

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en ONVZ
Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten en ONVZ Aanvullende
Verzekering N.V. te Houten

Zaak : EU/EER, Portugal, geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg
(GGZ), Villa Ramadas

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1
Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022, art. 20
van (EG) Verordening nr. 883/2004

Zaaknummer : 202201560

Zittingsdatum : 11 oktober 2023

1. Partijen

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

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 2 april 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 19 mei 2023 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 15 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 16 juni 2023 aan verzoeker gestuurd. Op 4 augustus 2023 heeft verzoeker een aanvullend stuk aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 4 augustus 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 31 augustus 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023026440) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 1 september 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 oktober 2023 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. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 16 oktober 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 31 augustus 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 24 oktober 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Jaahh basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Jaahh tand bij een ongelukje en Jaahh tand (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker is door zijn huisarts verwezen naar Villa Ramadas in Portugal voor behandeling van zijn (alcohol)verslavingsproblematiek. In maart 2022 is namens verzoeker bij de

ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een klinische behandeling bij Villa Ramadas in Portugal.

- 3.3. Bij brief van 22 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat geen toestemming wordt verleend voor de aangevraagde klinische behandeling bij Villa Ramadas in Portugal.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 9 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 31 augustus 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 24 oktober 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de reeds uitgevoerde klinische behandeling bij Villa Ramadas te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. Verzoeker kampt al enige jaren met een alcoholverslaving. In 2021 is hij hiervoor met succes behandeld bij Villa Ramadas in Portugal. De ziektekostenverzekeraar heeft destijds, zonder enige voorwaarde, toestemming verleend voor deze behandeling en de kosten hiervan vergoed. Helaas heeft verzoeker begin 2022 een terugval gehad en daarom is hij nogmaals behandeld bij Villa Ramadas.
Verzoeker heeft toegelicht dat hij was aangewezen op behandeling aldaar, omdat hem in Nederland niet tijdig de zorg kon worden geboden die hij nodig had. Verzoeker heeft zich vanaf februari 2022, zonder succes, bij verschillende GGZ-instellingen voor verslavingszorg gemeld. De wachtlijsten voor behandeling in Nederland zijn onmenselijk lang en verzoeker was daarom genooddaakt zich opnieuw tot Villa Ramadas te wenden. Hij merkt daarbij op dat de kosten van de behandeling bij Villa Ramadas niet hoger zijn dan de kosten van een behandeling in Nederland.
Een zorgverzekeraar behoort zorg te faciliteren. Zeker als de gevraagde zorg in het buitenland, zonder wachtlijsten, voorhanden is en de kosten ervan niet hoger zijn dan de kosten van een behandeling in Nederland. Verzoeker mag dan rekenen op medewerking van zijn zorgverzekeraar, maar de ziektekostenverzekeraar heeft dit nagelaten.
- 4.3. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag ten onrechte heeft afgewezen, omdat therapeutisch proefverlof geen onderdeel zou zijn van het behandelplan van Villa Ramadas. Weliswaar was therapeutisch proefverlof geen onderdeel van het éérste behandelplan, maar na de afwijzing door de ziektekostenverzekeraar heeft Villa Ramadas het behandelplan aangepast en is therapeutisch proefverlof hiervan alsnog onderdeel geworden. Hierna is opnieuw een machtigingsaanvraag ingediend en ook deze tweede aanvraag is afgewezen, omdat therapeutisch proefverlof geen onderdeel zou zijn van het behandelplan. Verzoeker heeft toegelicht dat het behandelplan van Villa Ramadas voldoet aan de daarvoor geldende eisen. Therapeutisch proefverlof is onderdeel van het (tweede) behandelplan én het behandelplan voorziet in nazorg. Ter onderbouwing hiervan heeft hij het desbetreffende behandelplan van Villa Ramadas overgelegd. Daarbij komt dat online ambulante hulp is aangeboden door Villa Ramadas bij terugkomst van verzoeker in Nederland. Ook heeft Villa Ramadas bemiddeld om verzoeker enige tijd te laten opnemen in een safehouse.

