

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. A. de Ruijter, drs. J.W. Heringa en S.M.L.M. Schneiders-Spoor)

Zaaknummer: 202401619

### Partijen

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

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
  - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 4 september 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 11 september 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 29 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 30 oktober 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 2 december 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024039765) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 4 december 2024 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 februari 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 12 februari 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 2 december 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 18 februari 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

### 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZdirect Basisverzekering (NaturaDirect) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering CZdirect Aanvullend 4 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. In de periode van 4 juli 2023 tot en met 10 augustus 2023 is verzoeker bij Siam Rehab in Thailand behandeld in verband met verslavingsproblematiek. De kosten hiervan, inclusief reiskosten, heeft verzoeker op 29 augustus 2023 ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.

- 2.3. Bij brief van 1 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van de behandeling in Thailand niet worden vergoed.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 10 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 2 december 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 18 februari 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 verslavingszorg in Thailand, te weten een bedrag van € 12.317,77, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering, vermeerderd met de wettelijke rente hierover van 29 augustus 2023 tot en met de dag van algehele voldoening. Daarnaast heeft verzoeker de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de onderhavige procedure aan hem dient te vergoeden.
- 3.2. In zijn brief van 4 september 2024 heeft verzoeker toegelicht dat hij kampte met een ernstige gokverslaving. Voor deze verslaving had hij al diverse klinische en poliklinische behandelingen ondergaan. In februari 2023 werd de situatie zo ernstig dat verzoeker opnieuw klinisch wilde worden behandeld. Hij heeft hierover toen telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Volgens de ziektekostenverzekeraar was klinische behandeling niet mogelijk, omdat geen sprake was van meerdere verslavingen. Uiteindelijk heeft verzoeker een poliklinisch behandeltraject gevolgd, maar dit was niet succesvol. In juni 2023 verslechterde de situatie zodanig dat verzoeker op zoek moest naar een snelle oplossing. In Nederland kon hij niet terecht voor een klinische behandeling, omdat hij enkel een gokverslaving had. Ook als hij de kosten zelf zou betalen, kon hij niet worden behandeld. Verzoeker kon wel op korte termijn terecht bij Siam Rehab in Thailand. Hij heeft besloten de behandeling daar te ondergaan en de kosten hiervan achteraf te declareren bij de ziektekostenverzekeraar. De behandeling in Thailand is succesvol geweest. Na terugkeer heeft verzoeker contact gezocht met een gerenommeerde verslavingskliniek in Nederland voor nazorg en heeft hij tijdelijk in een safehouse gewoond. Inmiddels heeft verzoeker zijn studie weer opgepakt. Hij bezoekt drie AA/CA-meetings per week en is volledig abtinent van alle middelen en verslavingsgedragingen.
- 3.3. Verzoeker heeft benadrukt dat de behandeling in Thailand noodzakelijk was. Ter onderbouwing hiervan heeft hij een verklaring van zijn huisarts van 13 mei 2024 en een verklaring van zijn behandelend GZ-psycholoog van 19 juni 2024 overgelegd. De eerdere poliklinische behandelingen in Nederland in verband met de gokverslaving waren niet succesvol. Ten tijde van de intake was de gokverslaving van verzoeker zeer ernstig. Onderliggend en in stand houdend waren er trauma, depressie, angstklachten, een negatief zelfbeeld en kenmerken van een vermijdende persoonlijkheidsstoornis. Ook is verzoeker in het verleden gediagnosticeerd met AD(H)D. Verslaving moet worden gezien als een chronische progressieve hersenaandoening. Opschaling naar klinische behandeling was een logische en noodzakelijke vervolgstap na de klinische en poliklinische behandelingen die verzoeker in Nederland had ondergaan. Bovendien is hij jaren geleden succesvol behandeld voor een drugsverslaving, eveneens door middel van een klinische behandeling.
- 3.4. Verzoeker heeft aangevoerd dat het ontbreken van voorafgaande toestemming hem niet kan worden tegengeworpen. Er was namelijk sprake van een acute noodsituatie. Indien voorafgaande

toestemming wel noodzakelijk is, maken de bijzondere omstandigheden van het geval dat de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzing naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid niet kan handhaven. De beslissing op een in te dienen aanvraag kon niet worden afgewacht. Verzoeker had geen andere keuze. Hij moest direct worden geholpen.

