

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, vertegenwoordigd door D te E, tegen NV Univé Zorg te Arnhem  
Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, revalidatie  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artf. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 20 Vo. nr. 883/2004  
Zaaknummer : 202100964  
Zittingsdatum : 23 maart 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd door D te E,

tegen

NV Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 8 november 2021 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan. Op 22 november 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 11 januari 2022 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 januari 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 14 februari 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022001492) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is, eveneens op 14 februari 2022, aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 23 maart 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoeker in de gelegenheid gesteld nadere informatie over te leggen, meer specifiek een verklaring van de behandelend neuroloog waaruit blijkt dat is voldaan aan de voorwaarden voor multidisciplinaire revalidatie. Bij brief van 5 april 2022 heeft verzoeker de commissie de gevraagde informatie doen toekomen. Een kopie hiervan is op 7 april 2022 aan de zorgverzekeraar gestuurd, die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 14 april 2022 heeft de zorgverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van zijn reactie is ter kennisname aan verzoeker gezonden.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting, de ter zitting door verzoeker overgelegde informatie, en afschriften van de brieven van 5 april 2022 en 14 april 2022 zijn op 19 april 2022 aan het Zorginstituut gestuurd. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut gevraagd in het definitief advies aandacht te besteden aan de vraag of de zorg die wordt verleend door TrainM voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 3 mei 2022 een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben zij geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerde was in 2021 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Gewoon ZEKUR Zorg Vrij (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzekerde is gediagnosticeerd met het Sturge Weber Syndroom. Dit syndroom wordt gekenmerkt door onder meer heftige epileptische aanvallen. Om de aanvallen te verminderen heeft verzekerde in januari 2020 een hersenoperatie (hemisferectomie) ondergaan. Verzekerde heeft daarna te maken met (toegenomen) verlamningsverschijnselen en blindheid aan één oog. Kort na de chirurgische ingreep is verzekerde gestart met een intensief revalidatietraject bij TrainM te Antwerpen, België. De kosten verbonden aan dit revalidatietraject zijn door de zorgverzekeraar tot en met 28 februari 2021 vergoed. Op het verzoek van verzoeker om de kosten ook ná deze datum te vergoeden heeft de zorgverzekeraar afwijzend beslist. Verzoeker is hierover op 20 januari 2021 door de zorgverzekeraar geïnformeerd.
- 3.3. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar bij brief van 16 maart 2021 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 22 maart 2021 heeft de zorgverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 14 februari 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn voorlopig advies aan de commissie, het volgende verklaard:

*"De behandeling van "cerebral palsy" is een medische indicatie voor Medisch specialistische revalidatie. Kinderen met een spastische cerebrale parese vormen de grootste groep van patiënten die behandeld worden binnen de kinderrevalidatie. De kinderrevalidatie-arts van het UMCU verwijst d.d. 20 januari 2020 verzekerde dan ook door voor kinderrevalidatie. Echter biedt TRAINM geen medisch-specialistische revalidatie.*

#### Medisch-specialistische revalidatie

*Het Zorginstituut heeft in haar standpunt uit 2015 over Medisch-specialistische revalidatie bepaald dat de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) interdisciplinaire Medisch specialistische revalidatie definieert als zorg die wordt uitgeoefend in de tweede lijn door of onder de verantwoordelijkheid van een revalidatiearts en die voldoet aan de eisen zoals vastgelegd in het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde.*

*De interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie richt zich op patiënten van alle leeftijden en onderscheidt zich door de dynamische setting waarin de revalidatiebehandeling wordt aangeboden, de beschikbaarheid van een breed palet aan specialistische interventies en de intensiteit en resultaatgerichtheid van de behandeling. De revalidatiearts is medisch eindverantwoordelijk voor de inhoud en de kwaliteit van revalidatiegeneeskundige zorg geleverd door het interdisciplinair team. De revalidatiearts heeft het overzicht over het hele proces en is als zodanig niet gebonden aan een component of domein.*

