzaak tot opname wordt gekeken naar de ernst van het middelengebruik, de meespelende andere relevante ziekten (oftewel: comorbiditeit) en naar de eerder plaatsgevonden zorg. Daarnaast kan er een indicatie voor een opname bestaan bij gevaar voor de persoon zelf en/of diens omgeving en/of sociale desintegratie.

- 4.3. Op grond van de beschikbare informatie kan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar niet beoordelen of sprake was van de meest doelmatige behandeling voor verzoeker. Uit de MATE blijkt dat verzoeker niet ambulant is behandeld. Verder is ook de kwaliteit van het geboden programma onvoldoende gewaarborgd. Het lijkt te gaan om een standaard behandelprogramma en niet om een op maat gemaakt SMART behandelplan voor verzoeker. Een opname dient van zo kort mogelijke duur te zijn en moet zijn afgestemd op het individu. Met een standaardopname en bijbehorend standaardprogramma is geen sprake van een individueel behandelplan en een mogelijkheid tot het bieden van een minimale klinische behandelduur, doordat behandeling niet in de eigen omgeving is geleverd. Volgens het Zorginstituut passen standaard aangeboden zorgprogramma's met een standaardbehandelduur en -inzet niet in de door de zorgstandaarden aanbevolen gepersonaliseerde behandeling. Ook Verslavingskunde Nederland (VKN) geeft aan dat een uniform behandeltraject voor alle patiënten in strijd is met het principe van herstelgerichte zorg; er moet een geïndividualiseerde behandeling worden gegeven. Verder blijkt uit het consensusdocument van VKN dat de duur van de klinische behandeling zo kort mogelijk moet zijn, omdat omgevingsfactoren en cue-reactiviteit dusdanig grote invloed hebben dat de winst, behaald in een vreemde kliniekomgeving, zeer wankel is. Daarnaast is het betrekken van de omgeving van groot belang en is behandeling effectiever als een verzekerde zich in de thuissituatie bevindt, waar gedrag zich kan generaliseren. Verzoeker zou dus zoveel mogelijk in de eigen leefomgeving moeten worden behandeld om te kunnen leren omgaan met zucht en andere risicosituaties die leiden tot terugval. In het document 'Een visie op verslaving en de verslavingszorg: focus op preventie en herstel' van GGZ Nederland uit 2013 staat hierover het volgende: *"In principe wordt alle hulp in de thuissituatie aangeboden. De redenering hiervoor is dat patiënten die ambulante hulp krijgen, deel uit blijven maken van de samenleving waardoor hun perspectief op (vol)waardig burgerschap groter is dan wanneer ze in de kliniek behandeld worden. Voor begeleid afkicken en drugsvrij houden voor een beperkte tijd zullen klinische opnamen nog steeds geïndiceerd zijn. Maar in zijn algemeenheid zullen klinische voorzieningen in de verslavingszorg zich gaan toespitsen op cliënten die gedwongen worden opgenomen en/of geplaatst moeten worden in een gesloten kader."*
- 4.4. Volgens de zorgverzekeraar is de in Zuid-Afrika uitgevoerde klinische behandeling in de situatie van verzoeker niet doelmatig. Er is immers niet gebleken waarom hij niet kon uitkomen met een ambulante behandeling.
- 4.5. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar aangevoerd dat de indicatiestelling voor klinische verslavingszorg in de beschikbare informatie onvoldoende duidelijk naar voren komt. Verder heeft hij toegelicht dat hij vanuit de wettelijke kaders beoordeeld of zorg moet worden vergoed. In dit geval is de beschikbare informatie onvoldoende navolgbaar om tot de conclusie te komen dat sprake is van verzekerde zorg. Een coulancevergoeding kan niet worden gegeven als er zorginhoudelijk zoveel vragen en kanttekeningen zijn. Hoewel de zorgverzekeraar begrip heeft voor de keuzes die zijn gemaakt, gaat het in dit geval grotendeels om niet-verzekerde zorg. Hiervoor kan geen vergoeding worden geboden. Coulancevergoeding wordt alleen verleend in situaties die medisch gezien uitzonderlijk zijn in die zin dat een verzekerde net buiten een indicatie valt of omdat de overheid niet aan een bepaalde situatie heeft gedacht. De zorgverzekeraar ziet regelmatig dat verzekerden onder bepaalde druk stappen overslaan. Hiervoor kan geen financiële compensatie worden geboden.

Verder heeft de zorgverzekeraar verklaard dat als de commissie besluit dat de kosten van de klinische detoxificatie moeten worden vergoed, de zorgverzekeraar deze kosten volledig zal vergoeden. De zorgverzekeraar zal hetgeen in de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald over vergoeding van niet-gecontracteerde zorg op dit punt niet aan verzoeker tegenwerpen.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 13 maart 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Behandelprogramma Genesis

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 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 cliënt redelijkerwijs is aangewezen op de uitgevoerde behandeling.

Diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit zonder voorafgaande triage (met een screeningsinstrument zoals de MATE of EuropASI) is niet overeenkomstig de geldende richtlijnen en voldoet daarmee niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Uit het dossier blijkt dat de MATE vooral op verzoek van de moeder is afgenomen, omdat dit mogelijk nodig zou zijn voor vergoeding van de behandeling. De MATE is ingevuld door de ambulant behandelaar van GGZ Delfland. Er zijn kopieën van de MATE opgenomen in het dossier, het Zorginstituut merkt op dat vooral de vragen met betrekking tot het maatschappelijk functioneren niet leesbaar zijn. Het dossier bevat ook geen klinische redenering van deze of een andere behandelaar (voorafgaand aan het besluit tot klinische verslavingsbehandeling) of en zo ja, welke behandeling voor de verslavingsproblematiek, met medeneming van de uitkomst van de MATE, passend zou zijn. Er heeft geen triage plaatsgevonden waarbij een regiebehandelaar verantwoordelijkheid heeft genomen voor een samenhangende afweging wat de meest passende behandeling is voor verzoeker op basis van een klinische beoordeling én met medeneming van de uitkomsten van de MATE.

Het afnemen van de MATE zoals in het geval van verzoeker is gebeurd, schiet dan zijn doel voorbij, namelijk het bepalen van de behandelintensiteit. Om deze reden voldoet de behandeling bij Genesis niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Nu het behandelprogramma van Genesis op basis van de uitgevoerde triage voorafgaand aan de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, wordt verder niet toegekommen aan de beoordeling of verzoeker redelijkerwijs op de behandeling aldaar was aangewezen.

Verder is in de Zorgstandaard Alcohol (Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving) beschreven dat therapeutisch proefverlof vanuit de klinische opname een essentieel onderdeel uitmaakt van de behandeling. Het vanuit de kliniek oefenen van vaardigheden past in graduele afbouw van de intensiteit van de zorg. Uit de beschikbare informatie wordt niet duidelijk of het behandelprogramma van Genesis voorziet in therapeutisch proefverlof. Verder beschrijft de Zorgstandaard dat een verslavingsbehandeling in de specialistische ggz meestal ambulant kan plaatsvinden. Bij gebleken noodzaak voor opname is de klinische behandeling ingebed in een ambulant behandeltraject.

Na de klinische opname bij Genesis heeft een stickdown nazorg traject plaatsgevonden bij The Link. Daarnaast heeft Genesis verzoeker uitgenodigd om deel te nemen aan een wekelijkse online nazorgsessie zolang dat nodig is. Volgens de moeder van verzoeker zou het nazorgtraject in Nederland worden verzorgd door GGZ Delfland en een psycholoog geregeld door Delft Support (Wmo).

Informatie of deze nazorg in Nederland ook daadwerkelijk en aansluitend heeft plaatsgevonden ontbreekt in het dossier. Ook ontbreekt in het dossier of er sprake is geweest van een samenwerking en/of inhoudelijke overdracht met mogelijkheid tot overleg tussen Genesis en GGZ Delfland.

Als een therapeutisch proefverlof in de eigen (woon)omgeving niet heeft kunnen plaatsvinden, is des te meer van belang dat de behandeling in Zuid-Afrika is ingebed in een ambulant vervolgtraject in Nederland. Alleen bij goede inbedding in een ambulant behandeltraject (goede voor- en nazorg) kan een behandeling in het buitenland als effectief worden aangemerkt en daarmee voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Omdat niet duidelijk is in hoeverre de behandeling in Zuid-Afrika is ingebed in een ambulant behandeltraject in Nederland, kan het Zorginstituut met betrekking tot dit punt geen uitspraak doen over het voldoen van de behandeling bij Genesis aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Ten overvloede merkt het Zorginstituut het volgende op over de behandeling bij Genesis. Genesis biedt een standaard behandelprogramma aan. In het algemeen kan worden gezegd dat bij een standaard behandelprogramma geen sprake is van gepast gebruik van zorg, waar de zorgstandaarden in de ggz vanuit gaan. Gepast gebruik van zorg gaat over de juiste inzet van hulp bij aanvang van een behandeling maar ook over het juiste moment van op- of afschalen van een behandeltraject ('matched care'). Gepast gebruik gaat uit van een gepersonaliseerde behandeling. Een standaard behandelprogramma voldoet niet aan dit uitgangspunt.

Klinische detox Akeso Stepping Stones Naar het oordeel van het Zorginstituut kunnen de klinische detox bij Akeso Stepping Stones en de behandeling bij Genesis los van elkaar worden beoordeeld. In de brief van de moeder van verzoeker d.d. 16 maart 2024 legt moeder uit dat haar zoon de behandeling bij Genesis kon ondergaan, onder voorwaarde dat er vooraf een detox behandeling had plaatsgevonden.

