Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen
prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202501942

Partijen

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

en

Salland Zorgverzekeraar N.V. te Deventer, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

1.1. Verzoeker heeft bij brief van 30 november 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 18 januari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

1.2. Bij brief van 19 maart 2026 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 23 maart 2026 aan verzoeker gestuurd.

1.3. Bij brief van 15 april 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026006305) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft hierbij nader onderzoek geadviseerd. Een kopie van voornoemd advies is op 20 april 2026 aan partijen gezonden, waarbij verzoeker is gevraagd om het geadviseerde nader onderzoek te verrichten. Op 9 mei 2026 heeft verzoeker hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 12 mei 2026 aan de zorgverzekeraar gestuurd. Bij brief van 19 mei 2026 heeft de zorgverzekeraar gereageerd. Een kopie hiervan is op 20 mei 2026 aan verzoeker gezonden. Diezelfde dag zijn de nagekomen stukken ook in kopie aan het Zorginstituut gestuurd.

1.4. Bij brief van 16 juni 2026 heeft het Zorginstituut een nader voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is diezelfde dag aan partijen gezonden.

1.5. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 5 augustus 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

1.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 13 augustus 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het nader voorlopig advies van 16 juni 2026 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie een vraag gesteld. Bij brief van 10 september 2026 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 11 september 2026 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld te reageren. Bij brief van 17 september 2026 heeft de zorgverzekeraar gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 18 september 2026 aan verzoeker gestuurd. Van verzoeker heeft de commissie geen reactie ontvangen.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzoeker was in 2025 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering).

2.2. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor een klinische GGZ-behandeling bij Het Ankerhuis in Kaapstad, Zuid-Afrika, in verband met verslaving.

2.3. Bij brief van 2 juli 2025 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.

2.4. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 31 juli 2025 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

2.5. Verzoeker is van 31 augustus 2025 tot 9 november 2025 behandeld in Kaapstad.

2.6. Bij brief van 15 april 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

2.7. Bij brief van 16 juni 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht.

2.8. Bij brief van 10 september 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de klinische GGZ-behandeling in verband met verslaving, uitgevoerd bij Het Ankerhuis in Kaapstad, geheel of gedeeltelijk te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

3.2. Verzoeker heeft in zijn brief van 30 november 2025 toegelicht dat hij van 31 augustus 2025 tot 9 november 2025 een intensieve verslavingsbehandeling heeft ondergaan in een gespecialiseerd centrum in Zuid-Afrika. De beslissing om de behandeling daar te volgen is genomen op medisch advies van FACT-Mentrum in Amsterdam, nadat meerdere Nederlandse behandeltrajecten ontoereikend waren gebleken. De behandeling in Kaapstad was gericht op acute en ernstige verslavingsproblematiek, en deze wordt in Nederland niet op een vergelijkbare manier of met dezelfde intensiteit aangeboden.

3.3. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag ten onrechte afgewezen. Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat de behandeling medisch noodzakelijk was en het resultaat van een zorgvuldig traject nadat diverse Nederlandse instellingen niet het gewenste effect hadden bereikt. De opname in Kaapstad was een laatste kans op herstel en ter voorkoming van verdere gezondheidsschade. Op grond van de Zorgverzekeringswet en het recht op passende zorg mag een verzekerde niet de dupe worden van beperkte contractering als in Nederland geen gelijkwaardige en intensieve behandeling beschikbaar of tijdig toegankelijk is. Verzoeker heeft hierbij verwezen naar de artikelen 2.1 en 11 van de Zorgverzekeringswet. Ook leidt de afwijzing van de zorgverzekeraar tot een onevenredig nadeel voor verzoeker, die in Kaapstad aantoonbaar de medische zorg heeft ontvangen die in overeenstemming is met de doelstellingen van de zorgverzekering, namelijk herstel, genezing en preventie van recidive. De afwijzing is in strijd met het redelijke verwachtingspatroon van een verzekerde in een ernstige medische situatie. Verder

geldt dat andere verzekeraars wél volledige vergoeding toekennen vanuit de zorgverzekering voor de behandeling bij de kliniek in Kaapstad.

3.4. Bij bericht van 9 mei 2026 heeft verzoeker benadrukt dat het contact en de afstemming van de behandelaars van Het Ankerhuis met zowel de familie als de specialisten van FACT-Mentrum optimaal waren. Wekelijks kon de familie aanschuiven bij een voorlichtingssessie van de specialisten en psychiaters van Het Ankerhuis, betreffende diverse aspecten van verslaving en de behandeling daarvan. Op gezette tijden vonden er digitale sessies plaats met een behandelaar, samen met verzoeker, en zijn familie in Nederland. Daarnaast waren de behandelaars van verzoeker bij FACT-Mentrum in Amsterdam voortdurend beschikbaar voor collegiaal overleg en advies. FACT-Mentrum had ook vóór het vertrek naar Kaapstad de antidepressiva voor het volledige verblijf in Zuid-Afrika geregeld en verzegeld meegegeven. Tot slot heeft FACT-Mentrum de nabehandeling van verzoeker, na zijn terugkeer uit Zuid-Afrika, helemaal geregeld. Enige minpuntje bij de nabehandeling was dat het safehouse dat, met medewerking van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, voor zes maanden was geregeld, voor verzoeker uiteindelijk niet is doorgegaan, omdat hij dit op het laatste moment heeft afgewezen.
Verzoeker heeft in de procedure een individueel behandelplan, de MATE, een verwijzing van een psychiater en het ontslagrapport van Het Ankerhuis overgelegd.

3.5. Ter zitting heeft verzoeker opgemerkt dat het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie spreekt over *“problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving”*. Daarnaast wordt verwezen naar de Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving. Verzoeker is echter behandeld vanwege middelengebruik, in het bijzonder speed.
Er was geen sprake van therapeutisch proefverlof bij de kliniek in Zuid-Afrika, maar om op basis daarvan de concluderen dat er onvoldoende aandacht is geweest voor een gradueel afbouw van de behandeling is onjuist. Het Ankerhuis heeft in de behandeling ruimschoots aandacht besteed aan de afbouw van de behandeling. Ook mocht de behandeling bij Het Ankerhuis pas starten na een schriftelijke garantie dat verzoeker direct aansluitend op de zorg in Zuid-Afrika kon starten met een nazorgtraject bij een safehouse. Dit blijkt ook uit de overgelegde voorwaarden van Het Ankerhuis. Een safehouse valt niet onder de zorgverzekering, maar onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Daarvoor moest een Persoonsgebonden Budget worden aangevraagd. Het was niet eenvoudig om een safehouse te regelen. Het safehouse in Amstelveen kon 24 uur per dag nazorg bieden voor zes maanden. Die zorg bestaat uit gespreksgroepen, arbeidsbemiddeling en herstel van sociale contacten met familie. Dit zijn belangrijke dingen die ervoor kunnen zorgen dat de betrokkene, na een traject van verslavingszorg, ook in sociaal opzicht zijn leven weer op de rails krijgt. Het FACT-team van Mentrum was daarbij bereid om wekelijks naar Amstelveen te komen om de medicatie en de verdere zorg voor verzoeker te organiseren. Het safehouse kon immers zelf niet zorgen voor de medicatie. Op basis van deze garantie, mocht verzoeker starten met de behandeling in Zuid-Afrika. Het nazorgtraject sloot naadloos aan op de behandeling in Zuid-Afrika. Aan alle standaarden die worden genoemd bij de stand van de wetenschap en praktijk is voldaan.
Bij Het Ankerhuis was een psychiater beschikbaar. Deze psychiater heeft ook contact gehad met de familie en met de psychiater van Mentrum. Uit de stukken blijkt niet echt dat de zorg door Mentrum een doorgaand traject was, maar dit was wel degelijk het geval. Verzoeker ontvangt tot op heden zorg van Mentrum. Hij staat nog steeds onder controle bij dezelfde psychiater. De nazorg voor verzoeker kon niet beter zijn geregeld dan hoe dat was gedaan. Behandeling in Nederland had eigenlijk de voorkeur. Dit is ook geprobeerd, maar dit is helaas mislukt. Klinieken in Nederland eisen totale abstinentie en dat is voor een gemiddelde verslaafde onmogelijk.
Desgevraagd heeft verzoeker verklaard dat hij niet naar het safehouse is geweest. Door de zorg in Zuid-Afrika is verzoeker van zijn speedverslaving af. Hij heeft geen psychoses meer gehad en heeft geen wanen meer. Helaas is verzoeker inmiddels verslaafd geraakt aan alcohol.
Het ondersteuningsteam van de zorgaanbieder in Amsterdam heeft laten weten dat andere verzekeraars de behandeling wel rekenen tot de zorgverzekering en ook vergoeden. Dit wekt voor

de gemiddelde verzekerde een warrig en oneerlijk beeld, waarbij vergoeding blijkbaar afhankelijk is van de gekozen verzekeraar. Er is contact opgenomen met de zorgverzekeraars in kwestie, maar die wilde hierover geen informatie verstrekken.
De zorgverzekeraar houdt vast aan de bureaucratische terminologie van de stand van de wetenschap en praktijk. Er wordt in Zuid-Afrika goed werk gedaan en het is onbegrijpelijk dat de zorg om een dergelijke reden niet wordt vergoed. Dit soort beslissingen zorgen ervoor dat verslavingszorg alleen toegankelijk wordt voor vermogende mensen. Het was verstandiger geweest als de zorgverzekeraar had gezegd dat de gekozen route niet zijn manier was, maar wel een andere goede manier. Verzoeker heeft het geluk gehad dat de Lutherse kerk hem financieel kon helpen. Daarnaast is een crowdfunding gestart. Anderen hebben dat vangnet niet.