- 4.4. Bij Villa Ramadas is verzoeker behandeld in een groep van twintig Nederlandse patiënten die bij verschillende zorgverzekeraars waren verzekerd. Alle medepatiënten hebben de behandeling zonder enige restrictie vergoed gekregen. Bovendien zijn er meerdere mogelijkheden om in het buitenland worden behandeld, zoals bijvoorbeeld een behandeling in Zuid-Afrika. Deze behandelingen worden wel vergoed.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker nog toegelicht dat de aanvraag is afgewezen, omdat wordt getwijfeld of gedurende de behandeling een therapiepauze wordt ingelast. Therapiepauze wordt genoemd in de Zorgstandaard uit 2017, maar dit document is gedateerd. Daarbij komt dat een Zorgstandaard een leidraad is waarmee een dringend advies wordt gegeven aan zorgverleners om bepaalde therapie richting te geven. Dit is geen verplichting. Een zorgverlener kan hier om hem moverende redenen van afwijken. Bij de kliniek in Nederland waar verzoeker op dit moment wordt behandeld, wordt therapiepauze niet noodzakelijk geacht. Het is de vraag hoe belangrijk therapiepauze is als onderdeel van de Zorgstandaard. In het eerste behandelplan werd therapiepauze niet genoemd, terwijl dit wel onderdeel was van de behandeling. In de tweede versie van het behandelplan wordt therapiepauze wel genoemd en is dit onderdeel zelfs uitgebreid. Daarnaast is het bij zowel Villa Ramdas als de Nederlandse kliniek waar verzoeker wordt behandeld mogelijk om acuut te worden opgenomen als het misgaat na een klinische opname. Er zou meer naar de praktijk moeten worden gekeken in plaats van naar de opgestelde regels.
- Volgens verzoeker hebben de cliënten waarmee hij in Portugal is behandeld vergoeding gekregen van hun zorgverzekeraar. Ook verzoeker heeft in het verleden vergoeding gekregen voor de behandeling bij Villa Ramadas. Destijds werd niet getwijfeld aan de kwaliteit van de zorg van Villa Ramadas. Het is onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar dit nu als afwijgrond opwerpt. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de behandeling in 2021 door Villa Ramadas verkeerd gedeclareerd. Dit is iets tussen Villa Ramadas en de ziektekostenverzekeraar.
- In Nederland zijn de wachtlijsten voor verslavingszorg erg lang, namelijk zes tot twaalf maanden. Afwijzen van een behandeling in Portugal betekent dat een verslaafde minimaal een half jaar moet wachten op hulp. Dit kan desastreuze gevolgen hebben. Relevant is dat een verslaafde gemiddeld zes keer klinisch moet worden opgenomen om een stabiel persoon te worden die alle verleidingen van drank om zich heen kan weerstaan. Het is de vraag of de twijfel over de therapiepauze als onderdeel van de behandeling zwaarder zou moeten wegen dan de lange wachtlijsten die in Nederland bestaan voor verslavingszorg. In de farmaceutische wereld kampen apothekers al jaren met grote tekorten geneesmiddelen. Hier zijn creatieve oplossingen bedacht. Dit zou ook moeten gebeuren voor de verslavingszorg. Het huidige zorgstelsel bestaat sinds 2006. De ziektekostenverzekeraar moet zorgen voor landelijke dekking en doelmatige zorg. Zorg is bij voorkeur zo goedkoop mogelijk. Als zorg begint met een wachttijd van acht maanden of langer, heeft een zorgverzekeraar de plicht om te kijken wat er gebeurt. In het kader van doelmatigheid dient rekening te worden gehouden met de kosten die worden gemaakt als iemand moet worden behandeld voor bijvoorbeeld een hartinfarct of suïcidale neigingen.
- Verzoeker heeft opgemerkt dat geen wachtlijstbemiddeling is aangeboden door de ziektekostenverzekeraar. Wachtlijstbemiddeling is een logisch gevolg van een afwijzing. Het is onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar hier niet op heeft gewezen.
- 4.6. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de kosten van de reeds uitgevoerde behandeling bij Villa Ramadas niet worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat hij wettelijk verplicht is om te toetsen of een aanvraag voldoet aan de voorwaarden van de Zorgverzekeringswet. Bij machtigingsplichtige zorg, zoals bij verzoeker aan de orde is, wordt dit voorafgaand aan de behandeling getoetst. Zorg moet onder andere voldoen aan de stand