Verzoeker onderging een eerste klinische detox op een open afdeling bij een ggz-instelling in Delft. Verzoeker heeft deze detox niet afgemaakt omdat hij daar na een aantal dagen is weggestuurd. Volgens moeder was de behandeling op deze afdeling slecht en onmenselijk. Een tweede poging tot klinische detox vond plaats in Zuid-Afrika, voorafgaand aan de opname bij Genesis, en slaagde wel.

In de Richtlijn Detoxificatie van Psychoactieve middelen van Resultaten Scoren uit 2017 worden enkele indicatiecriteria genoemd voor klinische detoxificatie; onder andere het niet succesvol afronden van eerdere ambulante detoxificaties, hoeveelheid en frequentie van gebruik, polydruggebruik en agressie in voorgeschiedenis. Verzoeker voldoet aan deze indicatiecriteria en was derhalve redelijkerwijs aangewezen op een klinische detoxificatie.

Verblijfskosten The Link The Link vermeldt op internet over Stepdown Inc. - The Link – Halfway House:

"The Link is a halfway house in Cape Town. We offer a supportive step-down programme and residential care for those transitioning from early addiction treatment into a more sustainable recovery. We offer a two-phased approach, firstly to focus on your relapse profile and minimise the risk. The second phase allows for increasing autonomy, reintegration into work, studies, and

one's family as well as freedom of movement.

The Link is part of our seamless addiction treatment service. We admit clients who have completed primary treatment and need ongoing support while consolidating their recovery. We focus on relapse prevention and relapse intervention. We provide a supportive environment and quality step down care for those who need it."

The Link biedt voortdurende ondersteuning/begeleiding aan cliënten bij het consolideren van het herstel met aandacht voor terugvalpreventie nadat de primaire behandeling is afgerond. Dit is vergelijkbaar met het wonen in een zogenaamd Safe House in Nederland.

In de Handreiking Safe Houses van de VNG wordt uitgelegd wat onder een Safe House moet worden verstaan. Uit deze handreiking blijkt dat een Safe house vergelijkbaar is met zogenaamde Halfway Houses, zoals die in onder andere de Verenigde Staten bestaan. Safe Houses bieden intensieve herstel ondersteunende begeleiding en dagbesteding; zij bieden géén behandeling. In Nederland kan een Safe Houses functioneren als een beschermde woonvoorziening, maar er zijn ook vormen van begeleid wonen. De kosten hiervan kunnen onder bepaalde voorwaarden worden vergoed door gemeenten (Wmo).

Bij de begeleiding door een Safe House is sprake van ondersteunende begeleiding en niet van geneeskundige zorg. Omdat de begeleiding/ondersteuning die The Link biedt hiermee vergelijkbaar is, kan het verblijf aldaar niet worden aangemerkt als medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 2.12 van het Bzv. De kosten van het verblijf bij The Link kunnen derhalve niet ten laste van de basisverzekering worden vergoed.

Reiskosten

Verzoeker heeft om vergoeding van de reiskosten naar Zuid-Afrika gevraagd. Het Zorginstituut merkt op dat reiskosten geen onderdeel uitmaken van het basispakket. Deze kosten kunnen niet vergoed worden ten laste van de basisverzekering.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie kan worden geconcludeerd dat wat betreft de triage de MATE weliswaar is afgenomen, maar dat deze niet is gebruikt om tot een samenhangende afweging te komen wat de meest passende behandeling is voor verzoeker. De behandeling door Genesis voldoet hiermee niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van de klinische verslavingsbehandeling door Genesis ten laste van de basisverzekering. Het Zorginstituut concludeert dat verzoeker wel redelijkerwijs was aangewezen op een klinische detoxificatie door Akeso Stepping Stones in Zuid-Afrika. Verzoeker kan tot slot geen aanspraak maken op vergoeding van de verblijfskosten bij The Link en de gemaakte reiskosten ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: De klinische verslavingsbehandeling bij Genesis in Zuid-Afrika maakt geen onderdeel uit van het basispakket. De verblijfskosten bij The Link en de gemaakte reiskosten maken ook geen onderdeel uit van het basispakket. Verzoeker is wel redelijkerwijs aangewezen op klinische detoxificatie door Akeso Stepping Stones in Zuid-Afrika en kan aanspraak maken op vergoeding hiervan ten laste van de basisverzekering."