4. Standpunt zorgverzekeraar

4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de in Kaapstad genoten zorg. Ter onderbouwing hiervan heeft hij bij brief van 19 maart 2026 aangevoerd dat, zoals eerder door de commissie bepaald, het primaat van de beoordeling of iemand medisch gezien op een bepaalde behandeling is aangewezen bij de behandelend arts ligt. Als deze een medische indicatie stelt, is het vervolgens aan de verzekeraar om te beoordelen of (i) de behandeling onder de dekking van de zorgverzekering valt (is voldaan aan de criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk'?), (ii) bij betrokkene een verzekeringsindicatie bestaat (is diegene 'redelijkerwijs aangewezen op' de zorg of andere dienst en is voldaan aan de door de wetgever gestelde nadere voorwaarden ter zake?), (iii) is voldaan aan eventuele formele vereisten (zoals een verwijzing of toestemming van de verzekeraar) en tot slot (iv) - indien overeengekomen - of de behandeling doelmatig is. Het feit dat een behandelend arts van oordeel is dat een behandeling medisch gezien nodig is, maakt dus niet dat de kosten hiervan automatisch worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. De zorgverzekeraar betwist de medische noodzaak van de behandeling niet. Ook wordt niet betwist dat verzoeker is aangewezen op een klinische opname. Deze noodzaak blijkt uit de verwijzing van 17 juni 2025. De zorgverzekeraar betwist daarentegen dat de benodigde behandeling enkel door de gekozen zorgaanbieder in Zuid-Afrika zou kunnen worden gegeven. Sterker nog, hij is van mening dat de zorg zoals deze door Het Ankerhuis wordt geboden niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' en daarmee niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt.
Wat de 'stand van de wetenschap en praktijk' is, is terug te vinden in de kwaliteitsstandaarden die gelden voor de GGZ. In dit geval is er geen proefverlof mogelijk. Er is onvoldoende mogelijkheid om tijdens de opname de sociale omgeving te betrekken en ook is niet duidelijk hoe de noodzakelijke samenwerking met ambulante begeleiding voorafgaand en na afloop van de opname is georganiseerd. Dit alles maakt dat de geleverde zorg niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'.

4.2. Een opname in een verslavingskliniek kan niet worden gezien als een op zichzelf staande behandeling, maar moet gegrond zijn in een duidelijk behandeltraject waarbij de ambulante begeleiding zowel vóór als na de opname gewaarborgd is. De zorgverzekeraar heeft hierbij verwezen naar www.qqzstandaarden.nl/zorqstandaarden/opiaatverslavinq/orqanisatie-vanzorq/zorqstandaard-onafhankeliike-aspecten/echelonerinq-en-qepast-qebruik. Hier is het volgende beschreven: "Behandeling vindt zoveel als mogelijk ambulant plaats. Bij gebleken noodzaak voor opname is de klinische behandeling ingebed in een ambulant traject". Het is gebruikelijk dat de verzekerde wordt behandeld binnen een multidisciplinaire setting waarbij ook de ambulant begeleider wordt betrokken, en dat er duidelijke afspraken zijn over het voor- en natraject. Idealiter blijft dezelfde regiebehandelaar zowel bij het klinische als het ambulante gedeelte van de behandeling betrokken. Dit zorgt voor goede continuïteit van zorg waarbij behandelaspecten uit de ambulante en de klinische behandeling niet in strijd zijn met elkaar, maar elkaar juist versterken en op elkaar kunnen voortbouwen. Dit past bij verslavingszorg zoals die in Nederland normaliter wordt aangeboden. Bovendien is het gebruikelijk dat ook het sociale

domein wordt aangesproken bij terugkeer in de samenleving vanuit een klinische opname, denk hierbij aan de gemeente, maatschappelijk werk, wijkteams, schuldhulpverlening, lokale preventieprogramma's etc. Uit de aanvraag en de aangeleverde documentatie blijkt noch dat de ambulante begeleiding in het voor- en natraject wordt gewaarborgd, noch dat de ambulante begeleiding op enigerlei manier door de Zuid-Afrikaanse zorgaanbieder bij de klinische opname wordt betrokken, noch dat het sociale domein van verzoeker wordt betrokken bij terugkeer naar de eigen sociale omgeving. De zorgaanbieder voldoet hiermee dus niet aan de 'stand van de wetenschap en de praktijk'.
Klinische opname in Zuid-Afrika betekent, als eerder gesteld, dat er geen sprake kan zijn van proefverlof in de eigen sociale omgeving. Dat dit wél nodig is blijkt uit de GGZ standaard opiaatverslaving en geldt onverminderd in het geval van middelenverslaving. Hierin wordt beschreven dat bij een klinische opname ook de naasten worden betrokken. Het gaat tot slot over het juiste moment van 'op- en afschalen' van behandeling tijdens een lopend zorgtraject. Therapeutisch proefverlof vanuit een klinische opname is een essentieel onderdeel van de behandeling: het vanuit de kliniek oefenen van vaardigheden past in graduele afbouw van de intensiteit van de zorg. De zorgverzekeraar heeft in dit verband verwezen naar de website www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/opiaatverslaving/organisatie-vanzorq/zorqstandaard-onafhankeliike-aspecten/echelonerinq-en-qepast-qebruik.

4.3. Verder geldt dat de medische voorgeschiedenis van verzoeker een geïntegreerd behandelprogramma met expertise op het gebied van dubbeldiagnose vereist. Bij verzoeker is sprake van middelenmisbruik en meerdere psychotische decompensaties. In de verwijzing wordt aangegeven dat één van de randvoorwaarden is dat er duidelijke afspraken worden gemaakt in het geval verzoeker toch psychotisch decompenseert. Het is in Nederland gebruikelijk dat een verzekerde met een zogeheten dubbeldiagnose wordt behandeld in een instelling die expertise heeft op dat gebied. De GGZ standaard Drugs geeft in een addendum (hoofdstuk 13) praktische handvatten voor deze specifieke doelgroep. Daarnaast moet de medische zorg in het geval van een psychotische decompensatie gewaarborgd zijn. Uit de aanvraag en de aangeleverde documentatie blijkt niet dat de betreffende zorginstelling de nodige expertise bezit op het gebied van verslavingszorg bij dubbeldiagnose en dat er duidelijke afspraken zijn met betrekking tot eventuele psychotische decompensatie. De zorgaanbieder voldoet hiermee dus niet aan de 'stand van de wetenschap en de praktijk'.

4.4. Verzoeker lijkt te suggereren dat er geen tijdige behandeling in Nederland beschikbaar was. Het is echter onduidelijk waarop hij dit baseert. Op 10 juli 2025 heeft de moeder van verzoeker een aanvraag voor wachtlijstbemiddeling gedaan. Op 11 juli 2025 heeft de zorgverzekeraar een gesprek met haar gehad. Zij liet daarbij weten dat er geen wens was voor klinische opname in Nederland, omdat verzoeker dan niet zou mogen roken en dit voor hem geen optie was. De zorgverzekeraar heeft haar een lijst met alle gecontracteerde verslavingszorgaanbieders gestuurd. Het betreft een elftal instellingen. De zorgverzekeraar heeft hierop geen nader verzoek tot wachttijdbemiddeling ontvangen. Bij gebrek aan verdere informatie betwist de zorgverzekeraar dat er in Nederland geen gelijkwaardige en intensieve behandeling beschikbaar of tijdig toegankelijk was op het moment van de aanvraag.

4.5. De zorgverzekeraar ziet niet in dat hij op enigerlei wijze de verwachting zou hebben gewekt dat hij tot vergoeding overgaat. Er is niet voor niets een eis van voorafgaande toestemming opgenomen in de voorwaarden van de zorgverzekering. Deze toestemming is gevraagd en niet gegeven. Het komt voor rekening en risico van verzoeker dat hij ondanks de afwijzing (kennelijk) toch in zee is gegaan met Het Ankerhuis.

4.6. De zorgverzekeraar is niet ermee bekend dat andere verzekeraars volledige vergoeding toekennen voor verslavingsbehandelingen door de zorgaanbieder in kwestie. Voor zover dit al het geval is, is de zorgverzekeraar niet bekend met de redenen dat deze verzekeraars dit doen en onder welke

omstandigheden. De zorgverzekeraar beoordeelt aanvragen op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin is onder andere opgenomen dat de zorg moet voldoen aan de ‘stand van wetenschap en praktijk’ en dat de zorgaanbieder de zorg moet leveren volgens de professionele standaard en de kwaliteitsstandaarden als bedoeld in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). In dit geval is niet voldaan aan een aantal vereisten zoals opgenomen in de GGZ-standaard Opiaatverslaving en de GGZ-standaard Addendum stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen. Daarom biedt de zorgverzekering geen dekking voor de door verzoeker genoten zorg.