van de wetenschap en praktijk en een verzekerde moet redelijkerwijs naar aard en omvang zijn aangewezen op een vorm van zorg.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband aangevoerd dat de klinische behandeling bij Villa Ramadas niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ter onderbouwing hiervan verwijst hij naar het bindend advies van de commissie van 8 november 2021 (SKGZ202100016). De klinische behandeling bij Villa Ramadas is niet in overeenstemming met de daarvoor geldende richtlijnen. De Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving (2017) (hierna: de Zorgstandaard) stelt ten aanzien van het therapeutisch proefverlof het volgende: *'Gepast gebruik van zorg is een van de uitgangspunten binnen de Zorgstandaard. Gepast gebruik 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'). Zo maakt therapeutisch proefverlof vanuit klinische opname een essentieel onderdeel uit van de behandeling. Het vanuit de kliniek oefenen van vaardigheden past in graduele afbouw van de intensiteit van de zorg.'* Proefverlof houdt volgens de ziektekostenverzekeraar in dat een betrokkene gedurende de opname terugkeert naar de thuissituatie. Daarbij moet er altijd de mogelijkheid zijn om in geval van ernstige terugval en crisis terug te keren naar de instelling waar de betrokkene verblijft. Dit is niet mogelijk bij opname in het buitenland. Daarnaast gaat de Zorgstandaard ervan uit dat een klinische behandeling is ingebed in een ambulante behandeltraject. Klinische behandelingen dienen een aansluitende vervolgbehandeling te hebben. Alleen bij een goede inbedding in een ambulante behandeltraject (goede voor- en nazorg) in Nederland kan een behandeling in het buitenland als effectief worden aangemerkt. Het behandelplan van Villa Ramadas voorziet niet in therapeutisch proefverlof, dat volgens de Zorgstandaard essentieel is. Daarnaast is geen duidelijk nazorgprogramma bekend na de opname. Hoewel Villa Ramadas het heeft over de mogelijkheid om een minder intensief nazorgtraject te volgen, blijkt uit de aangeleverde informatie geen duidelijk individueel behandelplan voor deze nazorg en evenmin dat deze nazorg kan worden gelijkgesteld aan een therapeutisch proefverlof.
- 5.3. Weliswaar zijn de kosten van een behandeling bij Villa Ramadas in 2021 vergoed, maar dit betekent niet automatisch dat de kosten voor de behandeling in 2022 ook voor vergoeding in aanmerking komen. Uit de gegevens van de ziektekostenverzekeraar is gebleken dat de behandeling in 2021 door Villa Ramadas als ambulante behandeling is gedeclareerd. Voor een ambulante behandeling gold in 2021 geen machtigingsplicht. Inmiddels is gebleken dat de behandeling in 2021 een klinische opname betrof, waar volgens de voorwaarden van de zorgverzekering vooraf toestemming voor had moeten worden gevraagd. Los van de eerste, incorrect gedeclareerde behandeling, blijkt uit de voorwaarden van de zorgverzekering van 2022 dat een machtiging vooraf noodzakelijk is bij opname binnen de GGZ of een langere ambulante GGZ behandeling (meer dan 35 consulten) bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.
- 5.4. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij niet kan ingaan op de stelling van verzoeker dat deze behandeling in het buitenland voor andere lotgenoten wel wordt vergoed door hun zorgverzekeraar. De verzekering op basis van de Zorgverzekeringswet zou door elke zorgverzekeraar op gelijke wijze moeten worden uitgevoerd.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar nog aangevoerd dat de aangevraagde zorg niet voldoet de stand van de wetenschap en praktijk. Therapeutisch proefverlof is een essentieel onderdeel van behandeling in de verslavingszorg. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de Zorgstandaard van 2017. Therapeutisch proefverlof maakt geen onderdeel uit van de behandeling bij Villa Ramadas. Het Zorginstituut is van oordeel dat therapeutisch proefverlof een essentieel onderdeel is van de behandeling en dat de zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk nu het therapeutisch proefverlof bij Villa Ramadas ontbreekt. In het verleden heeft Villa Ramdas een ambulante behandeltraject gedeclareerd. Voor klinische behandeling in het buitenland is op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering een