- 3.5. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat de situatie van grote invloed is geweest op zijn gezinsleven. Hij is daarom volhardend om de hulp te krijgen die hij nodig heeft. De ziektekostenverzekeraar wordt gevraagd om zich coulant op te stellen. Normaal gesproken dient een verzekerde voorafgaand aan een dergelijke behandeling te beschikken over toestemming van de ziektekostenverzekeraar. Echter, in de acute noodsituatie waarin verzoeker zich bevond, kon dat niet. Verzoeker heeft in dit verband opgemerkt dat hij de ziektekostenverzekeraar impliciet om toestemming gevraagd. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om hulp gevraagd, maar die kon hem geen hulp bieden.
- De ziektekostenverzekeraar was bekend met de historie van verzoeker. Verzoeker is in het verleden verschillende malen behandeld vanwege verslavingsproblematiek. Verslaving wordt gezien als een chronische progressieve hersenaandoening. Gelukkig is verzoeker afgekickt van zijn alcohol- en drugsverslaving, maar dit gold niet voor zijn gokverslaving. Verzoeker is in het verleden in Nederland ambulantly behandeld vanwege zijn gokverslaving. Deze behandelingen zijn niet succesvol geweest. In juni 2023 is de situatie geëscaleerd en was dringend een oplossing nodig. Aangezien bij verzoeker sprake was van een enkelvoudige verslaving kon hij in Nederland niet klinisch worden behandeld. Verzoeker heeft daarom zorg gehad in Thailand. Deze zorg was noodzakelijk en heeft geholpen. De enige andere optie was een ambulantly behandeltraject, maar dit werkte niet voor verzoeker. Als de zorg in Nederland had plaatsgevonden, waren er geen problemen ontstaan. Er waren echter redenen om zorg in het buitenland af te nemen.
- Volgens verzoeker was sprake van een crisissituatie waarbij opname noodzakelijk was. De noodzaak van de opname wordt bevestigd door de GZ-psycholoog en de huisarts van verzoeker. Volgens de GZ-psycholoog was klinische behandeling een logische noodzakelijke vervolgstap na onsuccesvolle dagbehandeling. In het verleden is verzoeker met succes klinisch behandeld voor zijn drugsverslaving. Door deze behandeling is verzoeker volledig van zijn drugsverslaving af gekomen. Een klinische behandeling was derhalve een noodzakelijke en logische vervolgstap voor zijn gokverslaving. De genoten zorg was het aangewezen middel om in het gezondheidstekort van verzoeker te voorzien. Dit blijkt ook uit de verklaring van de GZ-psycholoog.
- Het Zorginstituut heeft ten onrechte gesteld dat de behandeling in Thailand niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker heeft toegelicht dat hij zich op eigen initiatief tot een andere zorgaanbieder heeft gewend voor een aanvullend ambulantly behandeltraject. Dit maakt dat het uitgevoerde behandelprogramma in Thailand ook is ingebed in een ambulantly behandeltraject. Als de behandeling in Thailand heeft geholpen, kan niet worden gezegd dat deze niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verder heeft verzoeker aangevoerd dat appels met peren worden vergeleken als wordt gekeken naar de stand van de wetenschap en praktijk zonder dat beleidsregels bestaan over gokverslaving. Er wordt aangesloten bij beleidsregels over gameverslaving, maar dit is niet hetzelfde.
- Volgens verzoeker is het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar dat er zo volhardend wordt vastgehouden aan het niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hij heeft gewezen op een arrest van de Hoge Raad van 16 februari 2024 (ECLI:NL:HR:2024:258). Hierin heeft de Hoge Raad overwogen dat een beroep op de bepalingen in de verzekeringsovereenkomst en de polis aan de redelijkheid en billijkheid moeten worden getoetst. In eerdere rechtspraak maakte de Hoge Raad onderscheid tussen bedingen die de primaire omschrijving van de dekking inhouden (wat is verzekerd tegen welk risico) en bedingen die een voorwaarde bevatten waaronder de dekking vervalt, bijvoorbeeld als in het beding omschreven verplichtingen niet zijn nageleefd (ook wel aangeduid als 'preventieve garantieclausules'). In zijn arrest van 16 februari 2024 heeft de Hoge Raad een einde gemaakt aan dit ingewikkelde onderscheid. Bij de beantwoording van de vraag of een beroep op een beding in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, wordt een verzekering voortaan op dezelfde wijze getoetst als andere overeenkomsten. In het geval van verzoeker betekent dit dat aanspraak bestaat op vergoeding van de behandeling in Thailand, omdat (1) sprake was van een acute noodsituatie, (2) in Nederland geen mogelijkheid voor behandeling was, (3) de ziektekostenverzekeraar verzoeker

niets kon aanbieden, (4) de behandeling in Thailand succesvol was en (5) de behandeling was ingebed in een ambulante behandeltraject onder leiding van een GZ-psycholoog.