4.7. Bij brief van 19 mei 2026 heeft de zorgverzekeraar verklaard dat hij zijn standpunt handhaaft, namelijk dat de zorg niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Er is onvoldoende aangetoond dat ambulante begeleiding in het voor- en natraject is gewaarborgd. Daarnaast is geen sprake geweest van een proefverlof in de eigen sociale omgeving. Ook is niet komen vast te staan dat de zorgaanbieder de nodige expertise bezit op het gebied van verslavingszorg bij dubbeldiagnose en dat sprake is van duidelijke afspraken met betrekking tot eventuele psychotische decompensatie.
Ten aanzien van de voor- en nazorg geldt dat alleen wordt benoemd dat FACT-Mentrum verzoeker heeft verwezen. Er zijn geen instructies, eisen of aanwijzingen gegeven met betrekking tot ambulante hulpverlening in het voor- en natraject. Aan het eind van het behandelplan staat: *"Nazorg middels ambulante behandeling is noodzakelijk om duurzame abstinentie te kunnen bevorderen”*. Er wordt niet precies beschreven hoe dit gebeurt, bijvoorbeeld welke contactmomenten er zijn met FACT-Mentrum en op welke wijze de ambulante voor- en nazorg is gewaarborgd. Het verslag van de psychiater noemt (als één van tien punten): *"[verzoeker] will need to be linked to psychiatric services in Amsterdam for continuation of care, symptom management, medication review and possibly ASD assessment."* Dit impliceert dat er een overdracht wordt gedaan naar FACT-Mentrum, maar zonder de details daarvan te noemen of aan te geven hoe dit wordt gewaarborgd. Er is dus geen plan of verslag van een overdracht dan wel samenwerking met ambulante hulpverlening in Nederland vóór en na de behandeling in Zuid-Afrika. Er heeft weliswaar tweemaal een (online) familiegesprek plaatsgevonden in het kader van systeemtherapie, maar dit staat niet gelijk aan het waarborgen van ambulante zorg in het voor- en natraject. De enige informatie over de voor- en nazorg is afkomstig van verzoeker en de details blijven grotendeels onbekend.
In het onderhavige geval betrof het een opname met een duidelijke dubbeldiagnose zoals beschreven in de verwijsbrief van FACT-Mentrum. Het betreft in elk geval middelenmisbruik en een verleden met psychotische decompensaties. Dit is een bijzondere categorie patiënten, waarvoor specifieke handvatten worden aangereikt in de GGZ standaard Drugs. In het behandelplan staat onder andere de diagnose "Ongespecificeerde schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornis". Dit was dus bekend bij de instelling. Echter, in het behandelplan wordt hier verder niet over gerept, noch worden er afspraken gemaakt of interventies besproken voor het geval verzoeker psychotisch decompenseert. Het is dus zeer de vraag of de zorgaanbieder de expertise in huis heeft, en 24/7 beschikbaar heeft, bij deze complexe psychoproblematiek. In die zin is er dus mogelijk (ook) sprake van ondoelmatige zorg, wanneer verzoeker wordt opgenomen voor een behandeling, terwijl de vereiste expertise daar niet beschikbaar is. In het verslag van de psychiater worden symptomen passend bij schizofrenie genoemd. Daarnaast overziet de psychiater de medicatie van verzoeker, waaronder een antipsychoticum. Het wordt echter niet duidelijk hoe deze problematiek geïntegreerd wordt behandeld gedurende het verblijf in de instelling. Deze psychiater staat niet op de website van Het Ankerhuis vermeld. Ook staat nergens vermeld dat Het Ankerhuis expertise heeft op het gebied van behandeling bij dubbeldiagnose.

4.8. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar opgemerkt dat het Zorginstituut een andere standaard noemt. De zorgverzekeraar heeft bijvoorbeeld verwezen naar de Standaard opiaatverslaving en het Addendum stoornissen in het middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische

aandoeningen. Het lijkt er wel op dat daarin dezelfde vereisten staan over het proefverlof, de graduele afbouw en de betrekking van het sociale netwerk.
Verzoeker heeft zelf veel toegelicht. Zijn stellingen zijn steeds niet onderbouwd met stukken. Het probleem zit hem in dit geval met name op de samenwerking van de zorg in Nederland en Zuid-Afrika. Dat die samenwerking er is, ziet de zorgverzekeraar niet. Verzoeker zegt van wel, maar als dit het geval zou zijn, is het te verwachten dat dit ook uit te stukken blijkt. De verwijzing van Mentrum is in ieder geval onvoldoende om de samenhang te zien tussen de zorg in Nederland en Zuid-Afrika. Desgevraagd heeft de zorgverzekeraar verklaard dat die samenhang zichtbaar zou kunnen zijn als er bijvoorbeeld overleg is tussen de zorgverleners, dat er wordt gemonitord en dat er kan worden teruggevallen op een behandelplan. Voor verslavingszorg is relevant dat de betrokkene hetgeen hij heeft geleerd kan toepassen in de eigen sociale omgeving. Met het proefverlof kan dit worden geprobeerd en als dat niet lukt, kan weer worden teruggevallen op de zorg.
Proefverlof is een vereiste die voortkomt uit de standaarden. Bij proefverlof gaat het er om dat een betrokkene tijdelijk terugkeert in de eigen omgeving en er wordt gekeken hoe dat verloopt. Als dat niet goed gaat, kan worden teruggekeerd naar de behandeling. In dit geval is er een duidelijke scheiding tussen de behandeling in Zuid-Afrika en het safehouse. Als verzoeker in het safehouse zit, kan hij niet terugkeren naar Zuid-Afrika. Ook voor de nazorg is de samenwerking tussen behandelaren mogelijk van belang en die samenwerking is niet zichtbaar in het dossier.
De zorgverzekeraar weet niet waarom andere verzekeraars de zorg mogelijk wel vergoeden. Van één verzekeraar weet hij dat de zorg niet wordt vergoed. Het Zorginstituut is duidelijk over de vraag of sprake is van verzekerde zorg. Proefverlof is een onderdeel van het criterium stand van de wetenschap en praktijk en dat is niet voldoende gewaarborgd bij de zorg in kwestie. De stand van de wetenschap en praktijk is geen bureaucratisch terminologie. Het is de basis waarop de zorgverzekering is gebouwd. De zorgverzekeraar put daar uit en ook uit de standaarden die er zijn, net als het Zorginstituut.

4.9. Bij brief van 17 september 2026 heeft de zorgverzekeraar opgemerkt dat hij zich kan vinden in de toelichting van het Zorginstituut ten aanzien van de toepasselijkheid van de Richtlijn problematisch alcoholgebruik-verslaving. Deze richtlijn is breed toepasbaar. In algemene zin is er namelijk vaak een samenhang in het gebruik van diverse middelen. In het geval van verzoeker is hier ook sprake van. Na zijn behandeling is hij nu verslaafd aan alcohol. Daarnaast is de "Standaard opiaat verslaving "en het "Addendum stoornissen middelengebruik i.c.m. psychiatrische aandoeningen" eveneens van toepassing. Hierin wordt, net als in de Richtlijn problematisch alcoholgebruik- verslaving, ook verwezen naar het belang van proefverlof en inbedding van continuïteit in de verschillende gecombineerde behandelingen. Juist ook de inbedding van behandeling voor psychiatrische comorbiditeit wordt in deze casus onvoldoende aangetoond. De zorgverzekeraar onderschrijft de opmerking van het Zorginstituut dat het belang van een therapeutisch proefverlof is gelegen in het oefenen met triggers en hoogrisicosituaties, en dat, indien een therapeutisch (proefverlof niet in de eigen omgeving kan plaatsvinden, inbedding hiervan in het ambulant (vervolg)traject in Nederland des te belangrijker is. In dit geval is er geen plan of verslag van samenwerking of een overdracht aanwezig vanuit de zorgaanbieder Zuid-Afrika naar ambulante hulpverlening in Nederland. Hieruit concludeert de zorgverzekeraar dat er vanuit de zorgaanbieder geen sprake is van borging van een noodzakelijk nazorg traject. De zorgverzekeraar handhaaft zijn standpunt dat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

5. Advies Zorginstituut

5.1. In het voorlopig advies van 15 april 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

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

<u>Beoordeling 'stand wetenschap en praktijk'</u>
Het beschikbare dossier bevat uitsluitend een algemeen behandelprogramma dat mogelijk wordt aangeboden, maar geeft geen inzicht in de behandeling en interventies die op individueel niveau daadwerkelijk zijn ingezet.

Om te kunnen beoordelen of de geboden zorg aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet, dient een individueel behandelplan en een behandelevaluatie, eventueel in de vorm van een ontslagbrief, aan het dossier te worden toegevoegd. Uit deze documenten dient te blijken welke behandeling en interventies op individueel niveau uiteindelijk zijn ingezet en of er sprake is geweest van therapeutisch proefverlof.