machtiging van de ziektekostenverzekeraar Op grond van het Besluit Zorgverzekering dient de zorg die wordt geboden te voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De zorg van Villa Ramadas voldoet niet aan geldende voorwaarden en wordt daarom niet vergoed. Dat wachtlijsten bestaan voor verslavingszorg in Nederland maakt dat niet anders. Volgens de verzoeker kan worden afgeweken van de Zorgstandaard en zou er, gelet op de wachtlijsten, een andere afweging moeten worden gemaakt. Dit is kiezen tussen twee kwaden. De ziektekostenverzekeraar heeft zich geconcentreerd op de zorginhoudelijke kant van het verhaal. Dit betekent niet dat hij geen empathie heeft voor deze groep verzekerden. De ziektekostenverzekeraar heeft zich niet uitgelaten over de kwaliteit van de nazorg. Hij heeft zich op het standpunt gesteld dat uit de huidige beschrijving van de nazorg niet blijkt of deze voldoet aan de geldende voorwaarden. Op basis van de beschikbare informatie kan niet worden beoordeeld of nazorg in de klinische behandeling is ingebed. Het is de ziektekostenverzekeraar niet bekend hoe andere zorgverzekeraars omgaan met aanvragen van Villa Ramdas. Hij wijst op een eerder bindend advies van de commissie en merkt op dat dit niet de eerste keer is dat een aanvraag voor behandeling bij Villa Ramadas wordt afgewezen. De stelling van verzoeker dat Villa Ramdas zorg aanbiedt die vergelijkbaar is met therapeutisch proefverlof, kan niet worden gevolgd. Dit is niet te controleren en dat is hij ook niet verplicht. Daarom hanteert hij een toestemmingsvereiste. Er moet een behandelplan worden ingediend en dat wordt beoordeeld. Hierbij hoeft de ziektekostenverzekeraar geen navraag te doen. De individuele zorg moet goed omschreven zijn in het behandelplan. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht waarom geen zorgbemiddeling is aangeboden. Pas in de klachtenprocedure werd het hem duidelijk dat er problemen waren met wachtlijsten. Dan is het niet gepast om verzoeker naar een andere zorgaanbieder te bemiddelen. Verzoeker stelt zich immers op het standpunt dat de zorg bij Villa Ramadas wel deugdelijk is. Als in een eerder stadium duidelijk was geweest dat de nood van verzoeker zo hoog was en dat problemen bestonden met de wachtlijsten, had de ziektekostenverzekeraar zorgbemiddeling moeten aanbieden.

- 5.6. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 31 augustus 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Therapeutisch proefverlof

De zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving van 2 november 2017 beschrijft waaraan goede ondersteuning en zorg voor mensen met (beginnende) alcoholproblemen minimaal moet voldoen.

In de zorgstandaard staat over therapeutisch proefverlof het volgende:

'Gepast gebruik van zorg is een van de uitgangspunten binnen de zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving. Gepast gebruik 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'). Zo maakt therapeutisch proefverlof vanuit klinische opname een essentieel onderdeel uit van de behandeling. Het vanuit de kliniek oefenen van vaardigheden past in graduele afbouw van de intensiteit van de zorg.'