#### 4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de kosten van de klinische behandeling in Thailand niet worden vergoed. In zijn brief van 10 april 2024 heeft hij toegelicht dat niet wordt bestreden dat verzoeker een zorgvraag had die thuishoort in de gespecialiseerde GGZ. Het is echter aan de ziektekostenverzekeraar om te beoordelen of er een duidelijke noodzaak bestaat om de benodigde zorg binnen de speciaal aangevraagde klinische setting te laten plaatsvinden en of de kosten hiervan voor vergoeding in aanmerking komen. In de meeste gevallen is niet bewezen dat klinische verslavingszorg beter is dan goede ambulante behandeling. Dit terwijl een opname veel duurder is. Alleen in uitzonderlijke gevallen heeft een opname een duidelijke meerwaarde en komt deze voor vergoeding in aanmerking. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn er geen omstandigheden waaruit blijkt dat verzoeker niet binnen een redelijke termijn ambulante zorg kon krijgen dan wel dat verzoeker niet meer met ambulante zorg kon uitkomen. Zorg in het buitenland die wordt verstrekt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder moet vooraf worden aangevraagd. Verzoeker heeft toegelicht dat hij niet in staat was om contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar vanwege tijdgebrek en psychische nood. Hoewel de ziektekostenverzekeraar begrip heeft voor de situatie van verzoeker, betekent dit niet dat de zorg zonder meer wordt vergoed. Ondanks dat de behandeling al heeft plaatsgevonden en de aanvraag achteraf is ingediend, heeft de ziektekostenverzekeraar het dossier ter beoordeling voorgelegd aan de medisch adviseur. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens, gehoord zijn medisch adviseur, geconcludeerd dat de klinische behandeling in Thailand niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- Op grond van artikel 2.4, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering omvat geneeskundige zorg, zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden. Uit de aanvraag blijkt dat mindfulness, recreational therapy, yoga en personal training onderdeel kunnen zijn van de behandeling. Dit is doorgaans geen zorg zoals psychologen die plegen te bieden. Counseling, begeleiding en gesprekken met ervaringsdeskundigen vallen hier ook niet onder.
- Uit de aanvraag blijkt voorts dat geen individueel behandelplan op maat is opgesteld, waarin zowel een klinische fase als een ambulante traject zijn geïntegreerd. In dit behandelplan moet zijn voorzien in de mogelijkheid van therapeutisch proefverlof naar de eigen omgeving, terwijl tegelijkertijd de hulp in de eigen omgeving moet worden gestart om een soepele overgang naar herstel op alle levensgebieden te bevorderen. In de herstelvisie wordt benadrukt dat behandeling bij voorkeur ambulante en in de eigen omgeving van de verzekerde moet plaatsvinden. Intramurale behandeling wordt gezien als een optie die de maatschappelijke inclusie van de verzekerde kan belemmeren. Opname wordt beschouwd als een soms noodzakelijke, maar zo kort mogelijke fase binnen het ambulante behandeltraject. Hierbij moet een zorgvuldige afweging worden gemaakt tussen de voordelen en nadelen voor de verzekerde en zijn omgeving. Er is geen zorgvuldige afweging gemaakt door een behandelaar in Nederland. Hierdoor kan ook niet worden vastgesteld in hoeverre de geboden zorg voldoet aan de geldende Nederlandse richtlijnen en zorgstandaarden.
- 4.2. In zijn brief van 29 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de medische noodzaak voor een klinische behandeling onvoldoende navolgbaar is. Het is niet gebleken dat het gaat om een zeer uitzonderlijke situatie waarvoor klinische behandeling noodzakelijk is. In de diverse zorgstandaarden staat beschreven dat behandeling in het kader van specialistische GGZ meestal ambulante kan plaatsvinden. Bij gebleken noodzaak voor opname is de klinische behandeling ingebed in een ambulante traject. Weliswaar wordt in het dossier gesproken over psychiatrische comorbiditeit, maar niet in die mate dat de beslissing tot klinische behandeling navolgbaar is. Ook wordt gesproken over suïcidale gedachten. Hiervoor geldt dat niet duidelijk is in welke mate dit speelde en of hierdoor sprake was van een medische indicatie voor klinische behandeling. Wanneer een verzekerde in Nederland in een acute crisis verkeert, kan de huisarts opschalen naar een directe crisisopname. Hiervoor is echter niet gekozen. In de situatie van verzoeker was klinische behandeling in het buitenland niet geïndiceerd. De MATE

en de beschreven problematiek rechtvaardigen intensivering van de behandeling, maar er is onvoldoende onderbouwing voor een klinische behandeling.

De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij toegelicht dat klinische behandeling in Nederland niet direct mogelijk is, omdat er bij een gokverslaving bijna nooit een medische noodzaak voor opname bestaat. Er is geen richtlijn of zorgstandaard voor de gokstoornis en weinig tot geen evidence voor de behandeling hiervan. Verslavingskunde Nederland geeft aan dat op dit moment de meeste evidentie bestaat voor de inzet van Cognitieve Gedragstherapie (CGT). In de circulaire van Zorgverzekeraars Nederland over gameverslaving is opgenomen dat: "Opname van cliënten (medisch noodzakelijk verblijf) met een gameverslaving zonder comorbide diagnoses slechts in uitzonderlijke gevallen geïndiceerd is". De ziektekostenverzekeraar gaat uit van deze circulaire, omdat deze eveneens gaat over een niet 'middelgerelateerde' stoornis. Deze stoornis - gameverslaving - is gekoppeld aan het beloningscircuit in de hersenen. Dit geldt ook bij gokverslaving.

