

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202400727

Partijen

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

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 31 december 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 4 januari 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 11 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 februari 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 19 maart 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025003933) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 maart 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Bij brief van 23 april 2025 heeft verzoeker zijn reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 24 april 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 mei 2025 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 14 mei 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 23 april 2025 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie ook een nadere vraag gesteld. Bij brief van 28 mei 2025 heeft het Zorginstituut de vraag van de commissie beantwoord en meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie van de brief is op 30 mei 2025 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Op 6 juni 2025 heeft verzoeker gereageerd. Een afschrift hiervan is op 24 juni 2025 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Van de ziektekostenverzekeraar heeft de commissie geen reactie ontvangen.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Basis Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Instap (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker heeft op 15 december 2023 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een klinische behandeling van zijn meervoudige verslavingsproblematiek bij Cherrywood House in Kaapstad, Zuid-Afrika.
- 2.3. Bij brief van 19 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om de afwijzing te heroverwegen. Bij brief van 17 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar hem meegedeeld dat de aanvraag afgewezen blijft.
- 2.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar hierop nogmaals om heroverweging verzocht. Bij brief van 26 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.
- 2.6. Bij brief van 19 maart 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 28 mei 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de klinische behandeling van zijn meervoudige verslavingsproblematiek bij Cherrywood House in Kaapstad, Zuid-Afrika, geheel of gedeeltelijk te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker in zijn brief van 24 augustus 2024 in de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen en in zijn verzoek aan de commissie van 31 december 2024 aangevoerd dat sprake was van een acute en ernstige situatie die een klinische behandeling rechtvaardigde. Medio 2023 had verzoeker een urgente behoefte aan zorg vanwege een ernstige en meervoudige verslavingsproblematiek. Op dat moment was hij gefocust op het vinden van een kliniek om verergering van de situatie te voorkomen. Uitstel van behandeling zou tot een verdere terugval kunnen leiden en de wil om te worden behandeld zou kunnen verdwijnen. Verslavingsgedachten kunnen immers makkelijk de overhand nemen. Er was sprake van een crisis. Het enkele feit dat de huisarts geen contact heeft opgenomen met de crisisdienst, maakt dit niet anders. Verzoeker heeft de crisis met hulp van zijn omgeving proberen te bestrijden. Dat er snel uitzicht kwam op de klinische behandeling heeft daarbij een positieve rol gespeeld. Uit het behandelplan blijkt dat de ADL van verzoeker sterk was beperkt. Zijn rol als vader en partner, en zijn werkzame leven leden ernstig onder de verslaving. Diagnoses met betrekking tot persoonlijkheidsproblematiek mogen gedurende middelengebruik niet worden gesteld. Dit gebeurt pas na de detox-fase. Om die reden is – naast detox – verwezen voor diagnostisch onderzoek en behandeling van psychiatrische klachten als onderdelen van het behandelplan. Dit is tijdens de klinische behandeling ook gebeurd. Uit het behandelplan blijkt verder duidelijk dat

verzoeker een ernstig trauma heeft door seksueel misbruik in combinatie met een hechtingsproblematiek en affectieve verwaarlozing in zijn kindertijd.

- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft ten onrechte gesteld dat onvoldoende argumentatie bestond om ambulante behandeling over te slaan. Uit het behandelplan van de GZ-psycholoog blijkt dat uit zowel het klinisch interview als de MATE naar voren kwam dat de verslaving matig-ernstig was en dat er een combinatie bestond met psychiatrische problematiek. De GZ-psycholoog heeft een klinische behandeling geadviseerd. Ook de huisarts heeft verzoeker direct verwezen voor klinische behandeling. Als ambulante behandeling mogelijk was geweest, zouden deze artsen hierop hebben gewezen. Verzoeker heeft de mogelijkheid tot ambulante behandeling weliswaar onderzocht, maar in Nederland bestaan onverantwoord lange wachttijden voor een intake en behandeling. Daarbij komt dat ambulante behandeling in het geval van verzoeker niet realistisch was. In zijn thuissituatie was een baby aanwezig. Ook kampte verzoeker met suïcidale gedachten en ernstige agressieproblematiek. Dit blijkt onder meer uit een verklaring van de huisarts van 30 januari 2024.
- 3.4. Verzoeker was niet bekend met het bestaan van zorgbemiddeling. Hij heeft daarom zelf gezocht naar een kliniek in Nederland of het buitenland waar hij op korte termijn terecht kon. Uiteindelijk is hij bij de kliniek in Zuid-Afrika uitgekomen. Verzoeker durfde de behandeling niet uit te stellen. Hij was voorts niet op de hoogte van de noodzaak van voorafgaande toestemming en heeft hier daarom ook niet om kunnen vragen. De kliniek in Zuid-Afrika heeft hem hierover ook niet geïnformeerd. Dit geldt eveneens voor de huisarts en de klinisch psycholoog. De kliniek in Zuid-Afrika vertelde hem wel goede ervaringen te hebben met de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar zou in andere gevallen nog nooit vergoeding hebben geweigerd omdat de aanvraagprocedure niet kon worden afgewacht. Het lukte verzoeker niet om tijdig alle noodzakelijke documenten van de kliniek in Zuid-Afrika en een aftercare aanbieder van de ziektekostenverzekeraar te verkrijgen. Hij ging ervan uit dat hij deze documenten tijdens zijn verblijf in Zuid-Afrika nog kon aanleveren.
- 3.5. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat een verwijzing voor nabehandeling voor de goedkeuring van een klinische behandeling niet relevant is. De zwaarte van de nabehandeling hangt immers af van het nog te bereiken resultaat van de klinische behandeling. Dit was voorafgaand aan de opname nog niet bekend. Verzoeker heeft hierbij opgemerkt dat enkel de eerste verwijzing van de huisarts naar de kliniek in Zuid-Afrika en de latere toelichting daarop kunnen worden gebruikt om te beoordelen of een klinische behandeling op dat moment gerechtvaardigd was. Het gaat om twee losse zorgvragen en de ziektekostenverzekeraar heeft geen bezwaar gemaakt tegen de nabehandeling.
- 3.6. Bij brief van 23 april 2025 heeft verzoeker, in reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut, toegelicht dat de triage heeft plaatsgevonden voorafgaand aan het vertrek naar Zuid-Afrika, namelijk op 13 november 2023. Uit de intake van de onafhankelijk GGZ-psycholoog blijkt op basis van haar anamnese en waarneming dat een klinische behandeling werd geadviseerd. Hetzelfde advies werd door de huisarts gegeven en volgde bovendien uit de bij verzoeker afgenomen MATE. Op basis hiervan heeft hij dan ook de conclusie getrokken dat een klinische behandeling noodzakelijk was en is hij de dag erna naar de kliniek in Zuid-Afrika vertrokken, de enige kliniek van een veelvoud aan klinieken in binnen- en buitenland die op korte termijn plaats had. Indien uit de triage was gebleken dat een ambulante behandeling voldoende was geweest, dan had hij zich de kosten en moeite om naar Zuid-Afrika te vertrekken natuurlijk bespaard. Verzoeker mocht ervan uitgaan dat hij op basis van het zorgadvies van zijn huisarts en de GGZ-psycholoog juist handelde. Een andere optie is door geen van de zorgverleners genoemd. Het Zorginstituut adviseert nu negatief op basis van de korte tijd tussen het afnemen van de MATE en het bijbehorend advies voor klinische opname enerzijds en het daadwerkelijk vertrek naar Zuid-Afrika anderzijds. Uit wetenschap en ervaring is echter breed bekend dat het voor de verslaafde en zijn omgeving van

cruciaal belang is om, bij een dieptepunt in de verslaving en de bereidwilligheid om op dat moment hulp te zoeken, snel te handelen. Verzoeker heeft hierbij verwezen naar diverse wetenschappelijke artikelen. De auteurs van deze artikelen zijn het er unaniem over eens dat snelle hulp cruciaal is voor een verhoogde kans op een succesvolle behandeling; vertraging leidt tot een verhoogde kans op terugval, schade en escalatie. Verzoeker en zijn beide ouders waren zich hiervan sterk bewust en verzoeker heeft er dan ook alles aan gedaan om deze ‘window of opportunity’ met beide handen aan te pakken. De korte tijd tussen het afnemen van de MATE en het vertrek naar Zuid-Afrika kan volgens verzoeker dan ook geen grond zijn om het verzoek tot vergoeding van de kosten af te wijzen.