Anders dan verweerder stelt blijkt uit de zorgstandaard niet dat het proefverlof per se inhoudt dat betrokkene terugkeert naar de thuissituatie. Er wordt kortweg gesproken over proefverlof. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk om vrijheden op te bouwen in de buurt van de kliniek. De oefensituaties

die worden aangeboden, bootsen dan een thuissituatie na, zoals een bezoek aan supermarkt met alle triggers van dien.

In het behandelplan van Villa Ramadas staat:

'In week 5 van de behandeling krijgt patiënt de mogelijkheid om een week op proefverlof te gaan als oefening in de thuissituatie.'

Volgens de zorgstandaard is therapeutisch proefverlof een essentieel onderdeel van de behandeling. Het Zorginstituut is van oordeel dat het aanbieden van 'de mogelijkheid tot proefverlof' het proefverlof een te vrijblijvend karakter geeft en dat dit niet in overeenstemming is met de zorgstandaard. Bovendien is niet uit het dossier af te leiden of het proefverlof - in de thuisomgeving of in de omgeving van de kliniek - daadwerkelijk heeft plaatsgevonden.

Ambulant behandeltraject

De zorgstandaard gaat ervan uit dat een klinische behandeling is ingebed in een ambulant behandeltraject. Dit betekent dat klinische behandelingen een aansluitend ambulante vervolghandeling dienen te hebben, omdat de periode na ontslag geldt als een kwetsbare periode. Als het therapeutisch proefverlof in de eigen (woon)omgeving niet heeft kunnen plaatsvinden, is het des te meer van belang dat de behandeling in het buitenland is ingebed in een ambulant vervolghandeling in Nederland. Als dat niet het geval is voldoet de behandeling niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Over nazorg is in het behandelplan het volgende geschreven:

'Villa Ramadas GGZ onderschrijft het belang van nazorg als aanvulling op de behandeling. Binnen Villa Ramadas GGZ wordt patiënt langdurig nazorg aangeboden in de vorm van individuele/groepssessies (fysiek, online of gecombineerd) en/of nazorg in de vorm van E-health. Tevens is er aandacht voor de onderliggende comorbide problematiek. Patiënt zal op het gebied van nazorg na de klinische behandeling een minder intensief traject volgen door middel van een ambulante behandeling gedurende 18 weken met een frequentie van 2 individuele gesprekken (75 minuten per gesprek) en 1 groepssessie (90 minuten) per week.'

Villa Ramadas geeft - na een algemene beschrijving van de verschillende mogelijkheden voor nazorg - aan dat in het geval van verzekerde is gekozen voor 18 weken, groeps- en individuele sessies. Wat ontbreekt is informatie over hoe, vanuit welke locatie en door wie deze ambulante nazorg wordt vormgegeven, waardoor deze nazorg op de inhoud lastig te beoordelen is.

Het Zorginstituut is op grond van het voorgaande van oordeel dat het behandelplan van Villa Ramadas niet in overeenstemming is met de zorgstandaard voor wat betreft therapeutisch proefverlof. Verder blijkt uit het behandelplan onvoldoende duidelijk hoe de ambulante nazorg wordt vormgegeven. De behandeling voldoet daarom niet aan de geldende richtlijnen.

Conclusie

De behandeling van verzekerde bij Villa Ramadas voldoet - wegens het ontbreken van therapeutisch proefverlof als essentieel onderdeel van de behandeling - niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In hoeverre de nazorg voldoet aan de zorgstandaard is vanwege het ontbreken van informatie niet goed te beoordelen.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een klinische behandeling in Villa Ramadas in Portugal in verband met de verslavingsproblematiek van verzekerde maakt geen onderdeel uit van het basispakket. Verzekerde kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van de behandeling ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 24 oktober 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen.

Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen."