Het is onvoldoende navolgbaar dat de behandeling in Thailand voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Onderdelen van de behandeling betreffen geen verzekerde zorg. Voor bepaalde onderdelen geldt daarnaast dat het niet duidelijk is door welke behandelaar de zorg wordt geleverd en of deze behandelaar vergelijkbaar is met een behandelaar in Nederland. De betreffende kliniek in Thailand levert standaard aangeboden zorgprogramma's. Deze zorg is onvoldoende afgestemd op de behoefte van specifieke patiënten. Volgens het Zorginstituut passen standaard aangeboden zorgprogramma's met een standaard behandelduur niet in de door de zorgstandaarden aanbevolen gepersonaliseerde behandeling. In het geval van verzoeker is geen sprake van een individueel behandelprogramma, dat naar zijn behoefte flexibel op en af te schalen is qua intensiteit, met borging van een therapeutisch proefverlof en afstemming met systeem, hulp(verlening) en sociaal domein. Ook is de inbedding in ambulante (na)zorg onvoldoende te beoordelen. In het dossier bevindt zich alleen een kort verslag van een behandelaar van de kliniek in Thailand. Dit betreft geen indicierend Regiebehandelaar zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering en het Landelijke kwaliteitsstatuut GGZ. Ook geldt voor de behandeling van sociale desintegratie dat het leren omgaan met beschikbaarheid en verleidingen in de eigen omgeving een onderdeel is van de functioneel herstelgerichte behandeling op alle levensdomeinen. Dit is niet mogelijk bij een behandeling op grote afstand.

- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij moet beoordelen of de in Thailand uitgevoerde behandeling kan worden vergoed. Hierbij heeft hij opgemerkt dat de inhoud van het pakket wordt bepaald door de overheid. Allereerst moet het gaan om zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut voldoet de zorg zoals die heeft plaatsgevonden niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De zorg kan daarom niet worden vergoed. Als de zorg wel zou voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, dient vervolgens te worden beoordeeld of sprake was van een verzekeringsindicatie en doelmatige zorg. Dat een behandeling achteraf succesvol is gebleken is hiervoor niet relevant. Er moet van tevoren al worden getoetst of het voldoet aan de voorwaarden.

Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering geldt voor de genoten zorg een toestemmingsvereiste. Dit vereiste is opgenomen om ervoor te zorgen dat verzekerden van te voren weten welke keuze zij hebben. Als verzekerden weten dat bepaalde zorg niet voor vergoeding in aanmerking komt, kan voor een alternatief worden gekozen. De voorwaarde van voorafgaande toestemming is in het geval van verzoeker niet gehandhaafd. Er is inhoudelijk naar de zaak gekeken.

In geval van een crisissituatie had de huisarts kunnen doorschakelen naar de crisishulp. Dit is niet gebeurd. Er is onvoldoende informatie om te kunnen zeggen dat sprake was van een acute situatie. Daarom is ook op die grond geen vergoeding mogelijk.

De ziektekostenverzekeraar heeft begrip voor het feit dat de situatie grote impact had op verzoeker. Echter, de ziektekostenverzekeraar ontvangt veel van dit soort aanvragen. Er is in dit geval geen plaats voor coulance of een uitzondering op grond van de redelijkheid en billijkheid. Volgens verzoeker is het logisch dat hij klinisch zou worden behandeld, omdat hij in het verleden ook klinisch is behandeld voor een andere verslaving. Echter, het gaat in onderhavig geval om een

andere verslaving die los is beoordeeld. Dat er eerder een klinische behandeling voor een andere verslaving noodzakelijk was, leidt niet tot een andere beoordeling.

## 5. Advies Zorginstituut

5.1. In het voorlopig advies van 2 december 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

### **"Beoordeling**

*De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld. De vraag die centraal staat in dit geschil is of de door verzoeker genoten behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk is.*

*Nu er in Nederland geen specifieke richtlijn of zorgstandaard bestaat voor een gokstoornis, moet worden gekeken naar de richtlijnen en zorgstandaarden in de GGZ en verslavingszorg.*

*In de Zorgstandaard Alcohol (Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving) is beschreven dat therapeutisch proefverlof vanuit de klinische opname een essentieel onderdeel uitmaakt van de behandeling. Het vanuit de kliniek oefenen van vaardigheden past in graduele afbouw van de intensiteit van de zorg. Uit de beschikbare informatie wordt niet duidelijk of het behandelprogramma van Siam Rehab voorziet in therapeutisch proefverlof. Verder beschrijft de Zorgstandaard dat een verslavingsbehandeling in de specialistische GGZ meestal ambulante kan plaatsvinden. Bij gebleken noodzaak voor opname is de klinische behandeling ingebed in een ambulante behandeltraject. Uit de beschikbare informatie blijkt niet dat het uitgevoerde behandelprogramma van Siam Rehab is ingebed in een ambulante behandeltraject in de zin dat er sprake is van een samenwerking en/of inhoudelijke overdracht met mogelijkheid tot overleg. Dat verzoeker zich bij terugkeer in Nederland op eigen initiatief heeft gewend tot een andere zorgaanbieder voor het ambulante behandeltraject doet hier niet aan af.*

*Alleen bij goede inbedding in een ambulante behandeltraject (goede voor- en nazorg) kan een behandeling in het buitenland als effectief worden aangemerkt en daarmee voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De behandeling bij Siam Rehab voldoet derhalve niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.*