*Daarnaast kan in bijzondere gevallen en bij bepaalde doelgroepen, de behandelend medisch-specialist een andere zijn dan de revalidatiearts. Het revalidatieteam kan worden aangestuurd door een andere medisch specialist met specifieke affiniteit voor medisch specialistische revalidatie indien deze daartoe deskundig en bekwaam is en deze behandeling aanbiedt op een vergelijkbaar niveau als omschreven in het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde.*

*Uit de beschikbare informatie blijkt dat er aan TrainM geen (kinder-)revalidatiearts is verbonden. Er kan dus geen interdisciplinaire medisch-specialistische (kinder-)revalidatiebehandeling worden uitgevoerd die voldoet aan de in Nederland geldende randvoorwaarden. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan dus worden geconcludeerd dat er geen sprake is van medisch-specialistische revalidatie. Uit het dossier blijkt niet dat de neuroloog specifieke affiniteit heeft voor medisch specialistische revalidatie en behandelingen heeft aangeboden op een vergelijkbaar niveau als omschreven in Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde.*

### Conclusie

*Gelet op het bovenstaande kan worden geconcludeerd dat TrainM geen medisch-specialistische revalidatie biedt.*

### Het advies

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzekerde kan geen aanspraak maken op een vergoeding van de medisch-specialistische revalidatie op basis van de zorgverzekering."*

- 3.5. Bij brief van 3 mei 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn definitief advies aan de commissie, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

*"U heeft aan ons de volgende vraag gesteld:*

*"De commissie zou graag van het Zorginstituut vernemen of de zorg die wordt verleend door TrainM voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk."*

*Ons antwoord hierop is als volgt:*

*De zorg die door TrainM wordt geleverd voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Omdat het geen zorg betreft die voldoet aan de criteria voor medisch specialistische revalidatie, het ook geen zorg is zoals een medisch specialisten die plegen te bieden en voldoet de aangedragen literatuur niet.*

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

## 4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar is gehouden de behandelingen in de TrainM-kliniek te Antwerpen, ook ná 28 februari 2021 te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

## 5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. 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. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en de stand van de wetenschap en praktijk alsmede die uit Vo. nr. 883/2004 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.

### Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar alsnog toestemming moet verlenen voor verlenging van het al ingezette revalidatietraject ten behoeve van verzekerde. In dat verband voert hij aan dat verzekerde in 2016 is geboren met het syndroom van Sturge-Weber. Bij verzekerde uit zich dit door een wijnvlek in het gelaat, refractaire epilepsie aanvallen, spastische hemiparese links en een ontwikkelingsachterstand. In 2020 is verzekerde geopereerd. Na deze ingreep heeft hij te maken met verlamingsverschijnselen aan de gehele linkerkant van zijn lichaam.

Daarnaast is verzekerde sinds de operatie nagenoeg blind aan één oog. Om te werken aan zijn herstel is verzekerde, kort na de operatie in 2020, in therapie gegaan bij TrainM. TrainM biedt verschillende, zeer specialistische behandelingen die de revalidatie en uiteindelijke genezing van verzekerde mogelijk maken en versnellen. Zo wordt gebruik gemaakt van de zogenaamde Bobath therapie, armrobotica en de Locomat. Deze behandelingen leiden ertoe dat verzekerde zijn gedeeltelijk verlamde ledematen optimaal kan gebruiken en leert om te gaan met zijn verminderde zicht. Omdat verzekerde nog jong is, is het van groot belang dat deze behandelingen worden voortgezet gedurende de jaren dat hij nog groeit en zich ontwikkelt.