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 80 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), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over specialistische GGZ en de stand van de wetenschap en praktijk zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Tevens is hierin het relevante artikel uit (EG) Verordening nr. 883/2004 vermeld. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. Verzoeker heeft een geplande behandeling in een andere EU-lidstaat, namelijk Portugal, ondergaan. Hierop ziet artikel 20 van (EG) Verordening nr. 883/2004. Op grond van deze bepaling heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt, en (ii) de zorg niet tijdig in Nederland beschikbaar is. Daarnaast geldt de eis dat een verzekerde voorafgaand aan de behandeling toestemming vraagt aan de zorgverzekeraar. Vraagt de verzekerde geen toestemming, dan blijft de verordening in beginsel buiten beschouwing. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05).
- 8.3. Verzoeker heeft in maart 2022 aan de ziektekostenverzekeraar toestemming gevraagd voor een klinische behandeling bij Villa Ramadas. De ziektekostenverzekeraar heeft de toestemming geweigerd, omdat de zorg niet onder de dekking van de zorgverzekering valt. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat de aangeboden klinische behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, moet in de eerste plaats worden beoordeeld of de desbetreffende behandeling voldoet aan het gestelde in artikel 24 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie neemt hierbij het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt.
- 8.4. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 8.5. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is de zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat

de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.

- 8.6. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de klinische behandeling bij Villa Ramadas in Portugal. Het advies van 31 augustus 2023 bevat de uitkomst hiervan. Uit het advies blijkt dat op grond van de geldende richtlijnen, in het bijzonder de Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving van 2 november 2017 (hierna: de Zorgstandaard), therapeutisch proefverlof een essentieel onderdeel vormt van de behandeling. De Zorgstandaard gaat er voorts van uit dat klinische behandeling een aansluitend ambulante vervolgbehandeling dient te hebben, omdat de periode na ontslag geldt als een kwetsbare periode. Als therapeutisch proefverlof in de eigen (woon)omgeving niet heeft kunnen plaatsvinden, is het des te meer van belang dat de behandeling in het buitenland is ingebed in een ambulante vervolgtraject in Nederland. Als dat niet het geval is, voldoet de behandeling niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- Het Zorginstituut overweegt dat het aanbieden door Villa Ramadas van "de mogelijkheid tot proefverlof" het proefverlof een te vrijblijvend karakter heeft en dat dit niet in overeenstemming is met de zorgstandaard. Bovendien is, aldus het Zorginstituut, uit het dossier niet af te leiden of het proefverlof - in de thuisomgeving of in de omgeving van de kliniek - in dit geval daadwerkelijk heeft plaatsgevonden.
- Hoewel Villa Ramadas verklaart dat in het geval van verzoeker is gekozen voor 18 weken groeps- en individuele sessies, blijkt uit het behandelplan, zoals het Zorginstituut overweegt, onvoldoende duidelijk hoe de ambulante nazorg is vormgegeven. De behandeling voldoet daarom niet aan de geldende richtlijnen.
- Het Zorginstituut concludeert dat de behandeling van verzoeker bij Villa Ramadas - wegens het ontbreken van therapeutisch proefverlof als essentieel onderdeel van de behandeling - niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In hoeverre de nazorg voldoet aan de zorgstandaard is vanwege het ontbreken van informatie niet goed te beoordelen. Het Zorginstituut adviseert het verzoek af te wijzen. De commissie ziet geen aanleiding om van het advies van het Zorginstituut af te wijken.
- 8.7. De commissie oordeelt dat de klinische behandeling van verzoeker bij Villa Ramadas in verband met de verslavingsproblematiek geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Zo er al sprake van is dat andere zorgverzekeraars de behandeling wél vergoeden - waarbij overigens door verzoeker niet aannemelijk is gemaakt dat dit is gebeurd ten laste van de zorgverzekering - kan die omstandigheid niet leiden tot een andere uitkomst.
- Omdat met (EG) Verordening nr 883/2004 geen uitbreiding van de verzekerde zorg en andere diensten is beoogd, werd de toestemming op grond van de verordening terecht geweigerd.
- 8.8. Verzoeker heeft nog opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar wachtlijstbemiddeling had kunnen aanbieden, ondanks dat hier niet om is gevraagd. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat wachtlijstbemiddeling in een klachtenprocedure niet aan de orde kan komen, overtuigt niet. De commissie overweegt dat de handelswijze van de ziektekostenverzekeraar met betrekking tot de wachtlijstbemiddeling weliswaar geen schoonheidsprijs verdient, maar de commissie acht hetgeen verzoeker daaromtrent naar voren heeft gebracht onvoldoende om hieraan consequenties te verbinden.
- Slotsom*
- 8.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 november 2023,

L. Ritzema

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 ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

● Gespecialiseerde ggz

Als u ernstige psychische problemen heeft.