*Omdat het uitgevoerde behandelprogramma van Siam Rehab niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, komt het Zorginstituut niet toe aan de beoordeling of verzoeker redelijkerwijs op de behandeling was aangewezen (een indicatie heeft).*

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

### **Conclusie**

*Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat de uitgevoerde behandeling in Siam Rehab in Thailand 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 een gokverslaving ten laste van de basisverzekering.*

### **Het advies**

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: De behandeling van verzoeker bij Siam Rehab in verband met een gokverslaving voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en maakt geen onderdeel uit van het basispakket."*

## 6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over specialistische GGZ, het 'plegen te bieden' en de 'stand van de wetenschap en praktijk' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoeker is naar een ander land, namelijk Thailand, gegaan om daar klinische verslavingszorg af te nemen. De commissie overweegt dat tussen Nederland en Thailand 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 B.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat recht op zorg in het buitenland.
- 7.3. (Klinische) verslavingszorg betreft specialistische GGZ. Hiervoor biedt de zorgverzekering dekking. Dit blijkt uit artikel B.19. van de voorwaarden van de zorgverzekering. 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. Dit blijkt uit hetgeen is bepaald in artikel A.3. van de voorwaarden van de zorgverzekering. De hiervoor genoemde bepalingen van de voorwaarden van de zorgverzekering zijn gebaseerd op de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv.  
Indien het verzekerde zorg betreft, is de volgende vraag of betrokkene hierop redelijkerwijs is aangewezen. 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 zorgverzekeraar - is voldaan.
- 7.4. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat bepaalde onderdelen van de behandeling niet voldoen aan het 'plegen te bieden'-criterium. Voor zover hieraan wel wordt voldaan, geldt dat de klinische behandeling van verzoeker bij Siam Rehab in verband met een gokverslaving niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' als bedoeld in artikel A.3.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering zodat geen sprake is van verzekerde zorg. De commissie zal deze stelling van de ziektekostenverzekeraar als eerste op zijn juistheid beoordelen.  
Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie hierover advies moet vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft ook de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport 'Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023' van 11 april 2023 is zo'n richtlijn. Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Overigens betekent dit niet dat de praktijk bepaalt of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs ('evidence') ontbreekt.

7.5. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode. De kern van GRADE is dat het op systematische wijze gezochte en geselecteerde bewijs op een transparante en gestructureerde manier wordt beoordeeld. Hierbij worden eventuele onzekerheden in kaart gebracht en samen met contextuele factoren gewogen. Die factoren kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de vraag wat als passend onderzoek kan worden beschouwd. Het kan ook gaan om medische aspecten. Of is voldaan aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' hangt dus niet uitsluitend af van een hoge kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Er kunnen argumenten zijn op grond waarvan met een lagere kwaliteit van bewijs genoeg kan of moet worden genomen.

Zoals blijkt uit het rapport, vindt de beoordeling in vijf stappen plaats:

(1) formuleren plaatsbepaling, claim en vraagstelling aan de hand van PICO(ts)-vragen

(2) systematische literatuursearch;

(3) samenvatten van de bewijs;

(4) beoordelen van de kwaliteit van bewijs, en

(5) van bewijs naar conclusie, waarbij de kwaliteit van bewijs en de contextuele factoren worden gewogen.

Uit een arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) blijkt dat de door het Zorginstituut ontwikkelde beoordeling, die in het meest recente rapport (van 11 april 2023) verder is uitgewerkt, moet worden geacht in overeenstemming te zijn met de bedoeling van de wetgever.

7.6. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot de klinische behandeling bij Siam Rehab in Thailand. Het advies van 2 december 2024 bevat hiervan de uitkomst. Het Zorginstituut overweegt dat er in Nederland geen specifieke richtlijn of zorgstandaard bestaat voor een gokstoornis, zodat moet worden gekeken naar de richtlijnen en zorgstandaarden in de GGZ en verslavingszorg. In de Zorgstandaard Alcohol (Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving) is beschreven dat therapeutisch proefverlof vanuit de klinische opname een essentieel onderdeel uitmaakt van de behandeling.

Het Zorginstituut komt vervolgens tot de conclusie dat de behandeling van verzoeker bij Siam Rehab in verband met een gokverslaving niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en geen deel uitmaakt van het basispakket. Volgens het Zorginstituut wordt uit de beschikbare informatie namelijk niet duidelijk of het behandelprogramma voorziet in therapeutisch proefverlof. Verder beschrijft de Zorgstandaard Alcohol (Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving) dat een verslavingsbehandeling in de specialistische GGZ meestal ambulant kan plaatsvinden. Bij gebleken noodzaak voor opname is de klinische behandeling ingebed in een ambulant behandeltraject. Uit de beschikbare informatie blijkt niet dat het uitgevoerde behandelprogramma van Siam Rehab is ingebed in een ambulant behandeltraject, in de zin dat er sprake is van een samenwerking en/of inhoudelijke overdracht met mogelijkheid tot overleg. Dat verzoeker zich bij terugkeer in Nederland op eigen initiatief heeft gewend tot een andere zorgaanbieder voor het ambulant behandeltraject doet hier niet aan af. Alleen bij goede inbedding in een ambulant behandeltraject (goede voor- en nazorg) kan een behandeling in het buitenland als effectief worden aangemerkt en daarmee voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, aldus het Zorginstituut.