- 3.7. Verzoeker is, als gezegd, naar Zuid-Afrika vertrokken op basis van de MATE-score en de door de onafhankelijk GGZ-psycholoog en de huisarts geadviseerde klinische opname. Bedacht moet worden dat er op dat moment sprake was van een zeer acute zorgvraag. Uitstel had zeer negatieve gevolgen kunnen hebben. Uit de wetenschap is bovendien bekend dat verslaving een chronische, recidiverende en progressieve ziekte is. De ziekte wordt in de loop der tijd alleen maar erger en dit wordt versterkt door een terugval. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker verwezen naar diverse wetenschappelijke artikelen. Ondanks een abstinentieperiode van zeven jaren is er daarna een langdurige terugval geweest van ruim vijf jaren, waarbij de ernst van de verslaving en de gevolgen daarvan alleen maar erger zijn geworden. Hoewel verzoeker, toen hij twintig jaar oud was, met succes klinisch is behandeld voor zijn verslaving, heeft de terugval de ernst van de verslaving helaas alleen maar erger gemaakt. Omdat de ernst van de verslaving in 2011 al hoog genoeg was voor een klinische behandeling, verslaving alleen maar verergert in de loop van de tijd, en er sprake was van een langdurige terugval, mocht verzoeker, in combinatie met het advies van de onafhankelijk GGZ-psycholoog en de MATE-score, erop vertrouwen dat ook nu een klinische behandeling noodzakelijk was en dat die - evenals in 2011 - door de ziektekostenverzekeraar zou worden vergoed. Werkelijk niemand heeft hem in die dagen van het zoeken naar hulp erop gewezen dat een ambulante traject de juiste stap was of dat de ziektekostenverzekeraar de klinische behandeling niet zou vergoeden. Op de vraag *“of in het individuele geval de verlangde zorg het aangewezen middel is om in het gezondheidstekort van de verzekerde te voorzien”* is het antwoord dan ook dat een klinische opname het aangewezen middel was om in zijn gezondheidstekort te voorzien. Zowel de MATE-score als het advies van de onafhankelijk GGZ-psycholoog alsmede de (wetenschappelijk onderbouwde) kern van de ziekte verslaving als progressieve ziekte ondersteunen dit. Dat verzoeker inmiddels al anderhalf jaar clean is en zijn verantwoordelijkheden als echtgenoot, vader en ondernemer heeft opgepakt, geeft ook aan dat de behandeling vooralsnog effectief is geweest.
- 3.8. Volgens het Zorginstituut blijkt uit de beschikbare informatie niet of therapeutisch proefverlof deel uitmaakte van de behandeling van verzoeker. Deze informatie kan worden achterhaald door contact op te nemen met de kliniek in Zuid-Afrika. In het geval van verzoeker heeft wel degelijk therapeutisch proefverlof plaatsgevonden. Zo heeft verzoeker, evenals andere verslaafden, na verloop van tijd de weekenden steeds vaker buiten de kliniek doorgebracht om stap voor stap weer te integreren in het normale leven en de verleidingen die een verslaafde daar tegenkomt het hoofd te bieden. Dat is gestructureerd gebeurd en vormgegeven in de mate waarin verzoeker dit aan kon. Verder heeft het Zorginstituut gesteld dat verzoeker weliswaar voor nazorg is verwezen naar een kliniek voor ambulante behandeling in Amsterdam, maar dat niet bekend is of deze ambulante nazorg deel uitmaakte van de klinische behandeling in Zuid-Afrika en of deze nazorg ook daadwerkelijk is geleverd. Verzoeker heeft in dit verband toegelicht dat deze nazorg inderdaad heeft plaatsgevonden en dat de kosten hiervan door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed. Verzoeker heeft zowel aan individuele gesprekken als aan groepsgesprekken deelgenomen. Bovendien is de aanvraag voor vergoeding door verzoeker pas zo laat bij de ziektekostenverzekeraar ingediend, omdat hij juist moest wachten op toelating bij de kliniek in Amsterdam. De ziektekostenverzekeraar accepteert een aanvraag immers alleen als ook de toelating tot het nazorgtraject is geregeld. Dat lukte niet meer vóór 14 november 2023. Het

nazorgtraject is, na goedkeuring door de behandelend psycholoog en na overleg met de ziektekostenverzekeraar over de vraag of de afsluiting van de nazorg de lopende aanvraag voor vergoeding van de klinische opname niet zou schaden, inmiddels succesvol beëindigd. Informatie hierover kan desgewenst worden opgevraagd bij de kliniek in Amsterdam en de ziektekostenverzekeraar.

- 3.9. Verzoeker heeft voorts aangevoerd dat hij niet kon weten dat de zorg die wordt geleverd door de kliniek in Zuid-Afrika kennelijk niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hij herhaalt dat hij, op basis van de doorverwijzing van de huisarts, de afgenomen MATE, en het advies van de onafhankelijk GGZ-psycholoog, ervan mocht uitgaan dat de klinische behandeling van de meervoudige verslavingsproblematiek in Zuid-Afrika voor hem het juiste was. Bovendien behandelt de kliniek in Zuid-Afrika wel degelijk ook verlaafden die bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd zijn. Andere verzekerden hebben wel vergoeding voor de behandeling bij deze kliniek ontvangen. Er zijn verschillende precedentes bekend. Ook de informatie van medewerkers van afkickkliniekwijzer.nl bevestigde dat. Er was voor verzoeker daarom geen enkele objectieve reden om te twijfelen aan de keuze voor de kliniek in Zuid-Afrika. Dit geldt temeer omdat alle andere onderzochte klinieken in het binnen- en buitenland op dat moment lange wachtlijsten hadden dan wel te duur waren voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering.
- 3.10. Ten aanzien van het behandelplan van de kliniek in Zuid-Afrika heeft verzoeker gesteld dat het opmerkelijk is dat deze kliniek voornamelijk zorg biedt aan personen uit Nederland, terwijl de behandeling volgens het Zorginstituut niet zou voldoen aan de zorgstandaarden in de GGZ. Dit spoot ook niet met de ervaringen die verzoeker heeft gehad in Zuid-Afrika. Het standaardbehandelplan is nadrukkelijk aangevuld met specifieke punten voor zijn problematiek. De keuze voor zijn counselor was afgestemd op zijn specifieke hulpvragen. Deze specifieke aandachtspunten kwamen ook tot uiting in de digitale contacten met zijn ouders. Dat verzoeker inmiddels anderhalf jaar clean is en zijn leven weer energiek heeft opgepakt, geeft vertrouwen in de kwaliteit van de geleverde zorg.
- 3.11. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat hij sinds zijn jeugd kampt met verslavingsproblematiek. Zijn situatie is voor het eerst in 2011 geëscaleerd. Na een zelfmoordpoging is hij in de crisisopvang geraakt. Verzoeker kon niet omgaan met de gevoelens die het gevolg waren van misbruik in zijn jeugd. In de crisisopvang kreeg hij voor het eerst te horen dat hij kampte met verslavingsproblematiek en is hij op zoek gegaan naar een kliniek die hem kon behandelen. Vervolgens is hij gedurende vier maanden klinisch behandeld in Zuid-Afrika. De kosten hiervan zijn toen ook vergoed. Na een periode van ruim zes jaar kwam een terugval die ruim vijf jaar heeft geduurd. In november 2023 was verzoeker weer bereid om hulp te zoeken. Hij heeft zijn oude kliniek gebeld, maar daar kon hij pas na vier of vijf maanden terecht. Via afkickwijzer.nl heeft hij naar hulp gezocht. Ook is contact opgenomen met de huisarts. De huisarts heeft uiteindelijk doorverwezen naar Cherrywood House in Zuid-Afrika. Het is belangrijk, zoals ook uit de wetenschap blijkt, om direct door te pakken als een verlaafde bereid is om hulp te aanvaarden. Er heeft een intake plaatsgevonden met de hoofdbehandelaar in Zuid-Afrika. Vervolgens was er een intake met een GGZ-psycholoog. Op basis daarvan is de MATE afgenomen en een behandelplan opgesteld. In dit geval met het advies voor een klinische opname. Het behandelplan is opgesteld door de GGZ-psycholoog in samenspraak met Cherrywood House. Vervolgens is verzoeker vertrokken naar Zuid-Afrika. Volgens de ziektekostenverzekeraar was ambulante behandeling ook mogelijk, maar de huisarts en de psycholoog adviseerden een klinische opname. Daarnaast was de situatie van verzoeker in 2011 al ernstig genoeg om klinisch te worden behandeld. Verzoeker heeft hierbij opgemerkt dat verslaving een progressieve ziekte is. Bij een terugval wordt de ernst van de problematiek groter. Gelet hierop mocht erop worden vertrouwd dat klinische behandeling de juiste keuze was. Volgens Cherrywood House werd er samengewerkt met de ziektekostenverzekeraar en gebeurde het vaker dat een verzekerde alvast naar Zuid-Afrika vertrok en dat de aanvraag later werd

goedgekeurd. Op basis van die informatie is besloten om naar Zuid-Afrika te gaan. Volgens Cherrywood House wordt de behandeling van andere verzekerden wel door de ziektekostenverzekeraar vergoed.