- 6.3. Volgens verzoeker stelt de zorgverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt dat nog geen onderzoek is verricht naar de behandelingen en dat niet is aangetoond dat de behandelwijze van TrainM effect en meerwaarde heeft. Hiertoe voert verzoeker aan dat inmiddels tal van wetenschappelijke onderzoeken beschikbaar zijn waaruit blijkt dat de behandeling van grote meerwaarde is ten opzichte van andere bestaande behandelingen. Met betrekking tot zowel de effectiviteit als de doelmatigheid is de behandeling die wordt verzorgd door TrainM bij uitstek geschikt voor herstel en revalidatie na een operatie zoals verzekerde heeft ondergaan. Verder voert verzoeker aan dat de behandeling bij TrainM een lange duur kent. Dit vanwege de achterstand in de ontwikkeling van verzekerde. Deze achterstand kan niet binnen zes maanden worden ingelopen, omdat het lichaam zelf nog in de groei en in ontwikkeling is. Als de behandeling maar maximaal zes maanden mag duren is deze weinig effectief. Men kan niet in het algemeen stellen dat een revalidatietraject maximaal zo veel tijd in beslag neemt. Dit is namelijk zeer afhankelijk van de specifieke omstandigheden van een patiënt. Zolang er vooruitgang is, is voortgezette behandeling gerechtvaardigd en noodzakelijk. Niet alleen in de literatuur, maar ook in de praktijk is voldoende bewijs te vinden dat deze zienswijze ondersteunt. Daarnaast betwist verzoeker het standpunt van de zorgverzekeraar dat het revalidatietraject niet wordt begeleid door een revalidatiearts. In de situatie van verzekerde vindt zowel de begeleiding als de therapie plaats onder leiding van een neuroloog. Aangezien een neuroloog gespecialiseerd is in onder meer de behandeling van ziekten of aandoeningen van het zenuwstelsel valt een neuroloog onder het begrip revalidatiearts. Het overkoepelende begrip 'revalidatiearts' omvat iedere arts die is gespecialiseerd in het herstel van een aandoening of ziekte. Verder geldt dat de onderhavige behandeling tot en met februari 2021 door de zorgverzekeraar is vergoed. Het argument dat dit een onjuiste beslissing is geweest komt verzoeker niet aannemelijk voor. Het is immers niet logisch dat er zomaar een akkoordverklaring wordt afgegeven voor een behandeling van meer dan € 20.000,-.
- 6.4. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat de therapie bij TrainM vanwege het niet vergoeden door de zorgverzekeraar inmiddels is gestaakt. Sindsdien is verzekerde achteruit gegaan, met name in zijn motoriek. Toen verzekerde bij TrainM werd behandeld kon hij zelfs sprinten, maar nu heeft hij al moeite met lopen. Reeds vóór het stopzetten van de therapie was verzekerde onder behandeling bij een revalidatiearts in Bergen op Zoom. Deze revalidatiearts werkte nauw samen met de fysio- en ergotherapeuten van TrainM. Daarnaast was ook regelmatig contact tussen de behandelaren van TrainM en de kinderarts in Utrecht. Bij brief van 4 april 2022 heeft TrainM uitleg gegeven over de bij verzekerde toegepaste behandeling.
- 6.5. Aanvullend merkt verzoeker op dat het standpunt van de zorgverzekeraar innerlijk tegenstrijdig is. De zorgverzekeraar geeft enerzijds aan dat de voorgestelde behandelwijze ook in Nederland wordt gegeven en anderzijds dat deze niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het blijkt dat Nederlandse verzekeraars de behandeling ook in Nederland vergoeden. Dan kan de zorgverzekeraar niet volhouden dat deze niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hij heeft eerder ook zelf de akkoordverklaring afgegeven en hierbij zal dit dan ook zijn vastgesteld. Reeds op basis van deze eerdere goedkeuring zou de aanvraag voor de vervolgbehandeling behoren te worden goedgekeurd, op basis van de redelijkheid en billijkheid, alsmede het vertrouwensbeginsel. Verzoeker wijst erop dat vergelijkbare behandelingen in Nijmegen en Boxmeer worden gegeven. Ook hieruit kan worden afgeleid dat de behandeling voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Van verzekerde kan niet worden gevergd dat hij naar Nijmegen en Boxmeer reist voor

een behandeling die ook in Antwerpen, op nog geen half uur rijden van zijn woonplaats, wordt gegeven en waarvan bovendien uit de tussenrapportages blijkt dat die zeer effectief is voor verzekerde.