De commissie ziet in hetgeen verzoeker heeft aangevoerd - met name over de ernst van de situatie en de noodzaak tot direct ingrijpen - geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt deze over. Dit geldt ook voor de stelling van verzoeker dat klinische behandelingen bij hem succesvol zijn gebleken. Dat verzoeker in het verleden succesvol klinisch is behandeld voor zijn alcohol- en drugsverslaving en dat de in het geschil zijnde behandeling succesvol is geweest voor zijn gokverslaving, maakt niet dat sprake is van zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie overweegt dat dergelijke omstandigheden, hoe begrijpelijk ook, geen deel uitmaken van het beoordelingskader dat wordt gebruikt bij de beoordeling of sprake is van zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.



7.7. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat aanspraak op vergoeding van de kosten van de behandeling in Thailand bestaat, omdat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is om aan het criterium van de 'stand van de wetenschap en praktijk' vast te houden. De commissie volgt verzoeker hierin niet. Hetgeen verzoeker in dit verband heeft aangevoerd, namelijk dat (1) sprake was van een acute noodsituatie, (2) in Nederland geen mogelijkheid voor behandeling was, (3) de ziektekostenverzekeraar verzoeker niets kon aanbieden, (4) de behandeling in Thailand succesvol was en (5) de behandeling was ingebed in een ambulante behandeltraject onder leiding van een GZ-psycholoog, maakt niet dat van de dwingendrechtelijk voorgeschreven voorwaarde, te weten het voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, kan worden afgeweken. In het zogenoemde Bosentan-arrest (ECLI:NL:HR:2014:3679) heeft de Hoge Raad in dit verband een aantal criteria benoemd op basis waarvan in uitzonderlijke omstandigheden afwijking aan de orde kan zijn. Hieraan is niet voldaan. De commissie ziet daarom in het beroep van verzoeker op de redelijkheid en billijkheid ook geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt deze over. Dit betekent dat geen sprake is van verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering en dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de hiermee gemoede kosten. Of verzoeker redelijkerwijs op de zorg was aangewezen kan in het midden blijven. Hetzelfde geldt voor de vraag naar de doelmatigheid en het voldoen aan de formele vereisten, zoals de eis van voorafgaand verkregen toestemming van de ziektekostenverzekeraar.

7.8. Gelet op het feit dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag van verzoeker terecht heeft afgewezen, is de gevorderde wettelijke rente over de vergoeding niet toewijsbaar. Tevens ziet de commissie geen aanleiding om te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de onderhavige procedure aan verzoeker te vergoeden.

7.9. Conclusie

*Slotsom*

7.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 maart 2025,

A. de Ruijter

**Informatie voor partijen**

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

*Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als 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

---

# 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.

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

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

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

## Artikel 11

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

## Artikel 64

1. Het Zorginstituut bevordert de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11.
2. Het Zorginstituut kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven.

## **Artikel 114**

- 1.** De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat zijn verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie.
- 2.** De onafhankelijke instantie neemt een geschil slechts in behandeling nadat de verzekeringnemer of de verzekerde de zorgverzekeraar heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen, en deze niet binnen redelijke termijn of niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of verzekerde heeft gereageerd.
- 3.** De onafhankelijke instantie vraagt advies aan het Zorginstituut indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten.
- 4.** Het Zorginstituut zendt zijn advies binnen vier weken na ontvangst van de adviesaanvraag aan de onafhankelijke instantie.

---

# Besluit zorgverzekering

---

## Artikel 2.1

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

## Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
  - a. de zorg niet omvat:
    - 1°. het vaccineren ten behoeve van 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.

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

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

### A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

#### A.3.1. Zorgbemiddeling

U heeft recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

#### A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Wie bepalen de inhoud en omvang van de zorg?

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

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

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

Toelichting:

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

Toelichting:

- Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
  - In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.
- U bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

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

Als u een indicatie heeft voor een hoortoestel uit categorie X en een toestel van € 1.500,- is voldoende en geschikt voor u, dan is dat hoortoestel doelmatige zorg. U heeft dan een wettelijke eigen bijdrage van 25% van € 1.500,- en daarvan kan een deel uit uw aanvullende verze-



kering vergoed worden als u daarvoor verzekerd bent.

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

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

Deze algemene eisen gelden altijd naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden voor de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg. Als u al zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan inmiddels gewijzigde en u medegedeelde eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten. Een lopende behandeling waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven, mag worden afgemaakt.

### A.3.3. Voorwaardelijke zorg

In afwijking van artikel A.3.2. 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar gestelde voorwaarden (zie artikel B.22.). Op de website van de overheid: [wetten.overheid.nl](http://wetten.overheid.nl) is de Regeling zorgverzekering te vinden.