Voor het therapeutisch proefverlof geldt dat patiënten na enkele weken onder begeleiding naar buiten mogen. Dit was bij verzoeker ook het geval. Op deze manier wordt langzaam weerstand opgebouwd. Er wordt geleerd om te gaan met een omgeving waarin middelen worden gebruikt. De nazorg heeft plaatsgevonden bij Trubendorffer. Een van de redenen dat de aanvraag pas later is ingediend, is omdat de aanvraag pas door de ziektekostenverzekeraar in behandeling wordt genomen als deze compleet is en dus ook de nazorg is geregeld. Dit moest vanuit Zuid-Afrika gebeuren. De nazorg heeft in Nederland plaatsgevonden en was integraal onderdeel van het behandelplan. De kosten hiervan zijn ook door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Verzoeker ging daarom ervan uit dat de nazorg in orde was.

Verzoeker heeft herhaald dat als (ambulante) behandeling in Nederland mogelijk was geweest, hij daarvoor had gekozen. Voor de behandeling in Zuid-Afrika moest hij zijn pasgeboren zoon achterlaten en dat was verschrikkelijk. Verzoeker was liever in Nederland behandeld. Er is gekeken naar verschillende behandelopties, maar bij veel klinieken kon hij niet op korte termijn terecht.

- 3.12. In zijn brief van 9 juni 2025 heeft verzoeker opgemerkt dat de behandeling bij Cherrywood House volgens het Zorginstituut niet bewezen effectief is, omdat de MATE niet voorafgaand aan de behandeling zou zijn afgenomen. Dit is echter niet juist. Het afnemen van de MATE heeft namelijk voorafgaand aan het vertrek plaatsgevonden, tijdens een intakegesprek met een onafhankelijk GGZ-psycholoog. Deze intake heeft geleid tot het opstellen van een behandelplan, waarin klinische opname werd geadviseerd, mede op basis van de ernst van de verslavingsproblematiek en de eerdere klinische behandelhistorie. Pas daarna is door verzoeker de beslissing genomen om naar Cherrywood House af te reizen. Zowel de GGZ-psycholoog als de huisarts van verzoeker heeft expliciet een klinische behandeling geadviseerd. Een minder intensieve vorm van behandeling (zoals intensieve deeltijd of ambulant) werd niet passend geacht en is ook op geen enkele manier met verzoeker besproken als optie.

Verzoeker heeft verder benadrukt dat de behandeling bij Cherrywood House wel degelijk was afgestemd op het individuele herstelproces en ruimte bood voor op- of afschaling van de zorg. Gedurende de behandeling van verzoeker is overwogen, in samenspraak met zijn counselor en het behandelteam, om deze met twee weken te verlengen, naar tien weken totaal. Ook in het behandelplan werd dit al als optie genoemd. Uiteindelijk is de afweging gemaakt dat dit niet nodig was. Uit deze mogelijkheid tot verlenging blijkt dat de behandeling flexibel werd vormgegeven en aangepast aan de situatie van de individuele patiënt. Er was dus geen sprake van een star of standaard programma met vaste duur, maar van een maatwerktraject met continue evaluatie van de voortgang. Het behandelprogramma was op maat gemaakt, afgestemd op de hulpvraag van verzoeker. Tijdens de hoorzitting is naar voren gebracht dat vanaf het tweede weekend werd gestart met therapeutisch proefverlof, een bewezen methode binnen de verslavingszorg om geleidelijk terug te keren in het maatschappelijk functioneren, waarbij er sprake was van een volledige nazorgfase bij Trubendorffer, een gecontracteerde Nederlandse zorgaanbieder. Deze nazorg maakte integraal deel uit van het behandelplan en is ook vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker is sinds de behandeling achttien maanden clean, wat het positieve effect van de zorg onderbouwt.

De situatie van verzoeker was destijds zeer urgent. In Nederland was er bij alle benaderde klinieken een wachttijd van meerdere maanden, terwijl er een directe bereidheid tot acceptatie van hulp was – een cruciaal moment in de verslavingszorg – zoals ook binnen de stand van de wetenschap en praktijk wordt erkend. Het direct kunnen starten met de behandeling in Zuid-Afrika was daarom essentieel, mede gelet op de medische en psychische achtergrond van verzoeker, waaronder eerdere suïcidaliteit, complexe jeugdtrauma's en een eerdere, langdurige klinische behandeling van zijn verslaving.

Tijdens de hoorzitting is voorts gebleken dat de ziektekostenverzekeraar geen inhoudelijke bezwaren heeft tegen de behandelvorm bij Cherrywood House. Daarnaast is gebleken dat de

ziektekostenverzekeraar aan andere verzekerden wel een vergoeding heeft verleend voor een klinische behandeling bij Cherrywood House. Ook is gebleken dat de afwijzing van de ziektekostenverzekeraar met name is gebaseerd op het gegeven dat de behandeloptie van een intensieve deeltijdbehandeling is overgeslagen. Deze optie is echter zowel door de huisarts als door de GGZ-psycholoog, die beiden persoonlijk contact met verzoeker hebben gehad, op geen enkel moment als realistisch overwogen en naar hem toe ook niet genoemd.

Verder heeft verzoeker aangevoerd dat de juridische beoordeling van de 'stand van wetenschap en praktijk' niet los mag worden gezien van de context, de urgentie van de situatie, en het feit dat verzoeker erop mocht vertrouwen dat hij juist werd geadviseerd door de GGZ-psycholoog en zijn huisarts. Daarnaast is het vreemd dat de behandeling door Cherrywood House volgens het Zorginstituut niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk', terwijl diverse zorgverzekeraars, waaronder de ziektekostenverzekeraar, deze wel vergoeden. Hierbij heeft verzoeker opgemerkt dat het zorgelijk is dat het advies van het Zorginstituut zo zwaar lijkt te wegen, terwijl er nauwelijks bereidheid lijkt te zijn om verder te kijken dan de vraag of aan alle formele voorwaarden en procedures is voldaan. De kernvraag zou moeten zijn of een klinische opname, in het kader van 'stepped care' en 'matched care', de juiste behandeling was voor verzoeker. Die beoordeling wordt nu gedaan door zowel het Zorginstituut als de ziektekostenverzekeraar. Daarbij is – afgezien van het raadplegen van de MATE-score en het behandelplan – op geen enkel moment contact gezocht met zijn behandelend counselor bij Cherrywood House en ook niet met de GGZ-psycholoog en de huisarts. Bovendien is er geen enkele bereidheid getoond om aanvullende documentatie op te vragen, terwijl die wél beschikbaar is en mogelijk had kunnen bijdragen aan een meer zorgvuldige beoordeling.