● Vergoeding per verzekering

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

● Wat u vergoed krijgt

Bij ernstige psychische problemen krijgt u een verwijzing voor gespecialiseerde ggz. De behandeling bestaat vaak uit gesprekken met bijvoorbeeld een psychiater of psychotherapeut. Soms krijgt u geneesmiddelen. Als dat nodig is, wordt u opgenomen in een ggz-instelling of op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

U krijgt altijd een regiebehandelaar. Die is voor u (en uw naasten) het eerste aanspreekpunt. En kan ook andere behandelaars inzetten. Uw regiebehandelaar zorgt dan voor een goede samenwerking en heeft een coördinerende rol. Wie voor de behandeling regiebehandelaar mogen zijn, staat hieronder bij 'Hier kunt u terecht'.

De basisverzekering vergoedt gespecialiseerde ggz vanaf 18 jaar.

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

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

Is opname nodig voor een goed resultaat van de behandeling? Dan vergoedt de basisverzekering die ook. Met daarbij, als dat nodig is: verpleging en verzorging, paramedische zorg¹, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Krijgt u tijdens de opname ook dagbesteding? Dan vergoeden wij ook die dagbesteding en het vervoer daar naartoe.

Hier kunt u terecht

- zelfstandige zorgverlener met nummer 1, 2, 3 of 4 hieronder
- ggz-instelling of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Daar mag uw regiebehandelaar elk van de 9 zorgverleners hieronder zijn. Bij een behandeling met opname is uw regiebehandelaar in principe nummer 1 of 4. Zij mogen toestemming geven dat u de regiebehandelaar van voor uw opname houdt

1. klinisch psycholoog
2. psychotherapeut
3. klinisch neuropsycholoog
4. psychiater
5. gz-psycholoog²
6. verpleegkundig specialist ggz
7. bij dementie: specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater
8. bij verslaving of gokproblematiek: verslavingsarts
9. physician assistant, sociaal psychiatrisch verpleegkundige of orthopedagoog-generalist, als zij zich houden aan de voorwaarden van de veldafspraak tijdelijke invulling regiebehandelaarschap

Overgangsregeling 18-jarigen

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

Dit wordt niet vergoed

- behandeling van eenvoudige psychische stoornissen die in de Generalistische basis-ggz of met Psychische zorg bij de huisarts kunnen worden behandeld
- behandeling van werkproblemen³, relatieproblemen en aanpassingsstoornissen⁴
- zorg waarvan de effectiviteit niet of onvoldoende bewezen is. Meer informatie hierover staat in het overzicht therapieën ggz
- als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen contract hebben, krijgt u een maximale vergoeding. Rekent uw zorgverlener een hoger bedrag, dan betaalt u het verschil zelf

• Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor gespecialiseerde ggz geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

Meestal bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg

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

• Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de zorgverlener gaat, moet u een gerichte verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts, een medisch specialist of SEH-arts⁵. Dit betekent dat de huisarts of medisch specialist vindt dat de gespecialiseerde ggz de meest geschikte behandelvorm is. Bij acute zorg⁶ is geen verwijzing nodig.

Als u onder behandeling bent in de Generalistische basis-ggz, dan kan uw regiebehandelaar u ook doorverwijzen naar de gespecialiseerde ggz. U hoeft dan niet eerst langs de huisarts.