### A.3.4. Dekkingsgebied

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

Voorbeeld:

U bent op vakantie in Frankrijk en koopt daar een bril op sterkte. U heeft een aanvullende verzekering waarin een vergoeding voor gezichtshulp-

middelen is opgenomen van € 100,- per 2 jaar. Deze vergoeding geldt dan ook voor een bril die u in het buitenland koopt.

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

### A.3.5. Voorwaarden op maat

Uw vergoedingen en voorwaarden worden online op maat aangeboden. Het kan dan gebeuren dat u op een bepaald moment andere voorwaarden of vergoedingen ziet dan die u eerder zag, bijvoorbeeld nadat u 18 jaar of 22 jaar bent geworden. In deze gevallen passen wij niet de voorwaarden of vergoedingen aan (zoals bedoeld in artikel A.5.3.), maar zijn vanwege uw leeftijd andere voorwaarden of vergoedingen op u van toepassing geworden.

## A.4. Begin en duur van uw verzekering

### A.4.1. Ingangsdatum

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

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift aan ons toestuur van maximaal een maand oud waarop de ingangsdatum van uw dienstverband genoemd staat. Hieruit moet blijken dat u aan de loonbelasting onderworpen bent in verband met in Nederland of op het continentaal plat (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg), uitgevoerd werk; of
- een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank aan ons toestuur waaruit blijkt dat u verzekerd bent ingevolge de Wet langdurige zorg; of
- er redelijkerwijs niets aan kunt doen dat het door u verstrekte adres afwijkt van het adres in de Basisregistratie Personen.

Als u op dit moment nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u in uw verzoek aangeeft dat u de verzekering op een latere datum wilt laten ingaan, gaat de verzekering op die latere datum in. Op uw polisblad staat de ingangsdatum van uw verzekering.

### A.4.2. Verzoek tot wijziging

Uw verzoek om bij ons een verzekering af te sluiten beschouwen wij ook als een verzoek van u om de

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

### Tarieven

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

## B.19. Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

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

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

### B.19.1. GGZ zonder opname

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

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

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

#### Let op!

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

#### Voorwaarden

##### Algemeen

- Meer en nadere informatie over de voorwaarden dan hieronder vermeld, kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 2.2.

- De zorg kan individueel of in groepsverband worden gegeven.
- De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend zorgverlener of in een in Nederland werkzame instelling conform de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).

##### Zorgverlener

- Iedere zorgverlener beschikt over een goedgekeurd geldend Kwaliteitsstatuut dat is getoetst op basis van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden en Meetinstrumenten van het Zorginstituut Nederland (ZiNI). De zorgverleners zijn terug te vinden op [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl). Voor bevoegde medewerkers in loondienst, bijvoorbeeld psychologen, dient de instelling voor dit kwaliteitsstatuut te zorgen.
- De (indicerend en coördinerend) regiebehandelaar zoals deze is aangeduid en aangewezen in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, is eindverantwoordelijk voor de zorg. Daarnaast sluiten wij ook aan bij de veldafspraken binnen de GGZ. Dat betekent dat bij een vrijgevestigd zorgverlener de regiebehandelaar alleen een GZ-psycholoog, een psychotherapeut, een klinisch (neuro)psycholoog of een psychiater kan zijn.
- Voor verzekerden die de behandeling zijn gestart onder de Jeugdwet en waarvan de behandeling doorloopt bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd, kan deze doorlopen onder deze reeds aanwezige regiebehandelaar. Voorwaarde is dat deze regiebehandelaar opgenomen is in de overgangsregeling zoals die staat beschreven in het landelijk kwaliteitsstatuut. Dit kan maximaal voor een termijn van 365 dagen vanaf de dag dat de verzekerde 18 is geworden.
- Hoogspecialistische GGZ mag alleen gegeven worden door een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener. Het gaat hierbij om zeer ernstige of zeldzame problemen of een combinatie van klachten die moeilijk te behandelen is. De zorg is zeer gespecialiseerd en wordt gegeven in een instelling.

##### Verwijzing

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

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

##### Behandelvoorstel

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

behandelplan. Dit behandelplan wordt met u besproken en vastgesteld.

### Akkoordverklaring

- De voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener beoordeelt namens ons of uw aandoening valt onder de zorg waarvoor u verzekerd bent. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.
- Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig voorafgaand aan de behandeling (zie artikel A.18.). Dat geldt ook voor behandeling met Esketamine neusspray.
- Voor behandeling in het buitenland staat op onze website een "Aanvraagformulier zorg in het buitenland". Zie ook de "Lijst aanvragen zorg buitenland".

### Tarieven

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

## B.19.2. Vervallen

## B.19.3. GGZ met opname

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

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

### Let op!

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

### Voorwaarden

#### Algemeen

- Binnen de opname kan de zorg individueel of in groepsverband worden gegeven.
- Meer en nadere informatie over de voorwaarden dan hieronder vermeld, kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 3.
- De zorg vindt plaats in een in Nederland werkzame instelling conform de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) zijnde:

- een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis voor zorg onder de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- een instelling voor gespecialiseerde GGZ voor zorg onder de Zvw en/of de Wet langdurige zorg (Wlz).

