

# ANONIEM BINDEND ADVIES

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

Zaaknummer: 202302459

### Partijen

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

en

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

### 1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar een bedrag van € 8.000,- moet vergoeden voor de behandeling die hij in Zuid-Afrika heeft ondergaan. Verzoeker kampte al langer met een meervoudige verslavingsproblematiek (alcohol, tabak en gokken), maar eind april 2023 had hij acuut hulp nodig. In verband met de lange wachttijden in Nederland hebben hij en zijn ouders gekozen voor een behandeling in Zuid-Afrika. Vanwege de meervoudige problematiek en sociale desintegratie was een klinische behandeling noodzakelijk. De nazorg was goed geregeld. De zorgverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker geen indicatie had voor een klinische behandeling. Hij ziet op basis van de overgelegde informatie niet waarom verzoeker niet eerst had kunnen starten met (intensieve) ambulante (dag)behandeling. Verder ontbrak goede ambulante nazorg in Nederland.
- 1.2. De commissie overweegt, gelezen het advies van het Zorginstituut, dat bij verzoeker ten tijde van de opname in Zuid-Afrika geen sprake was van ernstige sociale desintegratie, terwijl hij daarnaast in het verleden niet of nauwelijks is behandeld voor zijn verslavingen. Daarom was hij niet redelijkerwijs aangewezen op een klinische behandeling. Verzoeker heeft om die reden geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de klinische behandeling die hij in Zuid-Afrika heeft ondergaan. De vraag hoe het nazorgtraject is ingericht kan onbeantwoord blijven. Het verzoek wordt afgewezen.

- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 9 maart 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 18 maart 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 6 mei 2024 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 11 mei 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 12 juni 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024019322) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 24 juni 2024 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennismaken van het volledige dossier. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 24 juli 2024 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Tijdens de hoorzitting is afgesproken dat de zorgverzekeraar aan de commissie een overzicht zou sturen van de kosten die zijn gedeclareerd en/of vergoed voor ambulante nazorg die aan verzoeker is verleend nadat hij was teruggekeerd uit Zuid-Afrika. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bij brief van 24 juli 2024 gedaan. Een kopie hiervan is op 25 jul 2024 aan verzoeker gestuurd, waarbij hij de mogelijkheid heeft gekregen op de nagekomen stukken te reageren. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 7 augustus 2024 gereageerd. Een kopie hiervan is op 8 augustus 2024 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de aanvullende informatie zijn op 8 augustus 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 12 juni 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 12 augustus 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2023 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoeker kampte met een meervoudige verslavingsproblematiek (alcohol, tabak en gokken). Daarvoor heeft hij in mei/juni 2023 een klinische behandeling ondergaan in Zuid-Afrika. De intake heeft plaatsgevonden op 2 mei 2023. Op 3 mei 2023 heeft hij de aanvraag voor de betreffende behandeling ingediend bij de zorgverzekeraar.
- 3.3. In het voorlopig behandelplan van 2 mei 2023 heeft de behandelend GZ-psycholoog over verzoeker verklaard:

### **DSM V**

312.31 Gokstoornis, ernstig

303.90 Stoornis in het alcoholgebruik, ernstig

305.1 Stoornis in het tabaksgebruik, ernstig

V62.29 Andere problemen verband houdend met werk- of werkloosheid

### **Behandel-indicatie**

*Uit zowel het klinisch interview als ook uit de MATE score komt naar voren dat de stoornis in het middelengebruik ernstig is. Indicatie: klinische opname gericht op de stoornissen in het middelen gebruik gedurende 8 weken, indien noodzakelijk kan er tijdig een verlenging van 2 weken worden aangevraagd. Nazorg middels ambulante behandeling is noodzakelijk om duurzame abstinentie te kunnen bevorderen.  
(...)"*

- 3.4. Bij brief van 5 mei 2023 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij de opname in Cherrywood House in Zuid-Afrika niet vergoedt.
- 3.5. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 24 juli 2023 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 12 juni 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.7. Bij brief van 12 augustus 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