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 A.22. 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 GGZ, de 'stand van de wetenschap en praktijk' 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. Verzoeker is naar Zuid-Afrika gegaan om daar klinische verslavingszorg af te nemen. De commissie overweegt dat tussen Nederland en Zuid-Afrika geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering bestaat, zodat het recht op vergoeding uitsluitend moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.3. Op grond van artikel B.19. van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op specialistische GGZ, waaronder (klinische) verslavingszorg. De inhoud en omvang van de aanspraak worden mede bepaald door de criteria 'plegen te bieden' en de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Voor zover aan deze criteria is voldaan, is sprake van verzekerde zorg. Indien het verzekerde zorg betreft, is de volgende vraag of betrokkene hierop redelijkerwijs is aangewezen. Dit blijkt uit hetgeen is bepaald in artikel A.3. van de voorwaarden van de zorgverzekering. De hiervoor genoemde bepalingen van de voorwaarden van de zorgverzekering zijn gebaseerd op de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. Daarna moet nog worden beoordeeld of de zorg doelmatig is en of aan bepaalde formele vereisten – zoals het hebben van een gerichte verwijzing en een eventueel benodigde voorafgaande toestemming van de verzekeraar – is voldaan.
- 7.4. Verzoeker heeft in de periode van februari 2023 tot en met mei 2023 verslavingszorg genoten in Zuid-Afrika, bestaande uit een klinische detoxificatie bij Akeso Stepping Stones, een klinisch behandelprogramma bij Genesis en een aansluitend verblijf bij The Link. Op grond van artikel B.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg in het buitenland.
- 7.5. Het Zorginstituut maakt in zijn advies aan de commissie van 13 maart 2025 onderscheid tussen vier verschillende onderdelen waarvoor vergoeding wordt gevraagd, namelijk (1) het behandelprogramma bij Genesis Treatment Solutions, (2) de klinische detoxificatie door Akeso Stepping Stones, (3) de verblijfskosten bij The Link en (4) de reiskosten.
 - 7.5.1. Ten aanzien van (1) het behandelprogramma bij Genesis Treatment Solutions heeft het Zorginstituut toegelicht dat diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit zonder voorafgaande triage (met een screeningsdocument zoals de MATE of EuropASI) niet overeenkomstig de geldende richtlijnen is en daarmee niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. In het geval van verzoeker is in het kader van de triage weliswaar een MATE afgenomen, maar deze is niet gebruikt om tot een samenhangende afweging te komen wat de meest passende behandeling is voor verzoeker. De behandeling door Genesis voldoet daarom niet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Verder heeft het Zorginstituut toegelicht dat alleen bij goede inbedding in een ambulant behandeltraject (goede voor- en nazorg) een behandeling in het buitenland als effectief kan worden aangemerkt en daarmee voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. In het geval van verzoeker is niet duidelijk

in hoeverre de behandeling in Zuid-Afrika is ingebed in een ambulant behandeltraject in Nederland. Hierover ontbreekt informatie. Het Zorginstituut heeft voorts opgemerkt dat Genesis een standaard behandelprogramma aanbiedt en dat een standaard behandelprogramma niet voldoet aan het uitgangspunt van gepast gebruik.

Het advies bevat de conclusie van het Zorginstituut dat de klinische verslavingsbehandeling bij Genesis Treatment Solutions niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'.

- 7.5.2. Waar het gaat om (2) de klinische detoxificatie bij Akeso Stepping Stones stelt het Zorginstituut dat in de Richtlijn Detoxificatie van Psychoactieve middelen van Resultaten Scoren uit 2017 enkele indicatiecriteria worden genoemd voor klinische detoxificatie; onder andere het niet succesvol afronden van eerdere ambulante detoxificaties, hoeveelheid en frequentie van gebruik, polydruggebruik en agressie in voorgeschiedenis. Volgens het Zorginstituut voldoet verzoeker aan deze indicatiecriteria en was hij derhalve redelijkerwijs aangewezen op een klinische detoxificatie.
- 7.5.3. Voor (3) de verblijfskosten bij The Link geldt volgens het Zorginstituut dat de ondersteuning/begeleiding die wordt geboden vergelijkbaar is met het wonen in een zogenoemd Safe House in Nederland. Safe Houses bieden geen behandeling, maar intensieve herstel ondersteunende begeleiding en dagbesteding. Bij de begeleiding door een Safe House is sprake van ondersteunende begeleiding en niet van geneeskundige zorg. Omdat de begeleiding/ondersteuning die The Link biedt hiermee vergelijkbaar is, kan het verblijf aldaar niet worden aangemerkt als medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 2.12 van het Bzv.
- 7.5.4. Wat betreft (4) de reiskosten heeft het Zorginstituut opgemerkt dat deze geen deel uitmaken van het basispakket.
- 7.5.5. Het Zorginstituut komt aldus tot de conclusie dat verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op (2) klinische detoxificatie door Akeso Stepping Stones in Zuid-Afrika en aanspraak kan maken op vergoeding hiervan ten laste van de basisverzekering. Het Zorginstituut concludeert verder dat (1) de klinische verslavingsbehandeling bij Genesis Treatment Solutions, (3) de verblijfskosten bij The Link, en (4) de gemaakte reiskosten niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen.
- 7.6. De commissie ziet in hetgeen verzoeker heeft aangevoerd, met name over de noodzaak en het positieve effect van de behandeling, zijn ervaringen in Nederland, de bestaande wachttijden alhier en de hogere kosten, en de vergoeding door andere verzekeraars van de zorg in Zuid-Afrika, geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut ten aanzien van (1), (3) en (4) af te wijken en neemt deze over. De stellingen van verzoeker laten immers onverlet dat geen sprake is van verzekerde zorg. Dit betekent dat de kosten van (1) de klinische behandeling bij Genesis Treatment Solutions, (3) de verblijfskosten bij The Link, en (4) de gemaakte reiskosten terecht door de zorgverzekeraar zijn afgewezen.