Concluderend is verzoeker van mening dat aan alle voorwaarden is voldaan voor toewijzing van de aanvraag voor de vervolgbehandeling. TrainM voldoet aan de Nederlandse richtlijnen en voorwaarden. Voorts is niet gebleken dat deze behandeling in België niet voor vergoeding in aanmerking komt. De behandeling is bewezen doelmatig en effectief ten opzichte van andere behandelingen.

#### Standpunt zorgverzekeraar

- 6.6. De zorgverzekeraar stelt dat hij niet gehouden is de aangevraagde vervolgbehandeling ten behoeve van verzekerde te vergoeden. Hiertoe voert hij aan dat het behandel aanbod van TrainM bestaat uit fysiotherapeutische begeleiding met behulp van robotica en therapie volgens de Bobath-methode onder verantwoordelijkheid van een neuroloog. Voor deze behandeling is nog geen onderzoek verricht naar de bewezen meerwaarde ten opzichte van bestaande behandelingen. De Bobath-methode/therapie en aanverwante therapieën worden in Nederland ook in eerstelijns praktijken aangeboden. Het gebruik van robotica wordt op beperkte schaal binnen Nederlandse revalidatieklinieken gebruikt. Onderzoek naar effectiviteit en voor welke doelgroep en aandoening deze interventie een meerwaarde heeft, zijn of worden opgestart. Ten opzichte van de in Nederland aangeboden behandelingen kent de behandeling door TrainM een zeer lange behandelduur. De zorgverzekeraar zet grote vraagtekens bij het nut van deze lange behandelduur. Noch in de literatuur noch in de praktijk wordt bewijs gevonden voor het nut van een dergelijk lange behandelduur. Het is ook om die reden dat de behandeling in België, net als in Nederland, geen verzekerde zorg is. Daarnaast is in de situatie van verzekerde geen sprake van een interdisciplinaire behandeling onder leiding van een (kinder-)revalidatiearts. De behandeling die aan verzekerde wordt gegeven bestaat uit een mono-fysiotherapeutische interventie onder regie van een neuroloog. Tot slot geldt dat aan verzoeker in 2020 inderdaad een machtiging is afgegeven voor de behandeling door TrainM. Bij nadere bestudering blijkt echter dat dit ten onrechte is gebeurd.
- 6.7. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de aanvraag voor verlenging van de behandeling door TrainM op verschillende gronden is afgewezen. Zo is er voor verzekerde in Nederland ook passende zorg beschikbaar. Daarnaast wordt getwijfeld aan de doelmatigheid en is gebleken dat de behandeling door TrainM niet is te beschouwen als multidisciplinaire revalidatie. Voor zover verzoeker stelt dat de revalidatiearts in Nederland betrokken is bij de behandelaar deelt de zorgverzekeraar dit standpunt niet. De zorgverzekeraar ziet de revalidatiearts in Nederland slechts als ondersteuning van de behandeling. Als de kinderrevalidatiearts wel hoofdbehandelaar zou zijn, dan valt dit onder de behandeling in Nederland en onder de aldaar gedeclareerde zorg voor multidisciplinaire interventie. Tot slot geldt dat verzekerde bij TrainM ook wordt behandeld met robotica. Deze zorg is niet conform de stand van de wetenschap en praktijk en kan om die reden niet worden vergoed.

#### Overwegingen commissie

- 6.8. Verzoeker wenst de behandeling van verzekerde in een andere EU-lidstaat, namelijk België, voort te zetten. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoeker heeft voorafgaand aan de voortgezette behandeling de zorgverzekeraar om toestemming gevraagd. De zorgverzekeraar heeft hierop verklaard dat het verzekerde zorg betreft die op het moment van de aanvraag tijdig in Nederland beschikbaar was. Volgens verzoeker is de zorg inderdaad in Nederland beschikbaar, maar wordt de gewenste behandeling niet voor langer dan zes maanden aangeboden. Voor de beantwoording van de vraag of op grond van de verordening aanspraak bestaat, is relevant of de onderhavige behandeling een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Hierover overweegt de commissie het volgende.