### **4. Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft bij brief van 9 maart 2024 aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar een bedrag van € 8.000,- moet vergoeden voor de behandeling die hij in Zuid-Afrika heeft ondergaan.
- 4.2. De behandelend GZ-psycholoog heeft bij brief van 5 juni 2023 gereageerd op de afwijzende beslissing van de zorgverzekeraar. Zij stelt hierin dat het bij verzoeker drie ernstige stoornissen in het middelengebruik (polymiddelenmisbruik) betrof. Het is volgens haar bekend dat het moeilijker is ambulant abtinent te worden als het gaat om meerdere middelen in plaats van één middel. Dit speelt nog meer als er tevens sprake kan zijn van angstproblemen en obsessieve compulsiviteit. Hiermee voldeed de opname aan het criterium van effectiviteit van behandeling zoals genoemd in hoofdstuk 2 van het rapport 'Medisch Noodzakelijk Verblijf in de Geneeskundige GGZ' van het Zorginstituut. Daarnaast was bij verzoeker sprake van 'sociale desintegratie'. Er was namelijk uitval op alle sociaal maatschappelijke gebieden: werk, vrienden, sport/vrije tijd en financiën. De nazorg wordt in dit geval online aangeboden en is om die reden afgewezen door de zorgverzekeraar. Dezelfde zorgverzekeraar vergoedt de online nazorg van een andere zorgaanbieder echter wel.
- 4.3. Verzoeker licht in het verzoek om heroverweging van 12 juli 2023 toe dat hij al langere tijd kampte met verslavingsproblematiek. In de nacht van 27 april 2023 heeft hij, nadat hij zijn bouwdepot had vergokt, in paniek verschillende hulp- en crisisdiensten en zijn vader gebeld. Hij had toen acuut hulp nodig. En omdat er in Nederland wachtlijsten zijn voor de benodigde hulp, hebben zijn ouders gekozen voor een behandeling in Zuid-Afrika die door de instantie 'Verslavingszorg' [de commissie neemt aan dat verzoeker hiermee de Afkickkliniekwijzer bedoelt] werd geadviseerd. Verzoeker en zijn ouders hadden verwacht dat de zorgverzekeraar de hiermee gemoeide kosten zou vergoeden. Anders dan de zorgverzekeraar stelt, was er destijds sprake van co-morbiditeit. Meteen nadat de behandeling in Zuid-Afrika was beëindigd, is de nazorg in gang gezet. De behandeling heeft totaal € 13.488,- gekost, maar verzoeker neemt genoeg met een vergoeding van minimaal € 8.000,-.
- 4.4. Verzoeker heeft in zijn brief van 5 maart 2024 toegelicht dat zijn GGZ-behandeling in 2017 ook was gericht op verslaving. Zijn verslaving veroorzaakte allerlei problemen, zoals vluchtgedrag, depressieve gedachten, suïcidale gedachten, slecht voor zichzelf zorgen, drankmisbruik en agressie.

Verzoeker stelt dat hij vele jaren heeft gezocht naar de juiste hulp bij onder meer psychologen, haptonomen en osteopaten.

In zijn brief van 9 maart 2024, gericht aan de commissie, schrijft verzoeker dat hij het onrechtvaardig vindt dat de zorgverzekeraar geen vergoeding heeft verleend voor de kosten van zijn behandeling in Zuid-Afrika. Hij benadrukt dat het een zeer goede behandeling is en dat zijn verslavingen jarenlang een destructieve invloed hadden op zijn leven. Alleen door zijn optimale sociale omgeving kon hij zich nog enigszins redden. Pas nadat hij zijn bouwdepot had vergokt, wist hij dat hij niet meer kon functioneren in de maatschappij. De hulpinstantie Afkickkliniekwijzer heeft hem de behandeling door Cherrywood House in Zuid-Afrika aanbevolen. Afkickkliniekwijzer heeft ook gezegd dat de zorgverzekeraar een goede verzekeringsmaatschappij is op het gebied van verslavingszorg en dat de kans daarom zeer groot was dat de kosten zouden worden vergoed. Verzoeker vordert in ieder geval € 8.000,-. Dit is het bedrag dat zijn ouders indertijd hebben voorgeschoten om met de behandeling in Zuid-Afrika te kunnen beginnen.

- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat - ander dan de zorgverzekeraar stelt - wél sprake was van comorbiditeit. Er was immers een gokverslaving en een alcoholverslaving. Als verzoeker niet goed in zijn vel zat, ging hij drinken en daardoor gokken. Verzoeker heeft benadrukt dat destijds sprake was van een noodsituatie en dat dus snel moest worden gehandeld. Tot dat moment kon hij functioneren door zijn optimale leefsituatie. Verzoeker en zijn ouders hebben, nadat verzoeker zijn bouwdepot had vergokt, contact gehad met de Dienst Verslavingszorg. Daarnaast door de commissie expliciet gevraagd, kan verzoeker niet zeggen of de Dienst Verslavingszorg hetzelfde is als de Afkickkliniekwijzer. Het is in ieder geval een instantie die in Amsterdam is gevestigd en die je kunt bellen voor advies bij verslavingen. Deze instantie heeft hem gewezen op de behandeling in Zuid-Afrika, omdat hij aldaar goed kon worden geholpen. Ook is hem verteld dat er in Nederland een wachttijd van vijf maanden was. Doordat sprake was van een crisissituatie, hebben verzoeker en zijn ouders het advies overgenomen. Hij merkt hierbij op dat in Zuid-Afrika geen wachttijd was en er individuele therapie werd verleend, en dat daarom hiervoor is gekozen, omdat dit voor hem belangrijk was. Verzoeker benadrukt dat de behandeling heeft gewerkt; hij kan nu goed over zijn gevoelens praten, werkt weer volledig en is een ander mens. Hij vindt het onrechtvaardig dat zijn ouders zijn genezing volledig hebben moeten bekostigen. Weliswaar hebben zij destijds niet naar de geldende regels gekeken, maar er was sprake van een noodsituatie en er moest meteen worden gehandeld. Mogelijk kan in ieder geval een deel van de kosten worden vergoed. Daarnaast door de commissie expliciet gevraagd, heeft verzoeker toegelicht dat hij na terugkomst in Nederland ambulante zorg heeft genoten met een frequentie van 3 á 4 keer per week. Dit betrof geen online behandeling.
- 4.6. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 7 augustus 2024 aan de commissie meegedeeld dat hij twee opmerkingen, die de zorgverzekeraar ter zitting heeft gedaan, feitelijk onjuist vindt. Dit betreft de opmerking dat destijds niet de juiste instanties zijn benaderd en dat de verwijzing niet specifiek voor de behandeling in Zuid-Afrika was.

## 5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag op 5 mei 2023 afgewezen, omdat er geen sprake was van ernstige medische en/of psychische co-morbiditeit die de ambulante behandeling van de verslaving belemmerde. Bij ernstige co-morbiditeit zijn er twee of meer ernstige stoornissen of aandoeningen. Daarnaast is geen sprake van zodanig ernstige sociale desintegratie dat zelfstandig functioneren onverantwoord was. En er was geen ambulante nazorg geregeld. Een (langdurige) opname kan niet zonder goede ambulante nazorg in Nederland. Alleen online gesprekken zijn onvoldoende voor goede nazorg. De nazorg is belangrijk, omdat de periode na het ontslag een kwetsbare periode is met een groot risico op terugval.
- 5.2. In de heroverweging van 24 juli 2023 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt gehandhaafd dat een GGZ-opname in de situatie van verzoeker niet medisch geïndiceerd was. De zorgverzekeraar

ziet niet waarom het voor verzoeker niet mogelijk was een adequate ambulante behandeling voor verslavingszorg in Nederland te starten. De zorgverzekeraar ziet nog steeds opties voor een goede behandeling in Nederland binnen een redelijke termijn. Hij merkt hierop op dat verzoeker geen contact heeft opgenomen met de afdeling Zorgbemiddeling om te zoeken naar een zorgaanbieder in Nederland. Verder merkt de zorgverzekeraar op dat verzoeker geen geschiedenis heeft van herhaalde, mislukte pogingen om via ambulante GGZ van zijn verslaving af te komen. Er zijn wel kosten van GGZ-zorg gedeclareerd, maar er is geen geschiedenis van een gedegen GGZ-behandeling voor verslavingszorg. Daarom is de zorgverzekeraar van mening dat een ambulante GGZ-behandeling in de situatie van verzoeker zinvol kon zijn en dat een opname niet nodig was.