De klinische detoxificatie bij Akeso Stepping Stones (2) vormt wel verzekerde zorg. De commissie volgt het Zorginstituut in zijn conclusie dat verzoeker hierop redelijkerwijs was aangewezen. De zorgverzekeraar heeft betoogd dat geen sprake is van doelmatige zorg zodat hij niet tot vergoeding is gehouden. Daar de doelmatigheid buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut valt, ziet het advies aan de commissie hierop niet. De commissie overweegt met betrekking tot de doelmatigheid dat hetgeen de zorgverzekeraar hierover heeft aangevoerd, namelijk dat niet is gebleken dat verzoeker niet kon uitkomen met ambulante behandeling, niet overtuigt, nu hiervoor al is geoordeeld dat hij redelijkerwijs was aangewezen op klinische detoxificatie. De commissie constateert verder dat de zorgverzekeraar zich niet heeft beroepen op het niet voldoen aan bepaalde, van toepassing zijnde formele vereisten. Daarom wordt als vaststaand aangenomen dat

hieraan is voldaan. Dit betekent dat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de klinische detoxificatie bij Akeso Stepping Stones. De commissie merkt hierbij op dat de zorgverzekeraar ter zitting heeft toegezegd de kosten van de klinische detoxificatie volledig te vergoeden als de commissie van oordeel is dat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de klinische detoxificatie.

- 7.7. Aangezien de zorgverzekeraar vergoeding van de klinische detoxificatie bij Akeso Stepping Stones ten onrechte heeft geweigerd, ziet de commissie aanleiding om te bepalen dat hij gehouden is het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

Slotsom

- 7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie beslist dat:

- (i) de zorgverzekeraar gehouden is om de kosten van de klinische detoxificatie in Zuid-Afrika te vergoeden;
- (ii) de zorgverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden;
- (iii) hetgeen anders of meer door verzoeker is verzocht, wordt afgewezen.

Zeist, 28 mei 2025,

A. de Ruijter

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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, 2.8 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.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

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 combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. 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;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. 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;

6°. 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 gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;

c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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

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.

ving. Daardoor blijven de omvang en inhoud van de dekking van uw basisverzekering in overeenstemming met de wet en is uw basisverzekering een modelovereenkomst in de zin van de Zorgverzekeringswet. Wanneer nieuwe of gewijzigde wetgeving laat of tussentijds in werking treedt, kunnen een of meer onderdelen van de verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen af gaan wijken van de wet. Als er verschil bestaat tussen enerzijds verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen en anderzijds een of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

A.2.13. Wat sturen wij u toe?

Als u zich voor het eerst bij ons verzekert of als verzekeringsvoorwaarden, premie(grondslag) en/of aanspraak op zorg danwel vergoeding veranderen, dan sturen wij u:

- een nieuw polisblad. Wij geven daarbij ook aan vanaf welke datum dit nieuwe polisblad geldt. Vanaf die datum geldt uw oude polisblad niet meer.
- als u ons daar om vraagt, ook nieuwe verzekeringsvoorwaarden en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe verzekeringsvoorwaarden en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude verzekeringsvoorwaarden en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.
- als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

U kunt de verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzichten op onze website vinden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

U hebt recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend

of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Wie bepalen de inhoud en omvang van de zorg?

- De inhoud en omvang van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid.
- Wij bepalen de inhoud en omvang van de particuliere ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat beschreven waar u voor verzekerd bent. Voor alle zorg geldt dat deze moet voldoen aan alle volgende eisen:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen.

Toelichting:

- Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, gaat het er om welke klachten/aandoeningen een bepaalde beroepsgroep behandelt en welke vormen van zorg men daarvoor in het algemeen aanbiedt. Met andere woorden: behoort de zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep en rekent deze beroepsgroep de zorg tot zijn deskundigheidsgebied.
- De zorg valt als verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet onder de basisverzekering en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk B van deze verzekeringsvoorwaarden; of
- De zorg valt als verzekerde zorg onder uw aanvullende verzekering(en) en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk D van deze verzekeringsvoorwaarden.
- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Toelichting:

- Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
- In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat ge-

noemde bedrag, dat aantal of die periode.

Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.

- U bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Het moet gaan om doelmatige, passende zorg voor uw situatie. Zo moet er een indicatie voor de zorg zijn en mag het geen onnodig dure zorg en geen onnodig uitgebreide zorg zijn. Te dure of te uitgebreide zorg in uw situatie is dus geen doelmatige zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Voorbeeld:

Als u een indicatie hebt voor een hoortoestel uit categorie X en een toestel van € 1.500,- is voldoende en geschikt voor u, dan is dat hoortoestel doelmatige zorg. U hebt dan een wettelijke eigen bijdrage van 25% van € 1.500,- en daarvan kan een deel uit uw aanvullende verzekering vergoed worden als u daarvoor verzekerd bent.

Als u uit diezelfde categorie X een toestel van € 2.000,- kiest dat even geschikt is, vergoeden we dus niets, omdat dat toestel niet doelmatig is; als er twee hoortoestellen binnen een categorie (X) zijn die even geschikt en voldoende zijn voor u, vergoeden we op basis van de doelmatigheid het hoortoestel van € 1.500,- en wordt niets vergoed van het hoortoestel van € 2.000,-.

- De verzekerde zorg kan ook bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Voor deze "andere zorg" gelden de volgende voorwaarden:
 - de andere zorg moet naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden; en
 - de andere zorg is wettelijk niet uitgesloten; en
 - wij hebben u van tevoren een akkoordverklaring gegeven voor de "andere zorg".
- De zorg die u ontvangt, kan uit slechts 1 bepaling van de basisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen; uw aanvullende verzekering kan hier eventueel een aanvullende vergoeding op geven.

Deze algemene eisen gelden altijd naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden voor de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg. Als u al zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan inmiddels gewijzigde en u medegedeelde eisen in deze verzekerings-

voorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten. Een lopende behandeling waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven, mag worden afgemaakt.

A.3.3. Voorwaardelijke zorg

In afwijking van artikel A.3.2. 2^e en 3^e bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar geregelde voorwaarden (zie artikel B.22.). Op de website van de overheid:

wetten.overheid.nl. is de Regeling zorgverzekering te vinden.

A.3.4. Dekkingsgebied

Uw verzekering(en) heeft (hebben) een werelddekking.

Voorbeeld:

U bent op vakantie in Frankrijk en koopt daar een bril op sterkte. U hebt een aanvullende verzekering waarin een vergoeding voor gezichtshulpmiddelen is opgenomen van € 100,- per 2 jaar. Deze vergoeding geldt dan ook voor een bril die u in het buitenland koopt.

De voorwaarden die bij het betreffende artikel horen gelden ook voor het buitenland en de zorgverlener moet voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land worden gesteld.

A.3.5. Voorwaarden op maat

Uw vergoedingen en voorwaarden worden online op maat aangeboden. Het kan dan gebeuren dat u op een bepaald moment andere voorwaarden of vergoedingen ziet dan die u eerder zag, bijvoorbeeld nadat u 18 jaar of 22 jaar bent geworden.

In deze gevallen passen wij niet de voorwaarden of vergoedingen aan (zoals bedoeld in artikel A.5.3.), maar zijn vanwege uw leeftijd andere voorwaarden of vergoedingen op u van toepassing geworden.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

A.4.1. Ingangsdatum

De verzekering gaat in op de datum waarop wij uw verzoek om de verzekering bij ons af te sluiten, ontvingen. U dient hierbij uw adres te vermelden zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen. We kunnen u ook inschrijven voor de verzekering zonder (juist) adres in de Basisregistratie Personen als u:

- een verklaring van uw werkgever of een sala-

zorg zoals dat medische specialisten plegen te bieden zonder verpleging, verzorging of paramedische zorg (mantelzorg niet meegerekend).

Een voorbeeld van een medische noodzaak is dat u binnen 60 minuten in een expertziekenhuis moet zijn na een behandeling van CAR-T-celtherapie. Als uw woonadres verder dan 60 minuten van een expertziekenhuis ligt, heb u recht op de vergoeding van logeerkosten zolang sprake is van deze medische noodzaak.

Daarnaast hebt u recht op vergoeding van logeerkosten:

- als u op basis van uw medische indicatie of de hardheidsclausule in aanmerking komt voor ziekenvervoer uit dit artikel; en
- als dit ziekenvervoer op ten minste drie achtereenvolgende dagen nodig is; en
- als u een aanvraag hebt ingediend voor vergoeding van logeerkosten in plaats van (een vergoeding voor) ziekenvervoer en u daarvoor van ons een akkoordverklaring hebt ontvangen.