Bij verzoeker rijst de fundamentele vraag in hoeverre het aan de ziektekostenverzekeraar is om te bepalen wat de juiste behandeling is, zeker als dit oordeel wordt gevormd zonder overleg met de direct betrokken zorgprofessionals. Juist de persoonlijke counselor van verzoeker had waardevolle informatie kunnen verstrekken over de ernst en urgentie van verzoekers situatie, en over de noodzaak van een klinisch traject. Als dit contact had plaatsgevonden, zou er geen twijfel zijn geweest over de geschiktheid van de behandeling bij Cherrywood House voor verzoeker – zeker gezien zijn eerdere, langdurige klinische behandeling, de langdurige terugval hierna, en het progressieve karakter van zijn verslavingsproblematiek.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de zorgkosten van verzoeker niet voor vergoeding in aanmerking komen. Hij heeft hiertoe in zijn reactie aan de commissie van 11 februari 2025 toegelicht dat hij de aanvraag in eerste instantie heeft afgewezen vanwege het ontbreken van voorafgaande toestemming. Bij wijze van uitzondering heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag vervolgens alsnog op zorginhoudelijke gronden beoordeeld. De ziektekostenverzekeraar heeft hierna geconcludeerd dat de aanvraag ook op zorginhoudelijke gronden moet worden afgewezen.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar is nagegaan of een klinische behandeling in de situatie van verzoeker was geïndiceerd volgens de principes van 'stepped care' en 'matched care'. Hiervoor geldt dat alle minder intensieve behandelingen onsuccesvol moeten zijn geweest of geen optie waren. Bij verzoeker hebben recent geen minder intensieve behandelingen plaatsgevonden. Er is onvoldoende gemotiveerd waarom een klinische detoxificatie, gevolgd door een ambulante behandeling, geen optie was. Het feit dat er snel uitzicht kwam op een behandeling, wat de klachten deed verminderen, betekent niet dat uitzicht op een andere, minder intensieve behandeling niet hetzelfde effect zou hebben gehad. Een ambulante behandeling is daarnaast niet minder effectief dan een klinische behandeling. Dit heeft het Zorginstituut ook benadrukt in het rapport 'Verslavingszorg in Beeld'. De klinische behandeling dient daarom ook uitsluitend te worden aangeboden aan personen met ernstige medische/psychiatrische co-morbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid. Bij het vaststellen van de medische

noodzaak voor verblijf gaat het feitelijk om een afweging of er een acuut en manifest risico bestaat op gezondheidsverlies, gegeven de kenmerken van de patiënt en zijn hulpvraag én de thuissituatie. Die afweging is in het geval van verzoeker onvoldoende onderbouwd. Volgens de ziektekostenverzekeraar rechtvaardigen de MATE en de sociale desintegratie wel intensivering van de behandeling, waarbij een reguliere ambulante behandeling dient te worden overgeslagen. Er is echter onvoldoende beargumenteerd waarom een klinische detoxificatie, gevolgd door een dagbehandeling, geen optie was. Volgens het principe van ‘stepped care’ zou dat een eerste stap zijn geweest in het behandeltraject.

De ziektekostenverzekeraar heeft verder opgemerkt dat een huisarts volgens het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ geen klinische behandeling mag indiceren. Een huisarts mag verwijzen voor zorg, maar een oordeel over de zwaarte van de zorg is voorbehouden aan een indicerend regiebehandelaar binnen de GGZ. De ziektekostenverzekeraar heeft de beoordeling van de GGZ-psycholoog getoetst en is tot de conclusie gekomen dat een minder intensieve behandeling voorliggend was geweest.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat op basis van psychiatrische co-morbiditeit direct klinisch dient te worden opgeschaald, indien dit een dusdanige samenhang heeft met de verslavingsproblematiek dat een ambulante behandeling op voorhand niet mogelijk wordt geacht. Op basis van de aangeleverde informatie was er bij verzoeker een langdurige abstinentieperiode, gevolgd door een terugval. Er wordt benoemd dat de terugval werd veroorzaakt doordat verzoeker dacht gecontroleerd te gebruiken. Hierbij wordt evenwel geen duidelijke relatie met de psychiatrische co-morbiditeit gelegd. Verder wordt innerlijke onrust genoemd als potentiële trigger, maar dit is onvoldoende om op voorhand aan te nemen dat een klinische detoxificatie, gevolgd door een dagbehandeling, geen optie was. Het polymiddelen gebruik van verzoeker pleit weliswaar voor klinische detoxificatie, maar er is onvoldoende beargumenteerd waarom een ambulante behandeling kon worden overgeslagen. Bij behandeling in de eigen omgeving kan goed gedrag snel generaliseren naar de dagelijkse praktijk. Verder wordt in het dossier van verzoeker gesproken over agressieproblematiek. Dit pleit ook voor een klinische detoxificatie, maar niet voor een klinische behandeling. Daarnaast wordt benoemd dat bij verzoeker in huis een baby van – op dat moment - tien maanden oud woonde, waardoor het onverantwoord was dat hij ambulant zou worden behandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband opgemerkt dat er geen incidenten zijn genoemd waaruit gevaar in de thuissituatie blijkt. Verder komt uit het dossier naar voren dat het middelengebruik verzoeker niet heeft beperkt in zijn werk. Uit de beschikbare stukken kan aldus worden opgemaakt dat sociale desintegratie geen reden is om de mogelijkheid van een klinische detoxificatie gevolgd door een intensieve dagbehandeling over te slaan. Gesteld wordt dat in het geval van verzoeker wordt gedacht aan persoonlijkheidsproblematiek of ADHD, maar deze diagnoses lijken niet formeel te zijn vastgesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij opgemerkt dat dergelijke diagnoses niet mogen worden gesteld tijdens het middelengebruik.

Voor de behandeling is verzoeker alleen verwezen naar ambulante nazorg. Er is wel een beschreven co-morbide, depressieve stoornis bij hem vastgesteld, maar ook dit rechtvaardigt een klinische behandeling niet. Bij acute suïcidaliteit had de huisarts contact moeten leggen met de crisisdienst. Voor de mate van urgentie heeft de ziektekostenverzekeraar onder meer gekeken naar de verwijzing van de huisarts. Hieruit blijkt dat verzoeker niet is verwezen naar de crisisdienst, maar naar de verslavingskliniek in Zuid-Afrika. Dit betekent dat de huisarts in ieder geval dacht dat er ruimte was om nog naar Zuid-Afrika te vertrekken. Er wordt in de huisartsenbrief melding gemaakt van een hoofdtrauma, maar de diagnose PTSS en de bijbehorende behandeling worden niet in het behandelplan genoemd en een en ander voltrok zich in augustus 2023, waarbij onduidelijk is of er ten tijde van de verwijzing nog een actuele traumaproblematiek speelde. De ziektekostenverzekeraar heeft niet de verwachting dat dit een rol speelde bij de urgentiebepaling. Bovendien staat in het afschrift van de huisarts bij suïcidaliteit: ‘niet van toepassing’. Een eerdere suïcidepoging, waarvan overigens niet blijkt uit het dossier, is geen reden om direct op te schalen.

Het voorgaande leidt tot de conclusie dat ook de psychiatrische co-morbiditeit geen reden was om een klinische detoxificatie, gevolgd door een ambulante behandeling, over te slaan.

4.4. Verzoeker heeft verklaard dat hij naar Zuid-Afrika is uitgeweken vanwege lange wachttijden in Nederland. Verzoeker heeft echter geen contact met de ziektekostenverzekeraar opgenomen om te vragen om zorgbemiddeling. Ook blijkt uit de geregistreerde contactmomenten niet dat hij bij de ziektekostenverzekeraar heeft geïnformeerd naar de wachttijden en mogelijkheden voor een GGZ-behandeling. De ziektekostenverzekeraar is daarmee niet in de gelegenheid gesteld om samen met verzoeker naar een passende oplossing te zoeken.

4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de aanvraag in eerste instantie is afgewezen vanwege het ontbreken van voorafgaande toestemming. Aangezien de aanvraag reeds op deze grond was afgewezen, was een medisch inhoudelijke beoordeling niet aan de orde. Vervolgens is de aanvraag uit coulance medisch inhoudelijk beoordeeld, maar ook dat heeft niet tot goedkeuring geleid. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft uiteengezet waarom verzoeker niet redelijkerwijs was aangewezen op klinische behandeling. Volgens het Zorginstituut voldoet de zorg niet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ omdat de MATE aan zijn doel voorbijschiet als op het moment van afname al duidelijk is dat een klinische behandeling van acht weken wordt geadviseerd. De ziektekostenverzekeraar heeft zelf gekeken naar de medische indicatie en vindt dat op deze grond geen aanspraak bestaat.

De ziektekostenverzekeraar heeft geprobeerd met verzoeker mee te denken, maar als de aanvraag voorafgaand aan de behandeling was beoordeeld, was deze afgewezen omdat niet is voldaan aan de eisen van ‘stepped care’ en ‘matched care’.

Het is zeer wel mogelijk dat andere verzekerden wel een vergoeding hebben gekregen. Elke situatie is anders en moet apart worden beoordeeld. De ziektekostenverzekeraar stelt zich niet op het standpunt dat geen sprake is van verzekerde zorg. Hij is ermee bekend dat therapeutisch proefverlof deel uitmaakt van de behandeling bij Cherrywood House. Er is ook niet afgewezen op het algemene concept van Cherrywood House. De aanvraag is afgewezen op basis van de individuele beoordeling van de situatie van verzoeker.