Daarnaast dient uit de stukken te blijken of is voldaan aan de door FACT gestelde eisen ten aanzien van voor- en nazorg, waaronder of er tijdens de behandeling contact is geweest met het FACT-team en of de ambulante behandeling na terugkeer in Nederland is voortgezet.

<u>Beoordeling 'redelijkerwijs aangewezen op'</u>
In het rapport 'Verslavingszorg in beeld; alcohol & drugs' (2014) heeft het Zorginstituut het standpunt ingenomen dat bij de diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit bij verslavingszorg een screeningsinstrument zoals de MATE of EuropASI dient te worden afgenomen. Bij verslavingszorg zonder voorafgaande triage is het risico op zowel onder- als overbehandeling groot en daarmee op ongepast gebruik van zorg. Het is dan niet goed mogelijk om vast te stellen of een cliënt redelijkerwijs is aangewezen op de uitgevoerde behandeling.

In eerdere geschillen heeft het Zorginstituut het ontbreken van voorafgaande triage met een screeningsinstrument aangemerkt als zorg die niet in overeenstemming is met de geldende richtlijnen en daarmee niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij nadere beschouwing richt de beoordeling of de MATE (of een ander gelijkwaardig screeningsinstrument) voorafgaand aan de opname is afgenomen zich niet op de effectiviteit van de behandeling, maar op de vraag of de gekozen behandelintensiteit vooraf op de juiste wijze is geïndiceerd.

Het Zorginstituut is daarom van oordeel dat het al dan niet tijdig toepassen van een screeningsinstrument, zoals de MATE, dient te worden beoordeeld onder het criterium 'redelijkerwijs aangewezen op' en niet onder het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. De MATE is immers bedoeld als instrument om de indicatie tot zorg en de behandelintensiteit te bepalen, en dient niet als maatstaf voor de inhoudelijke effectiviteit van de behandeling.

In het (ongedateerde) informatiedocument van het Ankerhuis staat vermeld dat het afnemen van de MATE onderdeel is van de intakeprocedure. De afgenomen MATE is echter niet toegevoegd aan het dossier. Voor een goede beoordeling of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op verslavingsbehandeling bij het Ankerhuis dient de MATE, of een ander gelijkwaardig screeningsinstrument, te worden toegevoegd aan het dossier.

<u>Volgorde beoordelingscriteria</u>
Voordat aan de vraag wordt toegekomen of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op de verslavingsbehandeling bij het Ankerhuis, wordt eerst beoordeeld of de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Zoals hierboven toegelicht kan het Zorginstituut op basis van de beschikbare informatie niet beoordelen of de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit brengt met zich mee dat (nog) niet beoordeeld kan worden of verzoeker redelijkerwijs op de zorg was aangewezen. Desondanks vraagt het Zorginstituut voor beide beoordelingen

aanvullende informatie op, zodat de indicatie beoordeeld kan worden als blijkt dat de zorg aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet.

Nader onderzoek
Het beschikbare dossier bevat onvoldoende informatie om te kunnen beoordelen of de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en, als dit het geval is, of verzoeker redelijkerwijs op deze zorg was aangewezen. Het Zorginstituut verzoekt u dan ook om de volgende informatie aan het dossier toe te voegen:

- *Het opgestelde individuele behandelplan en een behandelevaluatie van de behandeling van verzoeker bij het Ankerhuis, waaruit blijkt welke behandeling en interventies op individueel niveau uiteindelijk zijn ingezet en of er sprake is geweest van therapeutisch proefverlof.*
- *Informatie over de door het FACT-team gestelde eisen ten aanzien van voor- en nazorg, waaronder of er tijdens de behandeling contact is geweest met het FACT-team en of de ambulante behandeling na terugkeer in Nederland is voortgezet.*
- *De afgenomen MATE (of een ander gelijkwaardig screeningsinstrument) bij verzoeker in het kader van de opname van 31 augustus 2025 tot 9 november 2025 bij het Ankerhuis.*

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

5.2. In het nader voorlopig advies van 16 juni 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*"**Nader voorlopig advies***
Het Zorginstituut beoordeelt hieronder of de zorg aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet.

Therapeutisch proefverlof
Bij de behandeling bij het Ankerhuis is onvoldoende aandacht geweest voor een graduele afbouw van de behandeling door de inzet van therapeutisch proefverlof. Conform de Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving maakt therapeutisch proefverlof vanuit een klinische opname een essentieel onderdeel uit van de behandeling.

Uit de beschikbare informatie blijkt dat tijdens de opname contact is geweest tussen verzoeker en personen uit zijn sociale netwerk. Er blijkt echter niet dat sprake is geweest van therapeutisch proefverlof of vergelijkbare interventies waarbij verzoeker kon oefenen met abstinentie, copingvaardigheden en dagstructuur buiten de beschermde setting van de kliniek. Dergelijke interventies zijn bedoeld om de generaliseerbaarheid van de behandeling naar de thuissituatie te beoordelen en om risico's op terugval tijdig te signaleren. Gezien het ontbreken van aanwijzingen dat dergelijke stappen zijn gezet, kan niet worden geconcludeerd dat bij verzoeker sprake is geweest van een graduele afbouw van de behandeling door middel van therapeutisch proefverlof.

Inbedding van nazorg
Daarnaast is de nazorgfase onvoldoende geïntegreerd geweest in het behandeltraject. Uit de Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving en de richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol volgt dat verslavingsbehandeling dient plaats te vinden binnen een samenhangend en herstelondersteunend zorgtraject, waarbij afstemming tussen betrokken behandelaren en continuïteit van zorg essentieel zijn. De nazorgfase vormt daarmee geen losstaand onderdeel, maar een integraal onderdeel van de behandeling. Als een therapeutisch proefverlof in de eigen (woon)omgeving niet heeft kunnen plaatsvinden, zoals in de situatie van verzoeker, is des te meer van belang dat de behandeling in Zuid-Afrika is ingebed in een ambulant vervolgtraject in Nederland. Alleen bij goede inbedding in een ambulant behandeltraject (goede

voor- en nazorg) kan een behandeling in het buitenland als effectief worden aangemerkt en daarmee voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Dit geldt in het bijzonder voor patiënten met ernstige psychiatrische comorbiditeit. In het geval van verzoeker was, mede gezien de bestaande behandeling door het FACT-team en de expliciete bereidheid van het FACT-team om hierbij betrokken te zijn, een structurele afstemming over terugkeer en vervolgbehandeling dan ook passend. Uit de beschikbare stukken blijkt niet dat deze afstemming heeft plaatsgevonden. Mede hierdoor is onvoldoende geborgd dat de overgang van de klinische naar de ambulante fase zorgvuldig heeft plaatsgevonden en is onvoldoende aandacht besteed aan terugvalpreventie en continuïteit van zorg. De verslavingsbehandeling bij het Ankerhuis voldoet dan ook niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Nu de verslavingsbehandeling niet aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet, komt het Zorginstituut niet toe aan de beantwoording van de vraag of verzoeker redelijkerwijs aangewezen was op deze behandeling.

Conclusie
Op basis van het dossier blijkt niet dat tijdens de verslavingsbehandeling van verzoeker sprake is geweest van therapeutisch proefverlof en goede inbedding van nazorg in het ambulant behandeltraject. Om deze reden moet worden geconcludeerd dat de verslavingsbehandeling die verzoeker bij het Ankerhuis in Zuid-Afrika heeft ondergaan niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Het advies
Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker heeft geen aanspraak op vergoeding van de behandeling bij het Ankerhuis ten laste van de basisverzekering."

5.3. In het definitief advies van 10 september 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

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

U vraagt ons in uw begeleidende brief in te gaan op de Standaarden als genoemd in het (nader) voorlopig advies. Voor zover u hiermee doelt op de richtlijnen, geldt het volgende. In het hoorzittingsverslag van 5 augustus 2026 is te lezen dat verzoeker aangeeft dat in de beoordeling van onderhavig advies gebruik is gemaakt van de richtlijn Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving, terwijl hij in die periode verslaafd was aan speed (amfetaminen) en cannabis.

Uit het behandelplan van het Ankerhuis van 26 juni 2025 blijkt dat er bij verzoeker een samenhang bestaat in het gebruik van middelen, waarbij het gebruik van alcohol door betrokkene zelf niet als problematisch wordt ervaren.
Het alcoholgebruik neemt wel toe in de perioden waarin hij het gebruik van andere middelen probeert te verminderen. Zowel in de verwijzing van Arkin/Mentrum van 17 juni 2025 als het behandelplan van het Ankerhuis wordt de diagnose "stoornis in het gebruik van alcohol: matig" gesteld. Dit is een bekende samenhang tussen verschillende middelen, waarbij de verslavingsproblematiek (als geheel) primair problematisch is. Het is daarom belangrijk om de verschillende middelen in samenhang te behandelen en de richtlijn Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving geeft daarom ook (uitgebreidere) handvatten voor deze behandeling.