Zorgverlener

Als het ziekenvervoer per taxi plaatsvindt, moet de taxivervoerder erkend zijn (Taxi Keurmerk / TX-keurmerk) en de juiste vergunning hebben.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig. Dit geldt ook wanneer:

- u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of
- u reist met een ander vervoermiddel dan auto, in de laagste klasse van het openbaar vervoer of taxi (zoals een boot).

Omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn, beoordelen wij of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.19. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Het gehele artikel B.19. beschrijft de geestelijke gezondheidszorg. Het Reglement GGZ is onderdeel van dit artikel. In het reglement wordt de geestelijke gezondheidszorg verder toegelicht en benoemen wij nadere voorwaarden waaraan voldaan moet worden per zorgonderdeel.

Het Reglement GGZ kunt u vinden op onze website of telefonisch bij ons opvragen.

B.19.1. GGZ zonder opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor psychologische, psychotherapeutische en psychiatrische consulten. Het gaat hierbij om:

- diagnostiek (het vaststellen van een vermoedelijke aandoening) met de bedoeling om over te gaan tot
- behandeling van een psychische aandoening.

Als onderdeel van deze zorg kan ook evidence based (wetenschappelijk onderzoek heeft de effectiviteit aangetoond) e-health zorg (blended care) worden ingezet. Hieronder verstaan wij een compleet behandeltraject dat onder verantwoordelijkheid van een zorgverlener is gestart en is afgerond. U volgt daarbij een behandeling via een online behandelmodule waarmee de behandeling niet alleen face-to-face plaatsvindt, maar ook mogelijk wordt gemaakt via digitaal contact.

Let op!

- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De belangrijkste uitsluitingen staan in het Reglement GGZ.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

Voorwaarden

Algemeen

- Meer en nadere informatie over de voorwaarden dan hieronder vermeld, kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 2.2.
- De zorg kan individueel of in groepsverband worden gegeven.
- De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend zorgverlener of in een in Nederland werkzame instelling conform de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).

Zorgverlener

- Iedere zorgverlener beschikt over een goedgekeurd geldend Kwaliteitsstatuut dat is getoetst op basis van het meest recentelijke geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden en Meetinstrumenten van het Zorginstituut Nederland (ZiNI). De zorgverleners zijn terug te vinden op www.zorginzicht.nl. Voor bevoegde medewerkers in loondienst, bijvoorbeeld psychologen, dient de instelling voor dit kwaliteitsstatuut te zorgen.
- De (indicerend en coördinerend) regiebehandelaar zoals deze is aangeduid en aangewezen in het meest recentelijk geldende Landelijk

Kwaliteitsstatuut GGZ, is eindverantwoordelijk voor de zorg.

- Voor verzekerden die de behandeling zijn gestart onder de Jeugdwet en waarvan de behandeling doorloopt bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd, kan deze doorlopen onder deze reeds aanwezige regiebehandelaar. Voorwaarde is dat deze regiebehandelaar opgenomen is in de overgangsregeling zoals die staat beschreven in het meest recentelijk landelijk kwaliteitsstatuut. Dit kan maximaal voor een termijn van 365 dagen vanaf de dag dat de verzekerde 18 is geworden.
- Hoogspecialistische GGZ mag alleen gegeven worden door een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener. Het gaat hierbij om zeer ernstige of zeldzame problemen of een combinatie van klachten die moeilijk te behandelen is. De zorg is zeer gespecialiseerd en wordt gegeven in een instelling.

Verwijzing

U bent vóór aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, een bedrijfsarts, een spoedeisende hulp (SEH)-arts, een medisch specialist, regiebehandelaar of straatdokter (arts voor dak- en thuislozen).

De nadere voorwaarden en uitzonderingen met betrekking tot de verwijzing kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 2.2.

Behandelvoorstel

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

Akkoordverklaring

- De voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener beoordeelt namens ons of uw aandoening valt onder de zorg waarvoor u verzekerd bent. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.
- Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig voorafgaand aan de behandeling (zie artikel A.18.).
- U hebt altijd een akkoordverklaring nodig voor de behandeling met Esketamine neusspray.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.19.2. Vervallen

B.19.3. GGZ met opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor medisch noodzakelijke opname voor behandeling van (zeer) complexe (ingewikkelde) psychische aandoeningen. Het gaat hierbij om een opname:

- van een onafgebroken periode van maximaal 1.095 (3 x 365) dagen. Extra voorwaarden over opname en vergoeding daarvan kunt u vinden in het Reglement GGZ;
- inclusief dagbesteding en vaktherapie (bijvoorbeeld muziek- of psychomotore therapie).

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.