Tot op heden is door verzoeker geen volledige aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Er is een persoonlijk behandelplan nodig, ook voor het nazorgtraject, en dit ontbreekt. Het overleggen van een afspraakbevestiging is onvoldoende. Ook volgens het Zorginstituut ontbreekt het persoonlijk behandelplan. Dit geldt eveneens voor het therapeutisch proefverlof. Dit is echter niet de reden om de aanvraag af te wijzen. Het was een nieuw inzicht van het Zorginstituut. Verder geldt dat de nazorg is geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder. De vergoeding hiervan gaat automatisch. Dit neemt niet weg dat bij de aanvraag informatie ontbreekt. De ziektekostenverzekeraar vindt het echter niet proportioneel om aanvullende informatie op te vragen als hij weet dat hierna een afwijzing volgt.

In het geval van verzoeker is, als gezegd, niet voldaan aan de eisen van ‘stepped care’ en ‘matched care’. Aanvragen worden beoordeeld op basis van de beschreven problematiek. Het kan zijn dat behandeling bij Cherrywood House voor sommige verzekerden wel passend is. Aanvragen voor Cherrywood House worden dus niet op voorhand afgewezen. In het kader van ‘matched care’ geldt dat moet worden gekozen voor de minst intensieve behandeling waarmee effect wordt verwacht. In het geval van verzoeker was een ambulante behandeling van eenmaal per week niet voldoende. Echter, een intensieve deeltijdbehandeling, eventueel met voorafgaande klinische detoxificatie, zou voldoende kunnen zijn. Het is niet navolgbaar dat deze voorliggende behandeloptie is overgeslagen. Pas als er voldoende redenen zijn om de intensieve deeltijdbehandeling over te slaan, kan aanspraak bestaan op de meest intensieve vorm, te weten een klinische behandeling. De ziektekostenverzekeraar kan zich verder vinden in de opmerking van het Zorginstituut dat als het besluit tot klinische behandeling reeds vaststaat voordat de MATE is afgenomen, de MATE zijn doel voorbijschiet. De ziektekostenverzekeraar heeft zich echter niet op het standpunt gesteld dat dit aan de orde was bij verzoeker. In dit soort situaties moet er soms snel worden gehandeld en dan kan het gebeuren dat de MATE pas een dag vóór vertrek wordt afgenomen. De

ziektekostenverzekeraar hoopte op een advies van het Zorginstituut over de vraag of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op klinische behandeling, gelet op de principes van ‘stepped care’ en ‘matched care’.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 19 maart 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Voor de beoordeling of een klinische verslavingsbehandeling voldoet aan de stand van [de] wetenschap en praktijk is onder meer van belang of er triage is geweest, een therapeutisch proefverlof heeft plaatsgevonden en of ambulante nazorg essentieel onderdeel uitmaakt van de behandeling.

Triage

In het rapport ‘Verslavingszorg in beeld; alcohol & drugs’ heeft het Zorginstituut het standpunt ingenomen dat bij de diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit bij verslavingszorg een screeningsinstrument zoals de MATE of EuropASI dient te worden afgenomen. 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.

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

In onderhavig geschil is aan de beschikbare informatie een slecht leesbare pagina van de MATE toegevoegd, gedateerd op 13 november 2023. Nu verzoeker op 14 november 2023 naar Zuid-Afrika is afgereisd voor de klinische behandeling, was het op [het] moment van afname van de MATE al duidelijk dat verzoeker een klinische opname van acht weken zou volgen bij Cherrywood House. Het afnemen van de MATE zoals in het geval van verzoeker is gebeurd [zijn] schiet zijn doel voorbij, namelijk bepaling van de benodigde behandelintensiteit. Om deze reden voldoet de behandeling bij Cherrywood House niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Therapeutisch proefverlof

Ook is in de Zorgstandaard Alcohol (Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving) beschreven dat therapeutisch proefverlof vanuit klinische opname een essentieel onderdeel uitmaakt van de behandeling. Het vanuit de kliniek oefenen van vaardigheden past in graduele afbouw van de intensiteit van de zorg. Uit de beschikbare informatie blijkt niet of therapeutisch proefverlof onderdeel uitmaakte van de behandeling van verzoeker.

Inbedding in ambulante nabehandelingstraject

In de richtlijn ‘Stoornissen in het gebruik van alcohol’ is beschreven dat een klinische opname ingebed dient te zijn in een ambulante nabehandelingstraject.

In het (tijdelijke) behandelplan van verzoeker heeft de kliniek het volgende opgenomen: ‘Nazorg middels ambulante behandeling in de Verslavingszorg is noodzakelijk om blijvende abstinentie te kunnen bevorderen’. In het behandelplan staan de volgende behandeldoelen genoemd: ‘terugvalpreventieplan opstellen’ én ‘Voorbereiden op een veilige terugkeer naar huis inclusief overdracht richting nazorg’. Uit de informatie in het dossier blijkt dat de huisarts van verzoeker op 29 november 2023 een verwijzing heeft gestuurd naar Trubendorffer Ambulante Verslavingszorg in Amsterdam. Of de ambulante nazorg in Amsterdam essentieel onderdeel uitmaakt van de

klinische behandeling in Afrika én of deze nazorg ook daadwerkelijk is geleverd, blijkt niet uit de beschikbare informatie.

Nu blijkt dat de triage niet heeft plaatsgevonden om daarna de behandelintensiteit te bepalen, maar de keuze voor klinische behandeling al was gemaakt voorafgaand aan de triage, is dit alleen al voldoende om te concluderen dat de behandeling bij Cherrywood House niet voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Of sprake is geweest van het volgens de stand van wetenschap en praktijk vereiste therapeutisch proefverlof en ambulante nazorg als essentieel onderdeel van de klinische behandeling kan niet beoordeeld worden op basis van de beschikbare informatie.

Indicatie

Uit de beschikbare informatie blijkt dat verweerder de aanvraag van verzoeker heeft afgewezen, omdat in zijn optiek de klinische behandeling bij Cherrywood House niet is geïndiceerd volgens het principe van stepped care. De behandeling voor meervoudige verslavingsproblematiek bij Cherrywood House voldoet echter niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en komt om die reden niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Derhalve komt het Zorginstituut niet toe aan de beantwoording van de vraag of verzoeker een (verzekerings)indicatie had voor de behandeling bij Cherrywood House.

Behandelprogramma Cherrywood House

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

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat de uitgevoerde behandeling bij Cherrywood House in Zuid-Afrika niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van de klinische verslavingszorg in het buitenland ter behandeling van meervoudige verslavingsproblematiek ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: De behandeling bij Cherrywood House in het kader van meervoudige verslavingsproblematiek maakt geen onderdeel uit van het basispakket."

- 5.2. In het definitief advies van 28 mei 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

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

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

Zoals reeds aangegeven in het voorlopig advies is de uitgevoerde behandeling bij Cherrywood House niet bewezen effectief, omdat de MATE niet voorafgaand aan de behandeling is afgenomen om de behandelintensiteit te bepalen. Nu deze zorg geen onderdeel uitmaakt van het basispakket kan het Zorginstituut niet beoordelen of verzoeker hiervoor een (verzekerings)indicatie had. Het

Zorginstituut kan daarom niet ingaan op de vraag of is voldaan aan de voorwaarden van stepped en matched care in het geval van verzoeker.

Ten overvloede merkt het Zorginstituut het volgende op naar aanleiding van de informatie van verzoeker. Uit de aanvullende informatie blijkt dat verzoeker tijdens opname meerdere keren op proefverlof is geweest. Verder blijkt uit de aanvullende informatie dat verzoeker enkele maanden na opname is gestart met ambulante behandeling bij Trubendorffer en deze ook heeft afgerond. Hiermee is er sprake geweest van nazorg. Het blijft echter de vraag of de ambulante nazorg essentieel onderdeel is geweest van de klinische behandeling bij Cherrywood House.

Aanvullende informatie over het proefverlof en de nazorg verandert het oordeel over de stand van wetenschap en praktijk van de behandeling bij deze verzoeker niet, nu er geen sprake is geweest van een open triage ter beoordeling van de meest passende behandelintensiteit. Daarom achtte het Zorginstituut het eerder ook niet noodzakelijk om hierover informatie op te vragen.

Verder geeft verzoeker aan dat het behandelprogramma is afgestemd op zijn problematiek, met een passende counselor en aandacht voor zijn hulpvragen in het oudercontact. Bij een op het individu afgestemd behandelprogramma is het echter mogelijk om de zorg tussentijds op- of af te schalen naar gelang het herstel van de individuele patiënt. Bij een programma dat voor elke patiënt acht weken duurt spreekt het Zorginstituut van een standaard behandelprogramma.”