Ook in (bijvoorbeeld) de richtlijn Drugs (niet opioïden) wordt het belang van een gecontinueerd contact, waaronder het inbedden van nazorg in het ambulant behandeltraject, onderstreept. Daarnaast wordt er expliciet in benoemd dat comorbide psychiatrische problematiek in samenhang (en integraal) moet worden benaderd.
Daarnaast blijkt uit het hoorzittingsverslag dat de status van het therapeutisch proefverlof ter discussie staat. Het Zorginstituut merkt ten overvloede op dat het belang van een therapeutisch proefverlof is gelegen in het oefenen met triggers en hoogrisicosituaties. Indien een therapeutisch (proef)verlof niet in de eigen omgeving kan plaatsvinden, is inbedding hiervan in het ambulant (vervolg)traject in Nederland des te belangrijker."

6. Bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 5.13. van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over geestelijke gezondheidszorg en 'de stand van de wetenschap en praktijk' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

7.2. Verzoeker is naar Zuid-Afrika gegaan om daar een klinische behandeling vanwege zijn verslaving te ondergaan. De commissie overweegt dat tussen Nederland en Zuid-Afrika geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering bestaat, zodat het recht op vergoeding uitsluitend moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.

7.3. De zorgverzekering biedt dekking voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Dit blijkt uit hetgeen is beschreven op de pagina's 33 tot en met 36 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hetgeen hier is vermeld is gebaseerd op de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. Op grond van het gestelde op de pagina's 28 tot en met 30 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg in het buitenland.

7.4. Gelet op het door de zorgverzekeraar ingenomen standpunt, moet de commissie beoordelen of de klinische verslavingszorg, zoals aan verzoeker verleend door Het Ankerhuis in Kaapstad, voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie hierover advies moet vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft ook de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport 'Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023' van 11 april 2023 is zo'n richtlijn. Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Overigens betekent dit niet dat de praktijk bepaalt of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs ('evidence') ontbreekt.

7.5. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode. De kern van GRADE is dat het op systematische wijze gezochte en geselecteerde bewijs op een transparante en gestructureerde manier wordt beoordeeld. Hierbij worden eventuele onzekerheden in kaart gebracht en samen met contextuele factoren gewogen. Die factoren kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de vraag wat als passend onderzoek kan worden beschouwd. Het kan ook gaan om medische aspecten. Of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ hangt dus niet uitsluitend af van een hoge kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Er kunnen argumenten zijn op grond waarvan met een lagere kwaliteit van bewijs genoegen kan of moet worden genomen.
Zoals blijkt uit het rapport, vindt de beoordeling in vijf stappen plaats:
(1) formuleren plaatsbepaling, claim en vraagstelling aan de hand van PICO(ts)-vragen;
(2) systematische literatuursearch;
(3) samenvatten van het bewijs;
(4) beoordelen van de kwaliteit van bewijs, en
(5) van bewijs naar conclusie, waarbij de kwaliteit van bewijs en de contextuele factoren worden gewogen.
Uit een arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) blijkt dat de door het Zorginstituut ontwikkelde beoordeling, die in het meest recente rapport (van 11 april 2023) verder is uitgewerkt, moet worden geacht in overeenstemming te zijn met de bedoeling van de wetgever.

7.6. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de verslavingsbehandeling die verzoeker heeft gehad in Zuid-Afrika. Het nader voorlopig advies van 16 juni 2026 bevat de uitkomst hiervan.
Volgens het Zorginstituut is geen sprake van zorg die voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Het Zorginstituut heeft in dit verband toegelicht dat bij de behandeling bij Het Ankerhuis onvoldoende aandacht is geweest voor een graduele afbouw van de behandeling door de inzet van therapeutisch proefverlof. Conform de Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving maakt therapeutisch proefverlof vanuit een klinische opname een essentieel onderdeel uit van de behandeling. Uit de beschikbare informatie blijkt dat tijdens de opname contact is geweest tussen verzoeker en personen uit zijn sociale netwerk. Er blijkt echter niet dat sprake is geweest van therapeutisch proefverlof of vergelijkbare interventies waarbij verzoeker kon oefenen met abstinentie, copingvaardigheden en dagstructuur buiten de beschermde setting van de kliniek. Dergelijke interventies zijn bedoeld om de generaliseerbaarheid van de behandeling naar de thuissituatie te beoordelen en om risico's op terugval tijdig te signaleren. Gezien het ontbreken van aanwijzingen dat dergelijke stappen zijn gezet, kan niet worden geconcludeerd dat bij verzoeker sprake is geweest van een graduele afbouw van de behandeling door middel van therapeutisch proefverlof. Daarnaast is de nazorgfase onvoldoende geïntegreerd geweest in het behandeltraject. Uit de Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving en de richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol volgt dat verslavingsbehandeling dient plaats te vinden binnen een samenhangend en herstelondersteunend zorgtraject, waarbij afstemming tussen betrokken behandelaren en continuïteit van zorg essentieel zijn. De nazorgfase vormt daarmee geen losstaand onderdeel, maar een integraal onderdeel van de behandeling. Als een therapeutisch proefverlof in de eigen (woon)omgeving niet heeft kunnen plaatsvinden, zoals in de situatie van verzoeker, is des te meer van belang dat de behandeling in Zuid-Afrika is ingebed in een ambulant vervolgtraject in Nederland. Alleen bij goede inbedding in een ambulant behandeltraject (goede voor- en nazorg) kan een behandeling in het buitenland als effectief worden aangemerkt en daarmee voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit geldt in het bijzonder voor patiënten met ernstige psychiatrische comorbiditeit. In het geval van verzoeker was, mede gezien de bestaande behandeling door het FACT-team en de expliciete bereidheid van het FACT-team om hierbij betrokken te zijn, een structurele afstemming over terugkeer en vervolgbehandeling dan ook passend. Uit de beschikbare stukken blijkt niet dat deze afstemming

heeft plaatsgevonden. Mede hierdoor is onvoldoende geborgd dat de overgang van de klinische naar de ambulante fase zorgvuldig heeft plaatsgevonden en is onvoldoende aandacht besteed aan terugvalpreventie en continuïteit van zorg, aldus het Zorginstituut.
In zijn definitief advies aan de commissie van 10 september 2026 heeft het Zorginstituut uitgelegd dat uit het behandelplan van Het Ankerhuis blijkt dat er bij verzoeker een samenhang bestaat in het gebruik van middelen, waarbij het gebruik van alcohol door verzoeker zelf niet als problematisch wordt ervaren. Het alcoholgebruik neemt wel toe in de perioden waarin hij het gebruik van andere middelen probeert te verminderen. Zowel in de verwijzing als het behandelplan van Het Ankerhuis wordt de diagnose “stoornis in het gebruik van alcohol: matig” gesteld. Dit is een bekende samenhang tussen verschillende middelen, waarbij de verslavingsproblematiek (als geheel) primair problematisch is. Het is daarom belangrijk om de verschillende middelen in samenhang te behandelen en de richtlijn Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving geeft daarom ook (uitgebreidere) handvatten voor deze behandeling. Ook in (bijvoorbeeld) de richtlijn Drugs (niet opioïden) wordt het belang van een gecontinueerd contact, waaronder het inbedden van nazorg in het ambulant behandeltraject, onderstreept. Daarnaast wordt er expliciet in benoemd dat comorbide psychiatrische problematiek in samenhang (en integraal) moet worden benaderd. Verder heeft het Zorginstituut opgemerkt dat het belang van een therapeutisch proefverlof is gelegen in het oefenen met triggers en hoogrisicosituaties. Indien een therapeutisch (proef)verlof niet in de eigen omgeving kan plaatsvinden, is inbedding hiervan in het ambulant (vervolg)traject in Nederland des te belangrijker.
Hoewel de commissie begrip heeft voor de omstandigheden waarin verzoeker verkeerde toen hij besloot te kiezen voor de behandeling bij Het Ankerhuis, ziet zij in hetgeen door hem is aangevoerd, met name zijn stellingen dat de zorg medisch noodzakelijk was, effect heeft gehad en in overeenstemming was met de doelstellingen van de zorgverzekering, dat het nazorgtraject niet beter had kunnen worden geregeld, en dat het niet vergoeden van de kosten voor hem een onevenredig nadeel oplevert, geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Dit alles maakt immers niet dat de zorg voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. De commissie neemt het advies daarom over.

7.7. Verzoeker heeft verder gesteld dat sprake was van beperkte contractering door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft dit bestreden en aangevoerd dat door de moeder van verzoeker is gebeld met de vraag om wachtlijstbemiddeling, waarvan vervolgens zou zijn afgezien omdat verzoeker in de Nederlandse instellingen niet mocht roken. Wat er ook zij van die reden, gesteld noch gebleken is dat verzoeker – al dan niet met tussenkomst van de zorgverzekeraar – daadwerkelijk heeft gepoogd de voor hem noodzakelijke zorg te verkrijgen bij een gecontracteerde zorgaanbieder en dit niet is gelukt. Daarmee treft zijn stelling dus geen doel.
Voor zijn stelling dat andere verzekeraars wel vergoeding verlenen voor zorg door Het Ankerhuis heeft verzoeker geen bewijs geleverd, hoewel dit op zijn weg lag gelet op artikel 150 Rv. Daarbij is voor de commissie de vraag of – voor zover dit al is gebeurd – er sprake is van gelijke omstandigheden. Deze stelling wordt daarom verworpen.
Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de behandeling van zijn verslaving bij Het Ankerhuis, ten laste van de zorgverzekering.