Voorwaarden

Algemeen

- Binnen de opname kan de zorg individueel of in groepsverband worden gegeven.
- Meer en nadere informatie over de voorwaarden dan hieronder vermeld, kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 3.
- De zorg vindt plaats in een in Nederland werkzame instelling conform de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) zijnde:
 - een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis voor zorg onder de Zorgverzekeringswet (Zvw);
 - een instelling voor gespecialiseerde GGZ voor zorg onder de Zvw en/of de Wet langdurige zorg (Wlz).

Zorgverlener

- Iedere zorgverlener beschikt over een goedgekeurd geldend Kwaliteitsstatuut dat is getoetst op basis van het meest recentelijke geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden en Meetinstrumenten van het Zorginstituut Nederland (ZiNI). De zorgverleners zijn terug te vinden op www.zorginzicht.nl. Voor bevoegde medewerkers in loondienst, bijvoorbeeld psychologen, dient de instelling voor dit kwaliteitsstatuut te zorgen
- De (indicerend en coördinerend) regiebehandelaar zoals deze is aangeduid en aangewezen in het meest recentelijk geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, is eindverantwoordelijk voor de zorg. Een vaak voorkomende eindverantwoordelijke regiebehandelaar is bijvoorbeeld een psychiater, klinisch psycholoog of

klinisch neuropsycholoog.

- Voor verzekerden die de behandeling zijn gestart onder de Jeugdwet en waarvan de behandeling doorloopt bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd, kan deze doorlopen onder deze reeds aanwezige regiebehandelaar. Voorwaarde is dat deze regiebehandelaar opgenomen is in de overgangsregeling zoals die staat beschreven in het meest recentelijk landelijk kwaliteitsstatuut. Dit kan maximaal voor een termijn van 365 dagen vanaf de dag dat de verzekerde 18 is geworden.
- Hoogspecialistische GGZ mag alleen gegeven worden door een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener. Het gaat hierbij om zeer gespecialiseerde zorg in een instelling bij zeer ernstige of zeldzame problemen of een combinatie van klachten die moeilijk te behandelen is.

Verwijzing

U bent vóór aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, bedrijfsarts, een spoedeisende hulp (SEH)-arts, medisch specialist, regiebehandelaar of straatdokter (arts voor dak- en thuislozen). De nadere voorwaarden en uitzonderingen met betrekking tot de verwijzing kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 3.

Behandelvoorstel

De regiebehandelaar heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is, toetst of de zorg binnen de GGZ past en legt het voorschrift vast in een behandelplan.

Dit behandelplan wordt met u besproken en vastgesteld.

Akkoordverklaring

- De voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener beoordeelt namens ons of uw aandoening valt onder de zorg waarvoor u verzekerd bent. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.
- Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig voorafgaand aan de opname (zie artikel A.18.).
- U hebt altijd een akkoordverklaring nodig voor behandeling met Esketamine neusspray.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.20. Vervallen

B.21. Preventie

B.21.1. Vervallen

B.21.2. Stoppen-met-roken

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor 1x per kalenderjaar Stoppen-met-roken (SMR-)begeleiding. Medicijnen of nicotinevervangende middelen (farmacotherapie) worden alleen vergoed in combinatie met gedragsmatige ondersteuning in de vorm van individuele (persoonlijke, telefonische, internet-) of groepsbegeleiding met een stopcoach, volgens een geaccrediteerd SMR programma. De medicijnen of nicotinevervangende middelen worden vanuit dit artikel vergoed. Behalve als de middelen voorkomen in het GeneesmiddelenVergoedingsstelsel (GVS) want dan komt de vergoeding vanuit artikel B.15.1.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- U bent alleen verzekerd voor medicijnen of nicotinevervangende middelen als zij onderdeel zijn van de SMR-begeleiding.
- Het SMR programma wordt niet verrekend met het verplicht eigen risico als de zorg wordt geleverd door een gecontracteerde zorgverlener SMR.
- De medicijnen of nicotinevervangende middelen worden niet verrekend met het verplicht eigen risico als:
 - deze zijn voorgeschreven door een gecontracteerde zorgverlener SMR; en
 - onderdeel zijn van het SMR programma.
- In alle andere situaties worden de zorg en medicijnen/middelen wel verrekend met het eigen risico.

Voorwaarden

Algemeen

Het SMR-begeleidingstraject bestaat uit op gedragsverandering gerichte interventies, indien nodig met ondersteuning van effectief bewezen farmacotherapie (medicijnen of nicotinevervangende middelen). De farmacotherapie kan nooit zonder gedragsmatige ondersteuning worden ingezet.

De daadwerkelijke zorg en begeleiding binnen het SMR-traject wordt op u persoonlijk afgestemd en, indien nodig, geleidelijk in het zorgproces aangepast door de zorgverlener.

Zorgverlener