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

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over specialistische GGZ, de 'stand van de wetenschap en praktijk', en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op', zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Dit geldt ook voor de relevante bepaling uit het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv). Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoeker is naar een ander land, namelijk Zuid-Afrika, gegaan om daar klinische verslavingszorg af te nemen. De commissie overweegt dat tussen Nederland en Zuid-Afrika geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering bestaat, zodat het recht op vergoeding uitsluitend moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. Op grond van artikel 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op zorg in het buitenland.
- 7.3. Op basis van artikel 26 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op specialistische GGZ, waaronder (klinische) verslavingszorg. De inhoud en omvang van de aanspraak worden mede bepaald door de criteria 'plegen te bieden' en de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Voor zover aan deze criteria is voldaan, is sprake van verzekerde zorg. Indien het verzekerde zorg betreft, is de volgende vraag of betrokkene hierop redelijkerwijs is aangewezen. Dit blijkt uit hetgeen is bepaald in artikel 1 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De hiervoor genoemde bepalingen van de voorwaarden van de zorgverzekering zijn gebaseerd op de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. Daarna moet worden beoordeeld of de behandeling doelmatig is en of aan bepaalde formele vereisten – zoals het hebben van een gerichte verwijzing

en een eventueel benodigde voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar – is voldaan. In dit geval wordt verzoeker het ontbreken van een gerichte verwijzing en de voorafgaande toestemming niet (meer) tegengeworpen. De commissie staat daar dan ook niet verder bij stil. Hierna zal de commissie ingaan op de vraag of sprake is van verzekerde zorg en of verzoeker op die zorg redelijkerwijs was aangewezen.

- 7.4. Gelet op artikel 114, derde en vierde lid, Zvw is de commissie gehouden in een geschil als het onderhavige advies te vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft de commissie op 19 maart 2025 meegedeeld dat diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit zonder voorafgaande triage (met een screeningsdocument zoals de MATE of EuropASI) niet overeenkomstig de geldende richtlijnen is en daarmee niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’.

Het Zorginstituut overweegt dat in het geval van verzoeker in het kader van de triage weliswaar een MATE is afgenomen, maar deze is niet gebruikt om tot een samenhangende afweging te komen wat de meest passende behandeling voor hem is. Aangezien verzoeker op 14 november 2023 naar Zuid-Afrika is gereisd, was op het moment van de afname van de MATE, te weten 13 november 2023, al duidelijk dat een klinische opname van acht weken zou volgen. Het afnemen van de MATE, zoals in het geval van verzoeker is gebeurd, schiet dan zijn doel voorbij, namelijk bepaling van de benodigde behandelintensiteit. De behandeling voldoet daarom niet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, aldus het Zorginstituut. Daarnaast heeft het Zorginstituut verklaard dat therapeutisch proefverlof vanuit klinische opname een essentieel onderdeel vormt van de behandeling en dat uit de beschikbare informatie niet blijkt of bij de behandeling van verzoeker van dergelijk therapeutisch proefverlof sprake is geweest. Verder geldt dat een klinische opname ingebed dient te zijn in een ambulante behandelingstraject. Of de ambulante nazorg, waarvoor de huisarts van verzoeker op 29 november 2023 een verwijzing heeft opgesteld, essentieel onderdeel vormde van de klinische behandeling in Zuid-Afrika én of deze nazorg ook daadwerkelijk is geleverd, blijkt niet uit de beschikbare informatie. Het Zorginstituut heeft tot slot opgemerkt dat Cherrywood House een standaard behandelprogramma aanbiedt. In het algemeen kan worden gezegd dat bij een standaard behandelprogramma geen sprake is van gepast gebruik van zorg, waar de zorgstandaarden in de GGZ van uitgaan. Gepast gebruik van zorg gaat over de juiste inzet van hulp bij aanvang van een behandeling maar ook over het juiste moment van op- of afschalen van een behandeltraject (‘matched care’). Er moet derhalve sprake zijn van een gepersonaliseerde behandeling. Een standaard behandelprogramma voldoet niet aan dit uitgangspunt. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat de bij Cherrywood House in Zuid-Afrika uitgevoerde behandeling niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en adviseert de commissie dat de (klinische) behandeling bij Cherrywood House in het kader van meervoudige verslavingsproblematiek geen deel uitmaakt van het basispakket.

- 7.5. In het definitief advies van 28 mei 2025 bevestigt het Zorginstituut dat de uitgevoerde behandeling bij Cherrywood House niet bewezen effectief is, omdat de MATE niet voorafgaand aan de behandeling is afgenomen om de behandelintensiteit te bepalen en verklaart het Zorginstituut dat, nu de zorg geen deel uitmaakt van het basispakket, hij niet kan beoordelen of verzoeker hiervoor een (verzekerings)indicatie had. Het Zorginstituut kan daarom niet ingaan op de vraag of is voldaan aan de voorwaarden van ‘stepped care’ en ‘matched care’ in het geval van verzoeker.

Naar aanleiding van de door verzoeker overgelegde informatie concludeert het Zorginstituut – ten overvloede – dat sprake is geweest van nazorg, maar dat de vraag blijft of de ambulante nazorg essentieel onderdeel is geweest van de klinische behandeling bij Cherrywood House.

Tot slot merkt het Zorginstituut op dat verzoeker heeft verklaard dat het behandelprogramma was afgestemd op zijn problematiek, met een passende counselor en aandacht voor zijn hulpvragen in het oudercontact. Bij een op het individu afgestemd behandelprogramma is het echter mogelijk om de zorg tussentijds op- of af te schalen naar gelang het herstel van de individuele patiënt. Bij een programma dat voor elke patiënt acht weken duurt spreekt het Zorginstituut van een standaard behandelprogramma.

- 7.6. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij zich kan voorstellen dat in bepaalde situaties de MATE pas een dag van tevoren wordt afgenomen, zoals in het geval van verzoeker. Voorts heeft hij gesteld dat hij er mee bekend is dat therapeutisch proefverlof deel uitmaakt van de behandeling bij Cherrywood House en dat hij ook niet heeft afgewezen op het algemene concept van Cherrywood House. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting toegelicht dat hij zich – anders dan het Zorginstituut – niet op het standpunt stelt dat geen sprake is van verzekerde zorg; de aanvraag is afgewezen op basis van de individuele beoordeling van de situatie van verzoeker, waarbij is geconcludeerd dat niet is voldaan aan de eisen van ‘stepped care’ en ‘matched care’. Gelet op het voorgaande oordeelt de commissie dat de vraag of al dan niet sprake is van verzekerde zorg onbeantwoord kan blijven.
- 7.7. Gelet op het partijdebat dient dan te worden beoordeeld of verzoeker redelijkerwijs op de zorg was aangewezen. De commissie overweegt dat het uitgangspunt op grond van artikel 150 Rv en de jurisprudentie is dat degene die meent een vordering op de verzekeraar te hebben, op basis van een bij deze verzekeraar afgesloten verzekeringsovereenkomst, de stelplicht en bewijslast heeft van zijn op een rechtsgevolg gerichte stelling dat sprake is van dekking onder die verzekeringsovereenkomst. Dat geldt ook voor de zorgverzekering (zie Hoge Raad 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469). Het lag daarom op de weg van verzoeker aan te tonen dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de in Zuid-Afrika genoten zorg. Verzoeker heeft gesteld dat in zijn geval is voldaan aan de in dat verband geldende voorwaarden. Hij heeft onder meer aangevoerd dat uit het behandelplan van de GZ-psycholoog blijkt dat uit zowel het klinisch interview als de MATE naar voren kwam dat de verslaving matig-ernstig was en dat er een combinatie bestond met psychiatrische problematiek. Voorts bevond hij zich in een acute en ernstige situatie. De ziektekostenverzekeraar heeft gemotiveerd betwist dat verzoeker op de klinische behandeling bij Cherrywood House was aangewezen (zie hiervoor onder 4.5 en 4.6). Volgens hem rechtvaardigen de MATE en de sociale desintegratie wel intensivering van de behandeling, waarbij reguliere ambulante behandeling dient te worden overgeslagen, maar is onvoldoende gemotiveerd waarom een klinische detoxificatie, gevolgd door intensieve deeltijdbehandelingen, geen optie was. Dit zou vanuit het principe van ‘stepped care’ een aan de klinische behandeling voorliggende stap zijn geweest. De commissie overweegt dat in het kader van de zorgverzekering de principes van ‘stepped care’ en ‘matched care’ toepassing vinden. ‘Stepped care’ houdt in dat verschillende interventies van een verschillende intensiteit na elkaar worden aangeboden, afhankelijk van het effect van een eerdere stap. Het uitgangspunt is hierbij dat, ook als de klachten c.q. het risicoprofiel van een verzekerde ernstig lijken, moet worden nagegaan of in de behandelvoorgeschiedenis geen essentiële eerste stappen zijn overgeslagen. ‘Matched care’ 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. In het kader van ‘stepped care’ en ‘matched care’ is het standpunt van de ziektekostenverzekeraar, dat in het geval van verzoeker onvoldoende duidelijk is gemaakt waarom een klinische detoxificatie gevolgd door een intensieve deeltijdbehandeling niet mogelijk was en verzoeker was aangewezen op klinische behandeling, naar het oordeel van de commissie goed navolgbaar. Het had op de weg van verzoeker gelegen om de gemotiveerde betwisting van de ziektekostenverzekeraar te weerleggen in de procedure bij de commissie. Hierin is hij naar het oordeel van de commissie niet geslaagd. Verzoeker heeft weliswaar gesteld dat sprake was van een acute en ernstige situatie en dat zijn huisarts en GZ-psycholoog klinische opname hebben geadviseerd, maar dit is naar het oordeel van de commissie onvoldoende om te concluderen dat verzoeker aan zijn stelplicht en bewijslast heeft voldaan. Voorts kan de verklaring van de huisarts van 30 januari 2024 in dit opzicht niet van doorslaggevende betekenis zijn. In deze verklaring, die een aanvulling op de verwijzing van 10 november 2023 naar Cherrywood House betreft, wordt onder meer gesteld dat sprake is van actuele suïcidaliteit en depressieve klachten/een depressieve stoornis, terwijl daarvan in de verwijzing van 10 november 2023 geen melding is