Slotsom

7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 oktober 2026,

A. De Ruijter

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.
Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving

2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:

a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.

2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.

3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.

4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:

a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.

5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Artikel 64

1. Het Zorginstituut bevordert de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11.

2. Het Zorginstituut kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven.

Artikel 114

1. De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat zijn verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie.

2. De onafhankelijke instantie neemt een geschil slechts in behandeling nadat de verzekeringnemer of de verzekerde de zorgverzekeraar heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen, en deze niet binnen redelijke termijn of niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of verzekerde heeft gereageerd.

3. De onafhankelijke instantie vraagt advies aan het Zorginstituut indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten.

4. Het Zorginstituut zendt zijn advies binnen vier weken na ontvangst van de adviesaanvraag aan de onafhankelijke instantie.

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 griepprevention;
   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°. 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;
   5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
   1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
   2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
   3°. verlamde of verslapte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
   4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespleten, 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.

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

Basisverzekering

Specifieke bepalingen voor de basisverzekering

Op de basisverzekering zijn van toepassing:

• de afspraken in het hoofdstuk Algemene bepalingen, tenzij ze uitdrukkelijk alleen gelden voor de aanvullende verzekering
• de afspraken in dit hoofdstuk, Specifieke bepalingen voor de basisverzekering
• de lijst met begrippen
• alle bijlagen waar in de toepasselijke voorwaarden naar wordt verwezen

Grondslagen en redenen voor weigering

1. Wat is de grondslag van de basisverzekering?

De basisverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering en de toelichtingen die daarbij horen. Verder is de basisverzekering gebaseerd op de gegevens die u (verzekeringnemer) heeft opgegeven bij uw aanvraag voor de basisverzekering en op afspraken in verband met een collectiviteit waar u aan deelneemt.

De basisverzekering moet worden uitgelegd en toegepast in overeenstemming met de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering en de toelichtingen die daarbij horen.

Is een bepaling in de polisvoorwaarden van de basisverzekering geheel of gedeeltelijk niet in overeenstemming met een bepaling in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering of de toelichtingen? Dan is die bepaling of dat gedeelte van die bepaling in de polisvoorwaarden niet van toepassing. In plaats daarvan geldt de bepaling in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering of de Regeling zorgverzekering.

Dat geldt ook als de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering of de Regeling zorgverzekering in de loop van het jaar wijzigen. Als door die wijziging een verschil ontstaat met de polisvoorwaarden van de basisverzekering, dan gelden de bepalingen in de gewijzigde Zorgverzekeringswet, Besluit zorgverzekering of Regeling zorgverzekering.

Alle ministeriële regelingen, reglementen of andere bijlagen, waarnaar in deze polisvoorwaarden wordt verwezen, maken onderdeel uit van de basisverzekering.

2. Wanneer kunnen wij u weigeren?

Als zorgverzekeraar hebben wij een acceptatieplicht als u (verzekeringnemer) een basisverzekering wilt afsluiten. Wij letten niet op leeftijd, geslacht of gezondheidssituatie van een persoon. In een aantal situaties zijn wij niet verplicht de basisverzekering af te sluiten:

- u bent niet zorgverzekeringsplichtig
- u heeft al een basisverzekering
- wij hebben uw eerdere basisverzekering in de 5 jaar voorafgaande aan het verzoek tot het afsluiten van de nieuwe basisverzekering opgezegd of ontbonden vanwege het niet betalen van de premie of vanwege opzettelijke misleiding door u (verzekerde/verzekeringnemer)
- het adres van de te verzekeren persoon dat is opgegeven bij de aanvraag voor de basisverzekering komt niet in de BRP voor of wijkt af van het adres van die persoon in de BRP. Dit geldt niet als de te verzekeren persoon niets aan de afwijking kan doen. Het geldt ook niet als u (verzekeringnemer) bij de aanvraag voor de basisverzekering het volgende aan ons overlegt:
    - Een verklaring van de SVB waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon verzekerd is op grond van de Wlz; of
    - Een werkgeversverklaring of een loonstrook, beide niet ouder dan 1 maand, waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon aan de Nederlandse loonbelasting is onderworpen

- de zorgaanbieder die de zorg aan u verleent, door ons is aangewezen. In de polisvoorwaarden is per zorgvorm vermeld welke zorgaanbieders dat zijn. Vaak gaat het om een groep zorgaanbieders met een bepaalde vergunning, registratie of opleiding. Soms gaat het om een specifieke zorgaanbieder. U heeft alsnog recht op zorg door een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen:
  - als wij voordat u de zorg krijgt, daarvoor schriftelijke toestemming hebben gegeven; of
  - als een zorgaanbieder de zorg verleent onder de verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar/hoofdbehandelaar die wel door ons is aangewezen, en de zorg wordt gedeclareerd door de regiebehandelaar/hoofdbehandelaar of de instelling waarvoor de regiebehandelaar/hoofdbehandelaar werkt. Per zorgvorm kunnen specifieke voorwaarden zijn opgenomen waaraan een medebehandelaar moet voldoen; en
- u de zorg krijgt op een plaats die, gegeven de aard van de zorg en de omstandigheden, als gebruikelijk kan worden aangemerkt.

11. Wat is de hoogte van de vergoeding van zorg in Nederland?

U heeft recht op de zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland tot maximaal het tarief dat wij met die zorgaanbieder hebben afgesproken. Het kan gebeuren dat de overeenkomst tussen ons en de zorgaanbieder eindigt op het moment dat u van deze zorgaanbieder zorg krijgt. In dat geval heeft u recht op vergoeding van de kosten van de resterende zorg door deze zorgaanbieder tot maximaal het marktconform tarief dat in Nederland voor die zorg geldt (het marktconform Nederlands tarief).

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op **salland.nl/zorgzoeker**. U kunt ook bellen met onze Klantenservice via 0570 68 74 84.

U heeft recht op vergoeding van kosten van de zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland:

a. als wij voor die zorg een maximumtarief hanteren, tot maximaal het tarief dat wij hebben vastgesteld. In de polisvoorwaarden is per zorgvorm vermeld of wij een maximumvergoeding voor niet-gecontracteerde zorg hanteren. De tarievenlijsten kunt u bekijken en downloaden via **salland.nl/tarieven**.
b. als wij voor die zorg geen maximumtarief hanteren, tot maximaal het marktconform tarief dat in Nederland voor die zorg geldt (het marktconform Nederlands tarief).

De vergoeding onder a. geldt niet als de zorg niet, niet tijdig of alleen op grote afstand van uw woonplaats door een gecontracteerde zorgaanbieder kan worden verleend. In dat geval heeft u recht op de vergoeding onder b.

Dekking en vergoeding in het buitenland

12. Wat is de dekking in het buitenland?

U heeft recht op de zorg in het buitenland als:

- aan alle voor die zorg geldende voorwaarden is voldaan, voordat u die zorg krijgt. Voor het recht op zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor het recht op die zorg in Nederland. Bijvoorbeeld het beschikken over een verwijzing of een voorschrift (recept) of voorafgaande, schriftelijke toestemming van ons. In de polisvoorwaarden zijn de algemene voorwaarden vermeld in de hoofdstukken Algemene bepalingen en Specifieke bepalingen voor de basisverzekering. De specifieke voorwaarden die gelden voor een bepaalde zorgvorm zijn per zorgvorm vermeld; en
- u van ons schriftelijke toestemming heeft, voordat u de zorg krijgt in geval van zorg met een opname van minimaal 1 nacht. Dit geldt niet als sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Onder medisch noodzakelijke zorg verstaan wij hier onvoorziene zorg die niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland; en
- de zorgaanbieder die de zorg verleent, volgens het recht van het land waar de zorgaanbieder is gevestigd, beschikt over kwalificaties die gelijkwaardig zijn aan kwalificaties die gelden voor de door ons aangewezen zorgaanbieders in Nederland. Zorgaanbieders in het buitenland hebben vaak een andere opleiding dan zorgaanbieders in Nederland. Kwalificaties die voldoen aan de erkende beroepskwalificaties als bedoeld in de Algemene wet erkenning EU-beroepskwalificaties zijn vaak voldoende.

Verblijft u in het buitenland en heeft u zorg nodig? Neemt u dan contact op met onze alarmcentrale als sprake is van spoedeisende zorg. Onze alarmcentrale helpt u bij het zoeken van zorg. Ook kunt u informatie krijgen over de vergoeding van de zorg. U kunt de alarmcentrale bereiken op één van de volgende manieren:
* telefonisch: +31 (0)570 68 73 33
* per mail: alarmcentrale@salland.nl
De alarmcentrale is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar.