- 6.9. Verzekerde is geboren met het syndroom van Sturge-Weber. Bij verzekerde uit zich dit door onder andere spastische hemiparese (cerebral palsy). Voor behandeling is verzekerde verwezen naar TrainM Neuro Rehab Clinic (TrainM) in Antwerpen. In deze kliniek heeft verzekerde verschillende behandelingen ondergaan onder begeleiding van een neuroloog. Vast staat dat deze behandelingen van 1 januari 2020 tot en met 28 februari 2021 door de zorgverzekeraar zijn vergoed. Omdat de behandeling nog niet is afgerond heeft verzoeker de zorgverzekeraar verzocht deze ook ná 28 februari 2021 te vergoeden. Deze heeft dit geweigerd, stellende dat geen sprake is van medisch- specialistische revalidatie als bedoeld in artikel 17 van de voorwaarden van de zorgverzekering, de behandeling niet voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk', terwijl de behandeling bovendien niet doelmatig is. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt zal de commissie in de eerste plaats beoordelen of de behandeling bij TrainM kan worden aangemerkt als medisch- specialistische revalidatie in de zin van vernoemd artikel 17.
- 6.10. Het Zorginstituut heeft in zijn standpunt uit 2015 over medisch-specialistische revalidatie bepaald dat de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie definieert als zorg die wordt uitgeoefend in de tweede lijn door of onder de verantwoordelijkheid van een revalidatiearts en die voldoet aan de eisen, zoals vastgelegd in het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde. Uit het voorlopig advies van het Zorginstituut van 14 februari 2022 blijkt dat de revalidatiearts in beginsel medisch eindverantwoordelijk is voor de inhoud en de kwaliteit van revalidatiegeneeskundige zorg geleverd door het interdisciplinaire team. De revalidatiearts heeft het overzicht over het hele proces en is als zodanig niet gebonden aan een component of domein. Daarnaast kan, in uitzonderlijke situaties, ook een andere medisch-specialist dan de revalidatiearts de regie hebben. Voorwaarde hierbij is wel dat de betreffende arts deskundig en bekwaam is en de behandeling aanbiedt op een vergelijkbaar niveau als omschreven in het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde.
- 6.11. Het Zorginstituut stelt in zijn voorlopig advies van 14 februari 2022 vast dat aan TrainM geen (kinder-)revalidatiearts is verbonden. Om die reden kan geen interdisciplinaire medisch-specialistische (kinder-)revalidatiebehandeling worden uitgevoerd die voldoet aan de in Nederland geldende voorwaarden. Verzekerde wordt bij TrainM fysiotherapeutisch behandeld onder regie van een neuroloog. Het is niet gebleken dat deze neuroloog affiniteit heeft met medisch specialistische revalidatie en behandelingen aanbiedt op een vergelijkbaar niveau als omschreven in het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde. De conclusie van het Zorginstituut is dat TrainM geen zorg verleent die is aan te merken als medisch-specialistische revalidatie en daarom wordt geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. De commissie ziet in de door verzoeker overgelegde verklaringen van de kinderarts van 14 januari 2021 en die van TrainM van 4 april 2022 geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit dan ook over. Het feit dat geen sprake is van een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de behandelingen ten behoeve van verzekerde van na 28 februari 2021. Uit het voorgaande volgt tevens dat verzoeker de gevraagde toestemming op grond van de verordening terecht werd onthouden.
- 6.12. De commissie ziet geen aanleiding om anders te beslissen, omdat onverkorte toepassing van de verzekeringsvoorwaarden volgens verzoeker zou leiden tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Medisch-specialistische revalidatie is in Nederland zonder meer beschikbaar, waarbij door de zorgverzekeraar onweersproken is gesteld dat het gebruik van robotica (al voldoen die volgens hem niet aan de stand van de wetenschap en praktijk), de Bobath-therapie en aanverwante therapieën in Nederland ook in eerstelijns praktijken en in revalidatiecentra worden aangeboden. Door verzoeker zelf is verklaard dat "vergelijkbare behandelingen" worden aangeboden in Boxmeer en Nijmegen. In hoeverre dit inderdaad het geval is, is een vraag die de commissie in dit kader onbeantwoord moet laten, maar voor zover hiervan inderdaad sprake is, kan het door verzoeker aangevoerde argument dat

behandeling aldaar niet in aanmerking komt vanwege de reisafstand, geen grond zijn anders te beslissen.