gemaakt. Daarbij komt dat in de verwijzing van 29 november 2023 naar Trubendorfer voor nazorg na terugkeer uit Cherrywood House achter de kop "*Psychiatrische voorgeschiedenis*" het woord: "geen" is opgenomen, terwijl achter de kop "*Suïcidaliteit*" de afkorting: "nvt" is vermeld. Ook staat het advies tot klinische opname op gespannen voet met de conclusie van de MATE dat de verslaving van verzoeker matig-ernstig was.

Dat verzoeker zelf niet op de hoogte was van de mogelijkheid tot minder intensieve behandeling, en dat zijn huisarts en GZ-psycholoog hierover niet met hem hebben gesproken, maakt dit niet anders. Verzoeker had immers al gekozen voor een klinische behandeling in Zuid-Afrika. Uit de door verzoeker aangevoerde omstandigheid dat de behandeling in Zuid-Afrika succesvol is geweest, volgt, hoe positief dit begrijpelijkerwijs voor verzoeker ook mag zijn, niet dat hij redelijkerwijs op de behandeling was aangewezen.

Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de in Zuid-Afrika ondergane klinische behandeling ten laste van de zorgverzekering.

- 7.8. Verzoeker heeft gesteld dat andere verzekerden hiervoor wel vergoeding van de ziektekostenverzekeraar hebben ontvangen. De commissie begrijpt dat bij een juiste inzet van het screeningsinstrument, zoals de MATE, en indien wordt voldaan aan de eisen van 'stepped care' en 'matched care', na gerichte verwijzing en vooraf ontvangen toestemming van de ziektekostenverzekeraar, vergoeding van een klinische behandeling bij Cherrywood House aan de orde kan zijn. Zoals hiervoor is geconcludeerd, heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat aan al deze voorwaarden is voldaan, zodat zijn situatie in die zin niet vergelijkbaar is met die van deze verzekerden.

Slotsom

- 7.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 augustus 2025,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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

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.

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.

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De VGZ Basis Keuze is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

Medische noodzaak

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van het contract, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

Soms maken wij met zorgaanbieders afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder mag leveren: een volumeafpraak of een omzetplafond (voor bepaalde vormen van zorg). Meer informatie leest u op onze website. In de Zorgzoeker vindt u met welke zorgaanbieders voor welke zorg wij een afspraak hebben gemaakt over de hoeveelheid zorg. Kunt u door een volumeafpraak of een omzetplafond niet terecht bij een zorgaanbieder? Neem dan contact op met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Wij zorgen ervoor dat u terecht kunt bij een andere zorgaanbieder.

Uitzonderingen:

- Als u met spoed behandeld moet worden
- Als u al met een behandeling bent begonnen
- Als uw pasgeboren kind zorg nodig heeft
- Als u zwanger bent.

- Soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling
- Naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's samen met eventueel bijbehorende documenten moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Op de vergoeding brengen wij een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's en bijbehorende documenten moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

1.6. Tijdige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, dan heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij kunnen u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Wij vergoeden dan de kosten tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Om te bepalen of er sprake is van tijdige zorgverlening, gaan wij uit van:

- Medisch inhoudelijke factoren
- Algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

1.7. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.8. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw zorgverzekering of de kosten komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming (machtiging)

U heeft in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op (vergoeding van de kosten van) de zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

Als u toestemming heeft voor verzekerde zorg geldt deze ook als u overstapt naar een andere zorgverzekeraar of als u van uw vorige verzekeraar toestemming heeft ontvangen.

1.10. Wanneer heeft u recht op (vergoeding van de kosten van) verzekerde zorg?

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw zorgverzekering. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar, dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan vergoeden wij de kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de zorgverzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

1.11. Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- Vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015
- Vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat u verschuldigd bent op grond van de zorgverzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald
- Vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee')
- Vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders
- Vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten
- (Vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.

1.12. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Heeft u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan heeft u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Als wij na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage krijgen, dan heeft u naast dit percentage recht op een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwickelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol afwikkeling claims.

In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de) schade krijgt vergoed.

Artikel 9. Buitenland

9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan heeft u voor zorg recht op:

- Zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- Zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet op tijd kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kunnen wij de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, dan heeft u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt de EHIC gebruiken in Australië voor spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening. Heeft u geen zorgpas met EHIC? Dan kunt u deze gratis aanvragen.

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- Zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemming en/of verwijzing

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan heeft u vooraf onze toestemming nodig. U heeft ook toestemming nodig voor zorg in het buitenland waarvoor dit in de zorgartikelen (artikel 11 tot en met 40) is vermeld. U vindt in deze artikelen ook of u een verwijzing of voorschrift nodig heeft.

Heeft u onze toestemming niet nodig, maar wilt u wel graag vooraf weten of uw behandeling in het buitenland voor vergoeding in aanmerking komt. Dan kunt u ons vragen om dit voor u te beoordelen. Kijk voor meer informatie op onze website.

U heeft geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u in de Zorg App, op uw zorgpas en op onze website.

Artikel 26. Gespecialiseerde GGZ (SGGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Gespecialiseerde GGZ is geneeskundige zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden voor verzekerden van 18 jaar en ouder, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg verstaan wij diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen.

Begeleidingsactiviteiten kunnen onderdeel zijn van de geneeskundige zorg als deze onlosmakelijk onderdeel zijn van uw behandeling. De activiteiten moeten dan voortvloeien uit het behandelplan en noodzakelijk zijn om het behandel-doel te bereiken. Ook moeten de activiteiten gebeuren onder aansturing van uw regiebehandelaar. Uw regiebehandelaar krijgt terugkoppeling over deze activiteiten. Voor de activiteiten is deskundigheid op het niveau van de behandelaar noodzakelijk.

Gespecialiseerde GGZ

Bij gespecialiseerde GGZ gaat het om diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen. Gespecialiseerde GGZ kan bij de meeste psychische stoornissen ambulante gegeven worden. Dit betekent dat u regelmatig een bezoek brengt aan uw zorgaanbieder voor uw behandeling. De zorgaanbieder kan u ook thuis behandelen of in combinatie met een digitale vorm van behandeling. In sommige situaties is een opname in een GGZ-instelling medisch noodzakelijk.

De behandeling (interventie) moet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Op onze website vindt u informatie over de behandelingen die hieraan voldoen in de Lijst Therapieën GGZ. In deze lijst staat welke therapieën wel en welke therapieën niet voldoen en in welke situaties deze toegepast mogen worden.

Dit is niet verzekerd:

Zorg waarvoor geen of onvoldoende bewijs is dat deze effectief is, valt niet onder de basisverzekering. Om te bepalen of er sprake is van verzekerde zorg gaan wij onder andere uit van DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), zorgstandaarden, standpunten van het Zorginstituut Nederland, Zorgkompas Zorgverzekeringwet en de Lijst Therapieën GGZ.

Hierna volgt een opsomming met een aantal aandoeningen, behandelingen en interventies die niet onder de GGZ vallen. Deze lijst bevat voorbeelden en is niet uitputtend:

- Behandeling van aanpassingsstoornissen (bijvoorbeeld bij echtscheiding of rouw)
- Hulp bij werk- en relatieproblemen
- Hulp bij slaapstoornissen, seksuele disfuncties
- Psychosociale hulp/zorg (bijvoorbeeld voor stress of burn-out)
- Zorg bij leerstoornissen
- Zelfhulp
- Het toeleiden naar zorg
- Preventie en dienstverlening
- Psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen
- Intelligentieonderzoek
- Neurofeedback
- Behandeling die primair gericht is op stoornissen die niet zijn opgenomen in de DSM-5 kwalificatie. De behandeling van bijvoorbeeld obesitas of een seks- of eetverslaving is daardoor niet verzekerd
- Begeleiding van niet-geneeskundige aard, zoals trainingen, coaching en cursussen
- Diagnostiek zonder de bedoeling dat een GGZ-behandeling plaatsvindt
- 5 of meer diagnostiekconsulten die leiden tot een niet verzekerde diagnose
- Resocialisatie zonder dat er een GGZ-behandeling plaatsvindt
- Klinische opnames voor verslavingszorg die niet direct opgevolgd worden door een aansluitende, ambulante vervolgbehandeling. De periode na ontslag geldt als een kwetsbare periode. Alleen bij goede inbedding in een ambulante behandeltraject (goede voor- en nazorg) kan een klinische behandeling (in het buitenland) als effectief worden aangemerkt en daarmee voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk

- Opname op basis van een sociale indicatie (bijvoorbeeld bij het niet beschikken over huisvesting), tenzij er sprake is van Verblijf met rechtvaardigingsgrond.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een zorgaanbieder die een goedgekeurd kwaliteitsstatuut GGZ heeft, dat geregistreerd is via de website GGZ Kwaliteitsstatuut.

Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ draagt ertoe bij dat de juiste hulp, op de juiste plaats, door de juiste zorgprofessionals wordt geleverd. Alle zorgaanbieders van generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ zijn verplicht een eigen kwaliteitsstatuut GGZ op te stellen. Op www.zorginzicht.nl onder openbare data vindt u welke zorgaanbieders een goedgekeurd kwaliteitsstatuut GGZ hebben en waar u het kwaliteitsstatuut kunt inzien. 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. Het kwaliteitsstatuut kan u helpen bij het kiezen van uw zorgaanbieder.

Regiebehandelaar

In een vrijgevestigde praktijk voert de regiebehandelaar de behandeling zelf uit. Bij de behandeling in een instelling kunnen meerdere zorgaanbieders betrokken zijn. De coördinerend regiebehandelaar bepaalt onder meer de samenwerking met deze zorgaanbieders. Ook zorgt de regiebehandelaar ervoor dat u zelf meebeslist over uw behandelingsmogelijkheden.

1. Regiebehandelaar SGGZ vrijgevestigd mogen zijn (sectie II, zorgprestatie model setting 1): psychiater, klinisch (neuro)psycholoog of psychotherapeut.
2. Regiebehandelaar SGGZ in een instelling mogen zijn (sectie III, zorgprestatie model setting 2 en hoger): psychiater, klinisch (neuro)psycholoog, psychotherapeut, gezondheidszorgpsycholoog en verpleegkundig specialist GGZ. Regiebehandelaar SGGZ in een instelling mogen ook zijn:
 - Specialist ouderengeneeskunde en klinisch geriater: voor patiënten van (biologisch) oudere leeftijd met GGZ hoofddiagnose
 - Verslavingsarts KNMG: als de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek betreft
 - Physician assistant als de zorg behoort tot het deskundigheidsgebied GGZ van de physician assistant. Er is sprake van somatische problematiek, die in relatie staat tot de psychiatrische problematiek binnen een multidisciplinaire setting. De physician assistant is werkzaam binnen een samenwerkingsverband waar tenminste één psychiater deel van uitmaakt.
 - Orthopedagoog-generalist: voor diagnostiek, behandeling en geneeskundige begeleiding van verzekerden in een (complexe) persoonlijke afhankelijkheidsrelatie met (complexe) leer-, gedrags- of ontwikkelingsproblemen als deze ten laste van de Zorgverzekeringswet gefinancierde geneeskundige GGZ of forensische zorg komen. Het gaat hierbij vaak om jongvolwassenen of verzekerden met bijkomende verstandelijke beperkingen.
 - Sociaal psychiatrisch verpleegkundige: in de coördinerende rol in de zorgprestatie model setting outreachend. Outreachende zorg is multidisciplinaire zorg voor bijvoorbeeld verzekerden met een ernstige psychiatrische aandoening. Vaak wordt de zorg bij de verzekerde thuis of in de wijk verleend. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige stelt niet de psychiatrische diagnose en/of de medische indicatie. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige stelt niet het initiële behandelplan op, maar kan het initiële behandelplan op meer gedetailleerd niveau uitwerken vanuit de sociaal psychiatrisch verpleegkundige diagnostiek en behandeling.

Onder eindverantwoordelijkheid van de regiebehandelaar mag een zorgaanbieder die is opgenomen in de Lijst consult registrerende beroepen een bijdrage leveren aan de behandeling van verzekerden.
3. Regiebehandelaar SGGZ voor een behandeling gestart onder de Jeugdwet mogen zijn: kinder- en jeugdpsycholoog NIP, GZ-psycholoog en orthopedagoog-generalist NVO. De regiebehandelaar heeft een postmasterregistratie in het register SKJ (Stichting Kwaliteitsregister Jeugd) of een BIG-registratie. Zij mogen alleen regiebehandelaar zijn voor een maximale termijn van 365 dagen na de dag dat u 18 jaar bent geworden.
4. Voor hoogspecialistische GGZ moet u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Gaat u voor deze zorg naar een niet voor deze zorg gecontracteerde zorgaanbieder dan bestaat geen recht op vergoeding.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor Gespecialiseerde GGZ niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, psychiater, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts) of straatdokter. De straatdokter is een arts die is geregistreerd in de gemeente(n) waar hij/zij werkzaam is en bij een vereniging van straatdokters (bijvoorbeeld de Nederlandse Straatdokters Groep). De straatdokter mag alleen verwijzen als de cliënt geen huisarts heeft.

Ontving u GGZ op basis van de Jeugdwet en heeft u hiervoor geen verwijsbrief van een hierboven genoemde verwijzer? Dan heeft u een nieuwe verwijsbrief nodig.

De verwijzing moet voldoen aan de 'Verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg' zoals vastgesteld door het ministerie van VWS.

Toestemming

- U heeft vooraf onze toestemming nodig voor Esketamine (neusspray)
- U heeft vooraf onze toestemming nodig voor gespecialiseerde GGZ met verblijf (zie artikel 38, Verblijf). Verstrekt binnenkort de termijn waarvoor toestemming is gegeven? Dan moet u opnieuw toestemming aanvragen. U kunt samen met uw zorgaanbieder een toestemmingsformulier gespecialiseerde GGZ invullen. Het formulier vindt u op onze website. Vraag de toestemming ten minste 2 maanden voor het verstrijken van de termijn aan. Dan weet u zeker dat uw aanvraag op tijd wordt verwerkt. Voorin deze voorwaarden vindt u waar u de aanvraag naar toe kunt sturen.

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

PARAMEDISCHE ZORG

Artikel 27. Fysiotherapie en Oefentherapie

Fysiotherapie en oefentherapie is zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Deze zorg omvat:

Jonger dan 18 jaar

- Behandeling van aandoeningen waarvoor een langdurige of chronische behandeling nodig is. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn.
- 9 behandelingen per kalenderjaar voor een aandoening die niet op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie staat. Maximaal 9 extra behandelingen als u nog last heeft van de aandoening: in totaal maximaal 18 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

18 jaar en ouder

Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie

Enmalig 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.

Oefentherapie bij etalagebenen

Maximaal 37 behandelingen oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut (looptraining) bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen) in een periode van maximaal 12 maanden.