- 5.3. De zorgverzekeraar heeft met zijn brief van 8 december 2024, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, de antwoorden van zijn medisch adviseur op de vragen van de Ombudsman meegestuurd. De medisch adviseur verwijst onder meer naar het rapport 'Verslavingszorg in Beeld' van het Zorginstituut, waarin staat dat is aangetoond dat klinische behandeling van verslavingszorg over het algemeen niet effectiever is dan ambulante behandeling. Er zijn enkele indicaties voor klinische behandeling, namelijk (i) ernstige medische en/of psychische co-morbiditeit die de behandeling belemmert of waarvan de diagnostiek of behandeling niet ambulante mogelijk is, (ii) zodanige sociale desintegratie dat zelfstandig functioneren onverantwoord is, (iii) herhaalde mislukte pogingen tot ambulante ontgiftiging of van ambulante vervolgbehandelingen met onvoldoende resultaat die te wijten zijn aan specifieke factoren die door een klinische opname zijn aan te pakken, en (iv) een ernstige vorm van afhankelijkheid zodanig dat ambulante behandeling niet meer mogelijk is. Van voornoemde indicaties is bij verzoeker niet gebleken.
- Bij bestudering van de stukken blijkt dat, hoewel de GZ-psycholoog latente suïcidaliteit benoemt, er geen sprake was van een acuut gevaar waarvoor directe opname noodzakelijk was, aldus de medisch adviseur.
- Op grond van de overgelegde informatie en de gedeclareerde zorgkosten blijkt volgens de medisch adviseur niet dat een klinische behandeling noodzakelijk was en waarom verzoeker niet eerst had kunnen starten met (intensieve) ambulante (dag)behandeling.
- 5.4. In de brief van 6 mei 2024, gericht aan de commissie, merkt de zorgverzekeraar op dat uit de informatie in het dossier blijkt dat verzoeker zich in Zuid-Afrika heeft laten behandelen voor zijn verslavingen. In het intakeverslag van 2 mei 2023 is vermeld dat bij verzoeker sprake was van een ernstige gokstoornis, een ernstige stoornis in het gebruik van alcohol, een ernstige stoornis in het tabaksgebruik en daarnaast van andere problemen verband houdend met werk of werkloosheid. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag op 5 mei 2023 afgewezen. Verzoeker heeft zich desondanks in de periode van 4 mei 2023 tot 29 juni 2023 in Zuid-Afrika laten behandelen. De kosten van deze behandeling bedragen totaal € 13.488,-. De medisch adviseur van de zorgverzekeraar heeft geconcludeerd dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van deze kosten. De zorgverzekeraar handhaaft daarom zijn afwijzende beslissing.
- 5.5. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de aanvraag is afgewezen, omdat geen sprake was van een ernstige medische en/of psychische co-morbiditeit die de ambulante behandeling van de verslaving belemmert. Door de zorgaanbieder is wel gesteld dat sprake was van afhankelijkheid van meer middelen, maar een gokverslaving is geen middelenverslaving en behandeling van een verslaving aan tabak is geen verzekerde zorg. Dus de zorgverzekeraar houdt vast aan het standpunt dat geen sprake is van een ernstige co-morbiditeit. Daarnaast heeft voorafgaand aan de opname geen (intensieve) ambulante zorg plaatsgevonden. Daarnaast door de commissie expliciet gevraagd heeft de zorgverzekeraar verklaard dat hij nu niet kan zeggen wat destijds de wachttijd voor verslavingszorg in Nederland was. De zorgverzekeraar benadrukt dat het op de weg van verzoeker had gelegen om hierover contact met hem op te nemen. Het was ook logisch geweest dat verzoeker contact zou zoeken met de zorgverzekeraar, omdat deze over de vergoeding van de behandeling gaat. De zorgverzekeraar gaat niet over tot een gedeeltelijke vergoeding van de kosten. Hij krijgt namelijk vaker dit soort verzoeken en dan ontstaat precedentwerking.

Daarnaar door de commissie expliciet gevraagd heeft de zorgverzekeraar toegezegd na de hoorzitting na te kijken welke ambulante zorg na de opname is gedeclareerd en vergoed en de commissie hiervan een overzicht te sturen.

- 5.6. De zorgverzekeraar heeft - zoals ter zitting is afgesproken - op 24 juli 2024 aan de commissie een overzicht gestuurd van de GGZ-behandelingen in Nederland die ten behoeve van verzoeker zijn gedeclareerd na zijn opname in Zuid-Afrika. De zorgverzekeraar heeft hierbij vermeld dat verzoeker in de periode van 16 juni tot en met 2 oktober 2023 ambulante zorg heeft ondergaan.