#### Zorgverlener

- Iedere zorgverlener beschikt over een goedgekeurd geldend Kwaliteitsstatuut dat is getoetst op basis van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden en Meetinstrumenten van het Zorginstituut Nederland (ZiNI). De zorgverleners zijn terug te vinden op [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl). Voor bevoegde medewerkers in loondienst, bijvoorbeeld psychologen, dient de instelling voor dit kwaliteitsstatuut te zorgen
- De (indicerend en coördinerend) regiebehandelaar zoals deze is aangeduid en aangewezen in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, is eindverantwoordelijk voor de zorg. Daarnaast sluiten wij ook aan bij de veldafspraken binnen de GGZ. Dat betekent dat bij een vrijgevestigd zorgverlener de regiebehandelaar alleen een GZ-psycholoog, een psychotherapeut, een klinisch (neuro)psycholoog of een psychiater kan zijn.
- Voor verzekerden die de behandeling zijn gestart onder de Jeugdwet en waarvan de behandeling doorloopt bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd, kan deze doorlopen onder deze reeds aanwezige regiebehandelaar. Voorwaarde is dat deze regiebehandelaar opgenomen is in de overgangsregeling zoals die staat beschreven in het landelijk kwaliteitsstatuut. Dit kan maximaal voor een termijn van 365 dagen vanaf de dag dat de verzekerde 18 is geworden.
- Hoogspecialistische GGZ mag alleen gegeven worden door een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener. Het gaat hierbij om zeer ernstige of zeldzame problemen of een combinatie van klachten die moeilijk te behandelen is.

#### Verwijzing

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

#### Behandelvoorstel

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

Dit behandelplan wordt met u besproken en vastgesteld.

### Akkoordverklaring

- De voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener beoordeelt namens ons of uw aandoening valt onder de zorg waarvoor u verzekerd bent. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.
- Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig voorafgaand aan de opname (zie artikel A.18.). Dat geldt ook voor behandeling met Esketamine neusspray.
- Voor behandeling in het buitenland staat op onze website een "Aanvraagformulier zorg in het buitenland" wanneer een akkoordverklaring nodig is. Zie ook de "Lijst aanvragen zorg buitenland".

### Tarieven

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

## B.20. Vervallen

## B.21. Preventie

### B.21.1. Vervallen

### B.21.2. Stoppen-met-roken

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- U bent alleen verzekerd voor medicijnen of nicotinevervangende middelen als zij onderdeel

zijn van de SMR-begeleiding.

- Het SMR-programma wordt niet verrekend met het verplicht eigen risico als de zorg wordt geleverd door een gecontracteerde zorgverlener SMR.
- De medicijnen of nicotinevervangende middelen worden niet verrekend met het verplicht eigen risico als:
  - deze zijn voorgeschreven door een gecontracteerde zorgverlener SMR; en
  - onderdeel zijn van het SMR-programma.
- In alle andere situaties worden de zorg en medicijnen/middelen wel verrekend met het eigen risico.

### Voorwaarden

#### Algemeen

Het SMR-begeleidingstraject bestaat uit op gedragsverandering gerichte interventies, indien nodig met ondersteuning van effectief bewezen farmacotherapie (medicijnen of nicotinevervangende middelen). De farmacotherapie kan nooit zonder gedragsmatige ondersteuning worden ingezet. De daadwerkelijke zorg en begeleiding binnen het SMR-traject wordt op u persoonlijk afgestemd en, indien nodig, geleidelijk in het zorgproces aangepast door de zorgverlener.

#### Zorgverlener

- De gedragsveranderende ondersteunende zorg wordt verleend door een huisarts, een medisch specialist, een gezondheidszorgpsycholoog of een SMR-coach.
- De huisarts, medisch specialist en SMR-coach die het programma geeft moet ingeschreven zijn in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken en is opgeleid om mensen intensief te begeleiden bij het stoppen met roken.
- Als naast de gedragsmatige begeleiding ook medicijnen of nicotinevervangende middelen noodzakelijk zijn, dienen deze te worden geleverd door een door ons gecontracteerde leverancier voor SMR of een apotheek.

#### Let op!

- Bent u verzekerd voor zorg in natura? Waarschijnlijk is uw eigen apotheek niet gecontracteerd voor de SMR-medicijnen of nicotinevervangende middelen. Op onze website kunt u vinden met welke leveranciers wij wel een contract hebben afgesloten. Zoek dan specifiek op "Stoppen met roken";
- Bent u verzekerd voor zorg in natura? Een gezondheidszorgpsycholoog mag de zorg wel verlenen maar is mogelijk niet gecontracteerd voor SMR. Op onze website kunt u vinden welke andere zorgverleners wij wel voor deze zorg hebben gecontracteerd. Zoek dan specifiek op "Stoppen met roken".