Controleer of uw zorgverlener een contract met ons heeft

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

Soms moet u vooraf toestemming vragen

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

- u meer dan 35 consulten nodig heeft, of
- u korter dan 1 jaar wordt opgenomen, of
- u Esketamine neusspray (Spravato) krijgt voorgeschreven

Voor verlenging van een opname na 1 jaar moet u ons altijd vooraf toestemming vragen

Blijft u langer dan een jaar opgenomen? Dan moet u daarvoor uiterlijk in de 10e maand van uw opname toestemming aan ons vragen. Meestal regelt uw zorgverlener dat voor u.

● **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Een psychische stoornis volgens de DSM

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

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de gespecialiseerde ggz die psychiaters en klinisch psychologen normaal gesproken verlenen en waarvan de effectiviteit is bewezen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Soms krijgt u uw geneesmiddelen van uw ggz-instelling

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

Uw zorgverlener moet een goedgekeurd kwaliteitsstatuut hebben en zich houden aan veldafspraken

In het kwaliteitsstatuut ggz staat aan welke kwaliteitseisen de zorgverlener voldoet, en hoe de zorg er is geregeld. U vindt het kwaliteitsstatuut op de website van de zorgverlener. In de veldafspraken staan afspraken over verantwoording, controles en gepast gebruik. Heeft uw zorgverlener geen goedgekeurd kwaliteitsstatuut of houdt die zich niet aan de veldafspraken? Dan kan dit gevolgen hebben voor uw vergoeding.

Let op bij zorg in het buitenland

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

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

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

Wachtlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

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

Uitleg

1. Paramedische zorg: Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek
2. Gz-psycholoog: Ook: gezondheidszorgpsycholoog
3. Werkproblemen: Bijvoorbeeld burn-out en overspannenheid
4. Aanpassingsstoornissen: Daarvan is sprake als iemand moeite heeft om zich op emotioneel gebied aan te passen aan een veranderde situatie, bijvoorbeeld na een overlijden of echtscheiding
5. SEH-arts: Spoedeisende hulp arts
6. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

● Buitenland: niet-spoedeisende (voorziene) zorg

Als u voor een behandeling naar het buitenland wilt.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% volgens Nederlands tarief Zorg die onder basisverzekering valt, tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Startfit	Startfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Benfit	Benfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Optifit	Optifit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Topfit	Topfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
Superfit	Zorg volgens vergoedingen Superfit 100% ziekenhuiszorg België en Duitsland Aanvulling basisverzekering in EU-, EER- of verdragsland <ul style="list-style-type: none">• Ziekenhuiszorg in België of Duitsland 100%, in (ander) EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (inclusief vergoeding basisverzekering)• Andere zorg die onder de basisverzekering valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (inclusief vergoeding basisverzekering)• Zorg die onder Superfit valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten, daarbuiten tot 1 x dat bedrag
Tandfit A	Tandfit A vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit B	Tandfit B vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit C	Tandfit C vergoedingen gelden ook in het buitenland
Tandfit Preventief	Tandfit Preventief vergoedingen gelden ook in het buitenland
Wereldfit	100% medisch specialist in België en Duitsland Alleen voor zorg in ziekenhuis

● Wat u vergoed krijgt

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

Zorg in het buitenland en reizen

Daarbij gaan we eerst in op de vergoedingen. Bij 'Dit moet u zelf doen' hieronder staat of u een verwijzing moet hebben. En wanneer u ons eerst toestemming moet vragen.

Wat vergoedt de basisverzekering?

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

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

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

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

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

Wat vergoedt de aanvullende verzekering?

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

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

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

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

Dit wordt niet vergoed

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

Waar kan ik terecht? Wat zijn de voorwaarden?

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

Zorg in het buitenland en reizen

Andere vergoedingen

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

• Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

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

De eigen bijdrage

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

• Dit moet u zelf doen

Vaak moet u een verwijzing of voorschrift hebben

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

Soms moet u vooraf toestemming vragen

Voor zorg in het buitenland moet u vooraf toestemming van ons hebben in 3 situaties:

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

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

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

Wereldfit of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit

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

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Een second opinion kan ook

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

Uitleg

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)*”