13. Hoe wordt de hoogte van de vergoeding in het buitenland vastgesteld?

Als u woont of tijdelijk verblijft (waaronder ook tijdelijk verblijf voor geplande zorg) in een ander EU-, EER- of Verdragsland dan Nederland, heeft u voor zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in dat land of een ander EU-, EER- of Verdragsland naar keuze:

a. recht op vergoeding van kosten van de zorg die u van ons zou krijgen als deze zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland was verleend. Dat houdt in:

> i) als wij voor die zorg een maximumtarief hanteren, tot maximaal het tarief dat wij hebben vastgesteld. In de polisvoorwaarden is per zorgvorm vermeld of wij een maximumvergoeding voor niet-gecontracteerde zorg hanteren. De tarievenlijsten kunt u bekijken en downloaden via **salland.nl/tarieven**.
> ii) als wij voor die zorg geen maximumtarief hanteren, tot maximaal het marktconform tarief dat in Nederland voor die zorg geldt (het marktconform Nederlands tarief).

b. recht op zorg of vergoeding van kosten van zorg volgens de wettelijke regels van de sociale ziektekostenverzekering van dat land, als dat op u van toepassing is op grond van de bepalingen van de toepasselijke Europese verordeningen sociale zekerheid of het desbetreffende verdrag.

De vergoeding onder i) geldt niet, als de zorg niet, niet tijdig of alleen op grote afstand van uw woonplaats of uw tijdelijke verblijfplaats in het buitenland door een gecontracteerde zorgaanbieder kan worden verleend. In dat geval heeft u recht op de vergoeding onder ii) of onder b.

Als u woont of tijdelijk verblijft (waaronder ook tijdelijk verblijf voor geplande zorg) in een ander EU-, EER- of Verdragsland dan Nederland, heeft u voor zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder in dat land of een ander EU-, EER- of Verdragsland naar keuze:

a. recht op zorg door de gecontracteerde zorgaanbieder tot maximaal het tarief dat wij met die zorgaanbieder zijn overeengekomen. Het kan gebeuren dat de overeenkomst tussen ons en de zorgaanbieder eindigt op het moment dat u van deze zorgaanbieder zorg krijgt. In dat geval heeft u recht op vergoeding van de kosten van de resterende zorg door deze zorgaanbieder tot maximaal het marktconform Nederlands tarief.
b. recht op zorg of vergoeding van kosten van zorg volgens de wettelijke regels van de sociale ziektekostenverzekering van dat land op grond van de bepalingen van de toepasselijke Europese verordeningen sociale zekerheid of het desbetreffende verdrag.

LET OP: De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op **salland.nl/zorgzoeker**. U kunt ook bellen met onze Klantenservice via 0570 68 74 84.

Als u woont of tijdelijk verblijft, waaronder ook valt tijdelijk verblijf voor geplande zorg, in een land dat geen EU-, EER- of Verdragsland is, heeft u voor zorg in dat land recht op de vergoeding van kosten:

a. als wij voor die zorg een maximumtarief hanteren, tot maximaal het tarief dat wij hebben vastgesteld. In de polisvoorwaarden is per zorgvorm vermeld of wij een maximumvergoeding voor niet-gecontracteerde zorg hanteren. De tarievenlijsten kunt u bekijken en downloaden via **salland.nl/tarieven**.
b. als wij voor die zorg geen maximumtarief hanteren, tot maximaal het marktconform Nederlands tarief.

De vergoeding onder a geldt niet, als de zorg niet, niet tijdig of alleen op grote afstand van uw woonplaats of uw tijdelijke verblijfplaats in het buitenland door een gecontracteerde zorgaanbieder kan worden verleend. In dat geval heeft u recht op de vergoeding onder b.

Wij vergoeden de kosten van de zorg in euro's. Voor het omrekenen van buitenlandse valuta gebruiken wij zo veel mogelijk de omrekenkoers op de datum waarop de zorg is verleend.

Voor het indienen van rekeningen voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden die zijn opgenomen in artikel 2 van de Algemene bepalingen. Zo moet de rekening zijn opgesteld in het Latijns schrift, het alfabet dat voor bijna alle westerse talen wordt gebruikt. Ook moet de rekening een beschrijving van de verleende zorg bevatten. Is de rekening in een andere taal? Dan moet u een vertaling meesturen van een beëdigd vertaler. De kosten van de vertaler vergoeden wij niet. Doet u dat niet, dan kunnen wij weigeren om de rekening in behandeling te nemen.

Met een rekening voor zorg in het buitenland stuurt u een ingevuld en ondertekend formulier Declareren buitenlandse rekening mee. Het declaratieformulier kunt u downloaden via www.salland.nl/formulieren.

LET OP: Voor zorg in het buitenland gelden ook 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.

Omzetplafonds en volumeafspraken

14. Zijn er gevolgen van omzetplafonds en volumeafspraken?

Wij maken afspraken met zorgaanbieders over de kosten en de kwaliteit van de zorg. Regelmatig maken wij daarbij afspraken over de maximale vergoeding per jaar (omzetplafond). Wij maken in beginsel geen afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder moet leveren (volumeafspraak).

Wij doen ons uiterste best om ervoor te zorgen dat afspraken over een omzetplafond geen gevolgen voor u hebben. U kunt bij de zorgaanbieders terecht, ook als het omzetplafond is bereikt.

Helaas valt niet uit te sluiten dat er nooit gevolgen zijn. Mocht een zorgaanbieder u na het bereiken van het omzetplafond niet meer willen behandelen (voor de rest van het jaar)? Dan helpen wij u bij het vinden van een andere zorgaanbieder die de zorg aan u kan verlenen.

In het uitzonderlijke geval dat er mogelijke gevolgen zijn, dan vermelden wij in onze zorgzoeker om welke zorgaanbieders het gaat en wat de mogelijke gevolgen zijn. Deze informatie kunt u vinden via https://salland.z-zoeker.nl/ (salland.nl/zorgzoeker).

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?
Nee
Onder het eigen risico vallen wel:

- kosten van laboratoriumonderzoek op verzoek van de zorgaanbieder voor de verloskundige zorg.
- indirecte kosten, zoals geneesmiddelen, en kosten voor vervoer.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?
Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg via salland.nl/tarieven, onder Verloskunde. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op salland.nl/zorgzoeker.

Verloskundige zorg met medische indicatie

U heeft recht op verloskundige zorg en opname in een ziekenhuis daarvoor, als u een medische indicatie heeft. Verloskundige zorg met medische indicatie omvat zorg die verloskundigen en medisch specialisten plegen te bieden.

Als er tijdens de zwangerschap of bevalling een verhoogd risico is voor de gezondheid van u of uw baby, krijgt u een medische indicatie. In dat geval wordt de verloskundige zorg in een ziekenhuis verleend door een gynaecoloog of een verloskundige van het ziekenhuis.

Waar moet u op letten?
Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- een ziekenhuis
- een integrale geboortezorgorganisatie, die hiervoor door ons is gecontracteerd

Is er een verwijzing nodig?
Ja, voor verloskundige zorg met medische indicatie in een ziekenhuis is voor aanvang van de zorg een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, verloskundige of physician assistant.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?
Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?
Nee
Onder het eigen risico vallen wel:

- kosten van laboratoriumonderzoek op verzoek van de zorgaanbieder voor de verloskundige zorg
- indirecte kosten, zoals geneesmiddelen, en kosten voor vervoer

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?
Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg via salland.nl/tarieven, onder Medisch-specialistische zorg. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op salland.nl/zorgzoeker.

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz)

U heeft recht op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en opname daarvoor als u 18 jaar of ouder bent. De geneeskundige ggz omvat de diagnostiek, behandeling van lichte tot (zeer) complexe psychische problemen of chronische problematiek die medisch specialisten (psychiaters) en klinisch psychologen plegen te bieden.

De zorg is gericht op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis. Uw zorgvraag bepaalt welk zorgtraject wordt ingezet. Een zorgtraject kan bestaan uit verschillende onderdelen, zoals intake, diagnostiek, individuele

consulten, groepsconsulten of opname. Een zorgtraject kan zowel fysiek als online aangeboden worden. Een behandelplan, als onderdeel van uw zorgtraject, wordt met u besproken en vervolgens vastgesteld door uw zorgaanbieder.

Geneeskundige ggz tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet. Hiervoor kunt u contact opnemen met de gemeente.

Onder de geneeskundige ggz valt niet:

- de behandeling van aanpassingsstoornissen. Dat betekent dat iemand na een ingrijpende gebeurtenis of verandering (een stressvolle situatie) psychische klachten houdt, die een normaal dagelijks functioneren thuis en op het werk verhinderen.
- hulp bij werk- en relatieproblemen, zoals overspanning of burn-out.
- hulp bij leerstoornissen.
- geïndiceerde preventie bij depressie, paniek- en angststoornissen en problematisch alcoholgebruik, die onder de huisartsenzorg valt.

Uw behandeling moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. In de Lijst toegestane behandelingen ggz vindt u meer informatie over welke behandelingen voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en in welke situatie deze toegepast mogen worden door uw zorgaanbieder. U vindt de lijst via www.salland.nl/voorwaarden.

Opname in een ggz-instelling

Opname omvat verblijf met een duur van 24 uur of langer gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg.

Een onderbreking van de opname van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking van de ononderbroken periode. Deze dagen van onderbreking tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen, behalve als het gaat om weekend- en vakantieverlof. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

Is het in verband met uw behandeling noodzakelijk dat u langer dan 1.095 dagen blijft opgenomen? Dan kunt u in overleg met uw zorgaanbieder een indicatie aanvragen voor de Wet langdurige zorg.

Veldafspraak

Landelijk worden veldafspraken voor de ggz vastgesteld door vertegenwoordigers van de overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten. De zorgaanbieder moet de zorg in overeenstemming met de landelijk vastgestelde veldafspraken leveren. U kunt de landelijk vastgestelde veldafspraken bekijken en downloaden via www.zorgprestatiemodel.nl.

Waar moet ik op letten?

Deze zorgaanbieders mogen als regiebehandelaar geneeskundige ggz verlenen: een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, psychiater, verpleegkundig specialist ggz, specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater, verslavingsarts, orthopedagoog-generalist, physician assistant, sociaalpsychiatrisch verpleegkundige klinisch geriater.

Een psychiatrisch ziekenhuis mag de opname bieden.

Overgangsregeling

Geneeskundige ggz tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet. Die kent andere regiebehandelaars dan de zorgverzekering. Als het nodig is dat een behandeling na uw 18e verjaardag nog doorloopt bij de regiebehandelaar jeugd-ggz, dan mag deze zorgaanbieder de behandeling voortzetten tot maximaal 365 dagen (1 jaar) na uw 18e verjaardag. Het moet gaan om een regiebehandelaar met een postmasterregistratie in het register van Stichting kwaliteitsregister Jeugd (SKJ) of BIG-register (doorgaans een orthopedagoog of een zorgaanbieder die als kinder- en jeugdpsycholoog NIP is ingeschreven in het verenigingsregister van het Nederlands Instituut van Psychologen). Deze zorgaanbieder hoeft in dat geval niet over een Kwaliteitsstatuut te beschikken. De voortzetting van de behandeling moet zijn gericht op afsluiting of overdracht.

Kwaliteitsstatuut

De zorgaanbieder moet beschikken over een kwaliteitsstatuut op basis van het Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz dat is opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten van Zorginstituut Nederland en moet het kwaliteitsstatuut naleven.

In het kwaliteitsstatuut moet de zorgaanbieder aangeven hoe vorm en inhoud wordt gegeven aan de kwaliteitsnormen. In het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder is ook opgenomen wie verantwoordelijk is voor de indicatie en/of coördinatie van de zorg. Dit is de regiebehandelaar.

Met gecontracteerde zorgaanbieders maken wij afspraken over kwaliteit en inzet van de regiebehandelaar. In geval van niet-gecontracteerde zorg controleren wij bij het indienen van de rekening onder meer of de inzet van de regiebehandelaar geleverd is volgens het kwaliteitsstatuut. Wij kunnen hiervoor aanvullende informatie opvragen. Op basis van die informatie besluiten wij over de vergoeding van kosten van de zorg.

Is er een verwijzing nodig?
Ja, van een huisarts, medisch specialist, regiebehandelaar (in geval van doorverwijzing), bedrijfsarts of straatdokter:

- bij de start van het zorgtraject
- bij heraanmelding als het zorgtraject meer dan 365 dagen geleden is afgesloten

Dit geldt niet voor het verkennend gesprek. Voor een verkennend gesprek heeft u een verwijzing van uw huisarts nodig.

De verwijzing moet voldoen aan de Verwijsafspraken geestelijke gezondheidszorg zoals vastgesteld door het ministerie van VWS. U kunt deze bekijken via www.salland.nl/ggz.

U heeft geen verwijzing nodig:

- als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld (acute ggz)
- als sprake is van gedwongen zorg op basis van de Wet verplichte ggz
- als de zorg een directe voortzetting is van zorg aan u vanuit een justitieel traject, zorg aan u door dezelfde zorgaanbieder na het eindigen van de Wlz-indicatie of zorg aan u vanuit de Jeugdwet
- bij een heraanmelding binnen 1 jaar na afsluiten van een voorgaand zorgtraject
- bij vervolg nadat de behandeling is gestart binnen de acute ggz (ggz aan u in een crisissituatie waarbij het vermoeden bestaat dat u een acute psychiatrische stoornis heeft) .
- bij een doorverwijzing tussen zorgaanbieders voor ggz

Uw verwijzing is maximaal 9 maanden (275 dagen) geldig. Dit betekent dat uw behandeling binnen 9 maanden na het afgeven van de verwijzing moet starten.

Is er schriftelijk toestemming vooraf nodig?
In de volgende gevallen moet schriftelijk toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt:

- Voor geneeskundige ggz door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in combinatie met opname.
- Voor de zorg in de setting hoogspecialistische ggz bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Een van de vereisten voor toestemming is dat wij met uw zorgaanbieder tot schriftelijke overeenstemming komen voor het verlenen van de zorg. Dient niet uw zorgaanbieder namens u de aanvraag in, maar uzelf of een andere vertegenwoordiger? Dan is uw uitdrukkelijke toestemming aan ons noodzakelijk om contact met uw zorgaanbieder op te nemen om tot schriftelijke overeenstemming te komen over het verlenen van de zorg.

De meeste zorgaanbieders die mogen optreden als regiebehandelaar zijn aangesloten op het landelijke Machtigingenportaal. Uw zorgaanbieder kan via dit portaal digitaal toestemming aanvragen. Uw zorgaanbieder krijgt van ons, via het Machtigingenportaal, antwoord op uw aanvraag.

Bezoekt u een zorgaanbieder die niet aangesloten is op het Machtigingenportaal of gaat u naar het buitenland voor een behandeling? Dan moet u voor het recht op zorg zelf toestemming bij ons vragen en krijgen vóórdat de behandeling start. Bij elke aanvraag moet u (een kopie van) een rapportage van de behandeld regiebehandelaar meesturen waarin de medische diagnose(s), een beschrijving van de actuele problematiek en de medische noodzaak voor de aangevraagde zorg zijn opgenomen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?
Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?
Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Dit geldt niet voor de kosten van het verkennend gesprek. De kosten van het verkennend gesprek zijn vrijgesteld van het verplicht en vrijwillig eigen risico.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?
Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg via **salland.nl/tarieven**, onder Geestelijke gezondheidszorg. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op **salland.nl/zorgzoeker**.

Geneesmiddelenzorg

Geneesmiddelenzorg

U heeft recht op geneesmiddelenzorg. Geneesmiddelenzorg (farmaceutische zorg) bestaat uit terhandstelling (uitgifte door de apotheek) van de hierna genoemde geneesmiddelen en dieetpreparaten. Geneesmiddelenzorg omvat daarnaast ook het advies en begeleiding die apothekers plegen te bieden voor de medicatiebeoordeling en het verantwoord gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen.

U heeft recht op deze geneesmiddelen en dieetpreparaten:

1. de volgende geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 1 en bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering:

    a. de voorkeursgeneesmiddelen op de Lijst voorkeursgeneesmiddelen. De actuele Lijst voorkeursgeneesmiddelen kunt u bekijken via **www.salland.nl/voorkeursbeleid.** Wij kunnen de Lijst voorkeursgeneesmiddelen maandelijks wijzigen. Op verzoek zenden wij de lijst toe.

    Het aanwijzen van voorkeursgeneesmiddelen noemen wij voorkeursbeleid. Binnen een aantal groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen hebben wij een voorkeursgeneesmiddel aangewezen. Heeft u recht op een voorkeursgeneesmiddel? Dan heeft u geen recht op een ander geneesmiddel, behalve als er een medische noodzaak of een logistieke noodzaak is (daarover meer bij punt c en d hierna).

    b. de onderling vervangbare geneesmiddelen uit de groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen waarin geen voorkeursgeneesmiddel is aangewezen. Als er keuze is tussen meerdere onderling vervangbare geneesmiddelen binnen een groep, heeft u recht op:
    • het goedkoopste geneesmiddel binnen die groep. Het goedkoopste geneesmiddel is het geneesmiddel met de laagste apotheekinkoopprijs (AIP) volgens de G-Standaard. U kunt het goedkoopste geneesmiddel en de prijs daarvan navragen via **www.salland.nl/contact**. Of vraag het na bij uw apotheek;
    • het geneesmiddel dat maximaal 3% duurder is dan het goedkoopste geneesmiddel uit die groep.

    Dit geldt niet als er een medische noodzaak of een logistieke noodzaak is (daarover meer bij punt c en d hierna).

    c. in afwijking van a en b hiervoor heeft u recht op het voorgeschreven geneesmiddel als sprake is van een medische noodzaak ('MN'). Dit geldt niet als er een logistieke noodzaak is (daarover meer bij punt d hierna).

    Een medische noodzaak betekent dat het medisch gezien onverantwoord is dat u het voorkeursgeneesmiddel of het door de apotheek gekozen geneesmiddel gebruikt. Uw voorschrijver mag alleen ‘medische noodzaak’ op het recept vermelden als de voorschrijver die noodzaak kan onderbouwen. De apotheek bekijkt of er sprake is van een medische noodzaak. Bij twijfel neemt de apotheek contact op met de voorschrijver voor overleg en afstemming over de medische noodzaak.