## 6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 12 juni 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

### "Beoordeling

*De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.*

*De vraag die in dit geschil centraal staat is of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op de klinische verslavingsbehandeling in Zuid-Afrika.*

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

*Het is onduidelijk of verzoeker in het verleden is behandeld voor zijn gokverslaving. In het dossier wordt een behandeling in 2010 bij AGOG (Anonieme Gokkers en Omgeving Gokkers) vermeld. AGOG is een zelfhulporganisatie voor gokverslaafden en voor mensen met een relatie tot een gokverslaafde. AGOG organiseert zelfhulp groepsbijeenkomsten. Het Zorginstituut merkt op dat dit geen GGZ-behandeling betreft.*

*Verder meldt verweerder een behandeling in 2021 die mogelijk gericht kan zijn geweest op de gokverslaving. Uit de brief van GGNet d.d. 26 oktober 2021 blijkt echter dat verzoeker dat jaar onder behandeling is geweest bij Transfore vanwege somberheid en agressieve gedachten. In de brief van Transfore d.d. 2 februari 2022 staat dat bij verzoeker de diagnose "een andere gespecificeerde disruptieve, impulsbeheersings- of andere gedragsstoornis" is gesteld (wat valt onder de restcategorie). Daarnaast wordt aangegeven dat sprake was van een depressieve stoornis, recidiverende episode, en een (ernstige) stoornis in alcoholgebruik.*

*Het Zorginstituut merkt op dat in deze brief geen melding wordt gemaakt van problemen met gokken. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier lijkt het erop dat verzoeker in het verleden niet in behandeling is geweest vanwege zijn gokverslaving.*

*Wanneer de beslisboom van de MATE wordt gevolgd bij een behandelgeschiedenis van nul tot één keer behandeld, is vooral de mate van sociale integratie bepalend voor de vraag of een ambulante behandeling is aangewezen of een (deeltijd) klinische behandeling. De score voor de ernst van de sociale desintegratie door de MATE wordt bepaald door de vragen die betrekking hebben op "beperkingen - basaal" en "negatieve externe invloed". Verzoeker scoort op deze items niet boven de drempelwaarde. Er is op basis van de MATE dus geen sprake van ernstige sociale desintegratie. Verder blijkt uit het intakeverslag dat verzoeker een woonhuis heeft, een baan (waarbij hij recent de ziektewet is ingegaan) en een netwerk met familie en vrienden. Hierbij merkt het Zorginstituut op dat daarnaast sprake is van een (grote) schuld. Het criterium sociale desintegratie, waarmee bepaald wordt of een opname noodzakelijk is, komt voort uit de vraag of een ambulante behandeling gezien de sociale inbedding mogelijk is. Een (grote) schuld staat een ambulante behandeling echter niet in de weg. De combinatie met het feit dat*

verzoeker in het verleden niet of nauwelijks behandeld is voor zijn verslavingen (gokken, alcohol en tabak), maakt dat verzoeker niet is aangewezen op een (deeltijd) klinische behandeling van zijn verslavingsstoornissen.

### **Conclusie**

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat bij verzoeker geen sprake is van ernstige sociale desintegratie en dat verzoeker in het verleden niet of nauwelijks is behandeld voor zijn verslavingen. Hieruit volgt dat verzoeker niet redelijkerwijs is aangewezen op klinische behandeling van zijn verslavingsstoornissen. De klinische verslavingsbehandeling komt derhalve niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

### **Het advies**

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker is niet redelijkerwijs aangewezen op klinische behandeling van zijn verslavingsstoornissen."

## **7. Bevoegdheid van de commissie**

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## **8. Beoordeling**

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over geneeskundige zorg, meer specifiek GGZ-zorg, 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.
- 8.2. De commissie heeft begrip voor de situatie destijds van verzoeker en zijn ouders. Voor de beoordeling van het onderhavige geschil is de commissie echter gehouden aan de polisvoorwaarden en de geldende wet- en regelgeving.
- 8.3. Verzoeker is naar Zuid-Afrika gegaan om daar klinische verslavingszorg af te nemen. Tussen Nederland en Zuid-Afrika bestaat geen verdrag op het terrein van de sociale ziektekostenverzekering. Dit betekent dat moet worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 8.4. (Klinische) verslavingszorg vormt een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Deze aanspraak is geregeld in artikel B.15 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit is tussen partijen niet in geschil. Wat hen verdeeld houdt, is de vraag of verzoeker op deze zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs was aangewezen, zoals is bepaald in artikel 2.4 van voornoemde voorwaarden.
- 8.5. Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopig advies van 12 juni 2024 geconcludeerd dat verzoeker niet redelijkerwijs was aangewezen op een klinische behandeling van zijn verslavingsstoornissen, omdat ten tijde van de opname in Zuid-Afrika geen sprake was van ernstige sociale desintegratie en verzoeker daarnaast in het verleden niet of nauwelijks is behandeld voor zijn verslavingen. Met het definitieve advies van 12 augustus 2024 heeft het Zorginstituut zijn voorlopig advies bevestigd. De commissie heeft kennisgenomen van het advies van het Zorginstituut en neemt de conclusie hiervan over. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd over een eerdere behandeling van een van zijn verslavingen is niet gedocumenteerd. Dat hij, en zijn ouders, verwachtten dat de kosten zouden

worden vergoed speelt geen rol, nu deze verwachting was gebaseerd op uitlatingen van een hulpinstantie en niet van de zorgverzekeraar. Ook de verwijzing, door deze instantie, naar de kliniek in Zuid-Afrika, is niet relevant. Voor zover al relevant, gelet op het oordeel dat verzoeker niet redelijkerwijs was aangewezen op een klinische behandeling, is de opmerking van verzoeker over de bestaande wachttijden in Nederland van horen zeggen, van algemene aard en niet onderbouwd. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker de zorgverzekeraar heeft gevraagd om zorgbemiddeling, ook niet om zorgbemiddeling naar een klinisch behandeltraject. Dit alles leidt tot het oordeel dat verzoeker geen aanspraak heeft op (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van zijn klinische behandeling bij Cherrywood House in Zuid-Afrika. De vraag hoe het nazorgtraject bij deze instelling is ingericht behoeft onder de gegeven omstandigheden geen beantwoording. Het verzoek wordt afgewezen.

*Slotsom*

8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 september 2024,

mr. H.A.J. Kroon



**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 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

# A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

## A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

### 1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- de zorgadviestrajecten van Zorgverzekeraars Nederland;
- ons eigen wetenschappelijk onderzoek conform de richtlijnen van het Zorginstituut Nederland 2015, bekrachtigd door de Hoge Raad d.d. 30 maart 2018. Een overzicht van het door ons gevoerde wetenschappelijk onderzoek vindt u op onze website [zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/msr](http://zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/msr);
- het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

Onverzekerde zorg komt nooit voor vergoeding in aanmerking.

### 1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

### Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op:

<https://wetten.overheid.nl/jci1.3.c:BWBR0018715&hoofdstuk=2&paragraaf=1&sub-paragraaf=1.1&artikel=2.2&z=2020-05-09&g=2020-05-09>. In deze Regeling is onder artikel 2.2.2 en 2.2.3 ook de tijdelijke aanspraak op paramedische herstellende zorg voor patiënten die ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt, opgenomen.

### 1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

## A.2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

### 2.1 Recht op zorg

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- verzekeringplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- verzekeringplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

### 2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

### 2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

### 2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent. Wij kunnen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg controleren op rechtmatigheid en doelmatigheid.

## A.14 Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?

### 14.1 In sommige gevallen beëindigen wij uw basisverzekering

Wij beëindigen uw basisverzekering:

- met ingang van de dag die volgt op de dag waarop u niet meer voldoet aan de eisen voor inschrijving in de basisverzekering;
- op het tijdstip waarop u niet meer verzekerd bent op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz);
- als u militair in werkelijke dienst wordt;
- bij aangetoonde fraude zoals staat in artikel [A.20](#) van deze algemene voorwaarden basisverzekeringen;
- bij overlijden;
- als wij geen basisverzekering meer mogen aanbieden of uitvoeren, doordat onze vergunning om een schadeverzekeringsbedrijf uit te oefenen, is gewijzigd of ingetrokken. Wij sturen u dan uiterlijk 2 maanden van tevoren hier een bericht over.
- als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen de basisverzekering uit de markt halen, mogen wij eenzijdig uw basisverzekering beëindigen.

Beëindigen wij uw verzekering? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daar van ons een bericht van. In dit bericht leest u, waarom wij uw verzekering beëindigen en op welke datum deze eindigt.

### 14.2 Basisverzekering vervalt ook bij onrechtmatige inschrijving

Komt voor u een verzekeringsovereenkomst tot stand op grond van de Zorgverzekeringswet, en blijkt later dat u geen verzekeringsplicht had? Dan vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop u niet langer verzekeringsplicht had. Heeft u (verzekeringnemer) premie betaald, terwijl u geen verzekeringsplicht meer had? Dan verrekenen wij die premie met de vergoeding van de kosten van de zorg die u (verzekeringnemer) sindsdien heeft ontvangen. Wij betalen het saldo aan u (verzekeringnemer) uit, als u (verzekeringnemer) meer premie heeft betaald dan dat u (verzekeringnemer) aan vergoeding heeft ontvangen. Heeft u (verzekeringnemer) meer vergoeding ontvangen dan u (verzekeringnemer) aan premie heeft betaald? Dan brengen wij die kosten bij u (verzekeringnemer) in rekening. Wij gaan hierbij uit van een maand van 30 dagen.

### 14.3 Beëindigen als u bent aangemeld op grond van artikel 9a tot en met d van de Zorgverzekeringswet

#### 14.3.1 Verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering

Heeft het CAK u bij ons verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering? Dan kunt u deze verzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de verzekering te kunnen vernietigen, moet u aan het CAK en aan ons aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest krachtens een andere zorgverzekering. Het gaat om de periode zoals bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet.

#### 14.3.2 Vernietiging van de verzekeringsovereenkomst

Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee wijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

#### 14.3.3 Niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd

U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Hiermee wijkt u af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

## A.15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

### 15.1 Zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat

Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening, of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
- vergoeding van de kosten van zorg door een ziekenhuis of Zelfstandig behandelcentrum (ZBC) in het buitenland waarmee wij een contract hebben;
- vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal het door ons gecontracteerde tarief in de situatie dat een gecontracteerd ziekenhuis of ZBC in het buitenland een diagnostisch deel van de gecontracteerde behandeling laat uitvoeren door een andere zorgverlener waar het gecontracteerde ziekenhuis of ZBC een samenwerkingsverband mee heeft;
- vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:
  - de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
  - het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
  - het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

#### Let op!

Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

### 15.2 Vergoeding van zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:

- de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
- het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

#### Let op!

Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

### 15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

### 15.4 Nota's uit het buitenland

Als de zorgnota's en bijbehorende documenten (bijvoorbeeld behandelverslagen) niet zijn opgesteld in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans, kunnen wij u vragen om de nota en/of bijbehorende documenten te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

## A.16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

Als een zorgverlener of zorginstelling iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk. Ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener of zorginstelling deel uitmaakt van de basisverzekering.

## A.17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

### 17.1 U moet ons inlichtingen verstrekken

Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel? Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

### 17.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel [17.1](#) van deze algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.

### 17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, of zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

## A.18 Heeft u een klacht?

### 18.1 U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Centrale Klachtcoördinatie

Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling Centrale Klachtcoördinatie. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, telefonisch of via onze website.

Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal voorlegt, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

### 18.2 Wat doen wij met uw klacht?

Zodra wij uw klacht ontvangen, nemen wij deze op in ons klachten-registratiesysteem. U ontvangt hiervan een bevestiging. Daarnaast geven wij u uiterlijk binnen 10 werkdagen een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

### 18.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben afgehandeld? Dan kunt u ons vragen uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de afdeling Klantsignaalmanagement indienen per brief, telefonisch of via onze website. U ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 10 werkdagen geven wij u een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van uw klacht, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

### 18.4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

Wilt u geen herbeoordeling aanvragen? Of voldoet de herbeoordeling niet aan uw verwachtingen? Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), postbus 291, 3700 AG Zeist ([skgz.nl](http://skgz.nl)). De SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen, als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan.

## Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

### Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](http://zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

## Psychische zorg

*Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.*

### B.15 Geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder (tweedelijns GGZ)

Heeft u een psychische stoornis? Dan heeft u recht op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Is het nodig dat u wordt opgenomen voor de behandeling van uw psychische stoornis? Dan heeft u naast de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ook recht op:

- verblijf met verpleging en verzorging;
- paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die tijdens het verblijf bij de behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

### Voorwaarden voor het recht op Geneeskundige GGZ

- U moet 18 jaar of ouder zijn.
- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist (psychiater, specialist ziekenhuis, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten), straatdokter, SEH-arts (spoedeisende hulp) of regiebehandelaar (bij doorverwijzing). Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg.
- De verwijzing moet voldoen aan de 'Verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg' zoals gepubliceerd door het ministerie van VWS.
- Een verwijzing is maximaal 9 maanden geldig. Dit betekent dat u aangemeld moet zijn bij de zorgaanbieder binnen 9 maanden na het afgeven van de verwijzing. Zit er meer dan 9 maanden tussen? Vraag dan een nieuwe verwijzing.
- Uw zorgverlener beschikt over een goedgekeurd kwaliteitsstatuut. Kijk hiervoor op de website van uw zorgverlener of vraag naar het kwaliteitsstatuut.
- Voor uw behandeling in de GGZ is het nodig dat u een regiebehandelaar heeft. Welke behandelaren in de ggz regiebehandelaar mogen zijn, staat beschreven in de geldende veldafpraak. Deze vindt u op onze website.

### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft onder andere geen recht op:

- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- geneeskundige ggz voor verzekerden tot 18 jaar, met of zonder verblijf. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

### Tip!

Op onze website vindt u een overzicht met problemen en diagnoses waarvan de behandeling niet onder de basisverzekering valt en psychologische interventies waarop u vanuit de basisverzekering geen recht heeft.

### Op hoeveel dagen verblijf met behandeling heeft u recht?

Bij psychiatrisch verblijf met behandeling heeft u recht op een onafgebroken verblijf in een GGZ-instelling voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- niet-psychiatrisch ziekenhuisverblijf;
- eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Is het in verband met de behandeling noodzakelijk dat u langer dan 1095 dagen opgenomen blijft? Dan kunt u in overleg met uw zorgverlener een indicatie aanvragen voor de Wet langdurige zorg.

### Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig:

1. voor psychiatrisch verblijf. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener voorafgaand aan het verblijf het aanvraagformulier invullen op deze webpagina: [zk.nl/machtigingggz](http://zk.nl/machtigingggz). Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij laten uw zorgverlener weten of wij toestemming geven of dat wij uw aanvraag afwijzen.
2. voor behandeling met het geneesmiddel Spravato (esketamine) bij een moeilijk behandelbare depressie door een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener het aanvraagformulier invullen op deze webpagina: [zk.nl/machtigingggz](http://zk.nl/machtigingggz). Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij laten uw zorgverlener weten of wij toestemming geven of dat wij uw aanvraag afwijzen.
3. voor behandeling in het buitenland door een zorgverlener zonder Nederlandse AGB-code. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener het aanvraagformulier invullen op deze webpagina: [www.zilverenkruis.nl/consumenten/service/buitenland/formulieren/machtiging-buitenland-ggz](http://www.zilverenkruis.nl/consumenten/service/buitenland/formulieren/machtiging-buitenland-ggz). Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij laten uw zorgverlener weten of wij toestemming geven of dat wij uw aanvraag afwijzen.

### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

#### Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](http://zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

## Spreken en lezen

*Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.*

### B.16 Logopedie

U heeft recht op behandelingen door een logopedist voor zover deze zorg een geneeskundig doel heeft. Logopedisten behandelen aandoeningen op het gebied van persoonlijke communicatie, stem, taal, spraak, gehoor en slikken. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat logopedisten als zorg plegen te bieden. Hieronder valt ook stottertherapie door een logopedist.

#### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. behandelingen die wij niet onder logopedie verstaan. Dit is de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- b. toeslagen voor:
  - afspraken buiten reguliere werktijden;
  - niet-nagekomen afspraken;
  - rapporten.

### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

#### Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](http://zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

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

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

## Artikel 11

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

---

# Besluit zorgverzekering

---

## Artikel 2.1

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

## Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
  - a. de zorg niet omvat:
    - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
    - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
    - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
    - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
    - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
  - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
    - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
    - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
    - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
    - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en 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.