Ook het beroep op het vertrouwensbeginsel kan niet slagen. Uit het enkele feit dat de behandeling aanvankelijk is vergoed, kan, anders dan verzoeker betoogt, naar het oordeel van de commissie niet de conclusie worden verbonden dat verzoeker gerechtvaardigd erop mocht vertrouwen dat een aanvraag voor verlenging van de behandeling zonder meer zou worden gehonoreerd. Juist omdat de vergoeding betrekking had op een in tijd beperkte periode, had verzoeker er rekening mee moeten houden dat een nieuwe aanvraag integraal zou worden beoordeeld en dat verlenging van de behandeling en de daaraan verbonden vergoeding mogelijk konden worden geweigerd.

6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 juni 2022,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

# BIJLAGEN

## 1. Polisvoorwaarden



2. Nationale wet- en regelgeving  
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

3. Europese wet- en regelgeving  
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

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

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

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

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

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

## Artikel 11

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

---

# Besluit zorgverzekering

---

## Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

## Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
  - a. de zorg niet omvat:
    - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
    - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
      - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
      - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
    - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
    - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
    - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

- is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
- 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
  - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
  - 3°. verlamde of verslachte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
  - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
  - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

---

## 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 agenese 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 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.

# 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;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 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:

- Vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

### 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.

**Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?**

U heeft toestemming nodig voor alle behandelingen genoemd op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch specialistische zorg. Het gaat o.a. om:

<b>Oogheelkunde:</b>	Refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties) en ooglidcorrecties
<b>KNO:</b>	Oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus
<b>Chirurgie:</b>	Gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten) en buikwandcorrecties
<b>Dermatologie</b>	Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen en vasculaire dermatosen (wijnvlekken)
<b>Gynaecologie:</b>	Vulvaire en vaginale afwijkingen
<b>Plastische chirurgie:</b>	Zie artikel 21 Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling.

Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u vooraf geen toestemming heeft gevraagd.

**Extra informatie**

Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties worden uitgezonderd. U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

## Artikel 17. Revalidatie

### 17.1. Revalidatie

**Dit krijgt u vergoed**

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 16 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- Deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- U met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- De quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;
- Oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin u zich kunt bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

**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 multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. De quickscan zoals hiervoor omschreven moet onder leiding van een revalidatiearts worden uitgevoerd.

**Verwijsbrief nodig van**

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

**Toestemming**

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

## 17.2. Geriatrische revalidatie

**Dit krijgt u vergoed**

Uw recht op vergoeding van de kosten van geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit (het tegelijk voorkomen van 2 of meer ziekten) en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van uw functionele beperkingen dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is. U heeft maximaal 6 maanden recht op geriatrische revalidatie. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

U heeft alleen recht op vergoeding van de kosten van deze zorg als:

1. De zorg binnen een week aansluit op ziekenhuisverblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering (zie artikel 38, Verblijf), waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg;
2. U een acute aandoening heeft waardoor sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en u voorafgaand medisch specialistische zorg voor deze aandoening heeft ontvangen. De beoordeling hiervan (geriatrisch assessment) vindt plaats door een (klinisch) geriater, internist ouderengeneeskunde of specialist ouderengeneeskunde. De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op het geriatrisch assessment, ook als geen ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden;
3. De zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.

**Geriatrische revalidatie**

Geriatrische revalidatie richt zich op kwetsbare ouderen die een medisch specialistische behandeling ondergaan. Bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte, botbreuk of voor een nieuwe knie of heup. Deze oudere cliënten hebben behoefte aan een multidisciplinaire revalidatiebehandeling die aan hun individuele herstelmogelijkheden en trainingstempo is aangepast en rekening houdt met eventuele andere aandoeningen (complexe multimorbiditeit). Doel is om hen te helpen terugkeren naar de thuissituatie en maatschappelijk te blijven deelnemen.

**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 multidisciplinair team van deskundigen op het gebied van geriatrische revalidatie onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde.