

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, vertegenwoordigd door C te D, en Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, vertegenwoordigd door B. Megens te Rotterdam
Zaak	: EU/EER, Spanje, geneeskundige zorg, interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie, post-commotioneel syndroom, whiplash, stand van de wetenschap en praktijk, stepped care, verwijzing
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer	: 202200653
Zittingsdatum	: 30 november 2022 en 25 januari 2023

1. Partijen

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

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door B. Megens te Rotterdam.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 13 april 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 24 juni 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 12 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 20 augustus 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 13 oktober 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022033556) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 17 oktober 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Aanvankelijk is door de commissie een hoorzitting gepland op 30 november 2022. Op 23 november 2022 heeft de gemachtigde van verzoekster de commissie telefonisch gevraagd of er nog iemand aan de zitting mocht deelnemen. Daarnaar gevraagd heeft zij verklaard dat het de psychotherapeut van verzoekster betrof. De naam zou zij nog opvragen en aan de commissie doorgeven. De commissie heeft diezelfde dag aan de ziektekostenverzekeraar doorgegeven dat de psychotherapeut van verzoekster ook aan de zitting zal deelnemen. Bij e-mailbericht van donderdag 24 november 2022 heeft de gemachtigde van verzoekster aan de commissie doorgegeven dat twee personen van TopzorgGroep en Medifit Reha aan de zitting zouden gaan deelnemen. Een kopie van dit e-mailbericht heeft commissie eerst op 30 november 2022, kort voor de geplande hoorzitting, aan de ziektekostenverzekeraar kunnen sturen (wegens afwezigheid van de betrokken secretaris in de dagen vanaf 24 november 2022) en hierbij vermeld dat twee behandelaren van verzoekster aan de zitting zullen deelnemen. De gemachtigde van de ziektekostenverzekeraar heeft bij aanvang van de zitting bezwaar gemaakt tegen de omstandigheid dat deze twee behandelaren aan de hoorzitting deelnemen. Dit is te laat doorgegeven en strijdig met de procedureregels van de commissie. Als hij eerder had geweten dat dit het geval was, had hij zich willen laten bijstaan door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. De commissie heeft daarop, na een korte schorsing en intern beraad, besloten de inhoudelijke behandeling van de zaak te verplaatsen naar de eerst mogelijke datum waarop de commissie in dezelfde samenstelling een zitting kon houden, te weten: 25 januari 2023. Met partijen is afgesproken dat ieder van hen haar pleitaantekeningen voorafgaande aan deze nieuw geplande zitting aan de commissie toestuurt, en dat de commissie vervolgens, kort voor aanvang van de zitting, een kopie hiervan aan de wederpartij zal sturen. Aldus is geschied.

- 2.5. Verzoekster heeft op 21 december 2022 en 29 december 2022 aanvullende stukken aan de commissie gezonden, die kort daarna aan de ziektekostenverzekeraar zijn gestuurd. Ook heeft verzoekster op 21 december 2022 de pleitnota aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 24 januari 2023 ('s middag, kort voor aanvang van de zitting) aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 januari 2023 een pleitnota aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 24 januari 2023 ('s middags, eveneens kort voor aanvang van de zitting) aan verzoekster gezonden.
- 2.6. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 januari 2023 door de commissie gehoord. Namens verzoekster is het woord gevoerd door de CEO van TopzorgGroep, en namens de ziektekostenverzekeraar door diens gemachtigde. Namens verzoekster is bij wege van repliek gereageerd (hierna: Repliek). Op uitdrukkelijk verzoek van de voorzitter van de commissie is namens verzoekster toegezegd dat (1) dit schriftelijke stuk integraal zal worden voorgelezen, tenzij uitdrukkelijk wordt opgemerkt dat een of meer gedeelten hiervan worden overgeslagen, en (2) dat terstond na afloop van de zitting de voorgelezen gedeelten van dit stuk, dus met weglating van de eventueel overgeslagen gedeelten, zal worden toegezonden aan de commissie. Tijdens het voorlezen van de Repliek is ten minste eenmaal te kennen gegeven dat een gedeelte van het schriftelijke stuk wordt overgeslagen. Partijen hebben over en weer op elkaars stellingen gereageerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.7. De CEO van TopzorgGroep heeft na de zitting, anders dan ter zitting afgesproken, de gehele Repliek aan de commissie gestuurd, dat wil zeggen dat hierin niet was geschrapd het gedeelte dat door hem, ter zitting expliciet benoemd, bij het voorlezen was overgeslagen. Daarnaast is bij dezelfde gelegenheid nog een ander stuk, inclusief verdere toevoegingen hierop, aan de commissie gezonden. Deze manier van handelen is strijdig met de goede procesorde, want in afwijking van hetgeen ter zitting uitdrukkelijk tussen commissie en partijen is afgesproken. Bovendien vormt zij een inbreuk op het - ook in een procedure als de onderhavige toepasselijke fundamentele processuele - beginsel van hoor en wederhoor, omdat de aldus namens verzoekster toegezonden stukken niet integraal tijdens de zitting zijn uitgesproken c.q. aan de orde zijn geweest en de ziektekostenverzekeraar op het niet-voorgelezen gedeelte dan ook niet heeft kunnen reageren. Bij brief van 9 februari 2023 is (de gemachtigde van) verzoekster over een en ander, namens de commissie, geïnformeerd. Bij diezelfde gelegenheid is aan verzoekster (i.e. de CEO van TopzorgGroep) nogmaals, in lijn met de ter zitting van 25 januari 2023 uitdrukkelijk gemaakte afspraken, verzocht de aangepaste Repliek, dus alleen hetgeen daadwerkelijk tijdens de zitting is voorgelezen, toe te zenden. In reactie hierop - en in afwijking van het namens de commissie gedane verzoek van 9 februari 2023 - heeft verzoekster op 16 februari 2023 een geheel nieuwe versie van de spreekantekeningen aan de commissie gestuurd. De commissie heeft een kopie van deze laatste versie op 23 februari 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 maart 2023 tegen deze gang van zaken - en dus tegen toelating van het desbetreffende stuk - bezwaar gemaakt, omdat dit stuk nieuwe stellingen bevat waarop de ziektekostenverzekeraar niet heeft kunnen reageren. De commissie heeft dit bezwaar gehonoreerd, omdat het - in de ogen van de commissie minst genomen, eigenzinnige - optreden van de vertegenwoordiger van verzoekster (wederom) strijdig is met de goede procesorde, met als consequentie dat de in strijd met de eerder gemaakte afspraken ter zitting van 25 januari 2023 nadien door of namens verzoekster toegezonden stukken, die naar inhoud afwijken van hetgeen ter zitting is uitgesproken, buiten beschouwing worden gelaten.
- 2.8. Door het hiervoor uiteengezette optreden van de vertegenwoordiger(s) van verzoekster heeft de behandeling van het verzoek veel langer geduurd en heeft het meer tijd gekost om tot een beslissing te komen dan de commissie gewoon is. De commissie begrijpt ten volle dat dit voor verzoekster een vervelende ervaring is, maar een en ander valt de commissie - die het beginsel van hoor en wederhoor dient te respecteren - niet toe te rekenen en is (grotendeels) een gevolg van het optreden van haar vertegenwoordiger(s). Anders dan verzoekster in de brief van 6 juli

2023 lijkt te stellen, kan evenmin het Zorginstituut een verwijt worden gemaakt dat het voor het finaliseren van zijn voorlopig advies, gelet op hetgeen ter zitting door partijen (en dus ook door verzoekster) naar voren is gebracht, een periode van - te rekenen van de ontvangst van de aantekeningen van de hoorzitting en de aanvullende stukken bij brief van 12 april 2023 (zie hierna onder 2.9) - twee maanden (verzoekster vermeldt in de brief van 6 juli 2023 onder het kopje 'Tot slot' ten onrechte een termijn van vier maanden) nodig had.

- 2.9. De zo-even uiteengezette procedurele vertraging heeft ertoe geleid dat de aantekeningen van de hoorzitting en de aanvullende stukken (voor zover deze zijn toegelaten tot de procedure) eerst op 12 april 2023 aan het Zorginstituut zijn gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 13 oktober 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 13 juni 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Daarnaast is het Zorginstituut, op verzoek van de commissie, ingegaan op de stellingen ter zitting van de CEO van Topzorg Groep.
- Een kopie van het definitieve advies is op 13 juni 2023 aan partijen gestuurd, waarbij zij de mogelijkheid hebben gekregen binnen 14 dagen hierop te reageren. Verzoekster heeft om verlenging van deze termijn verzocht en dit uitstel is door de commissie verleend. Verzoekster heeft bij brief van 6 juli 2023 gereageerd.
- Verzoekster heeft enkele bijlagen bij haar brief gevoegd, waaronder, naar de commissie aanneemt - van de desbetreffende bijlage wordt in de begeleidende brief namelijk geen melding gemaakt - de eerder geweigerde Repliek. De commissie had al eerder besloten dit stuk (dus inclusief de tijdens de hoorzitting op 25 januari 2023 niet-voorgelezen gedeelten) niet toe te laten, en noch uit de brief van 6 juli 2023 noch anderszins is gebleken van omstandigheden die de commissie ertoe nopen op haar eerdere beslissing tot niet-toelating, gelet op de goede procesorde, terug te (moeten) komen. Het is om deze reden dat de commissie van de bij de desbetreffende brief gevoegde bijlagen de ongevraagd toegestuurde pleitnota (wederom) niet toelaat tot de procedure en daarop dan ook geen acht slaat. Verzoekster is hierover geïnformeerd bij brief van 24 juli 2023. Een kopie van de brief van verzoekster is op 24 juli 2023, samen met de daarbij gevoegde bijlagen (met uitzondering van voornoemde pleitnota), ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend *** (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. In oktober 2019 is bij verzoekster een ladder tegen het hoofd gevallen, waardoor zij een hersenschudding en een whiplash heeft opgelopen. Sindsdien heeft zij klachten en vanaf februari 2020 zijn deze zodanig dat zij volledig is uitgevallen op haar werk en privé. In oktober 2021 heeft zij zich gewend tot Medifit Reha te Moraira, Spanje, voor een ambulante multidisciplinaire revalidatietraject. Bij de ziektekostenverzekeraar is hiertoe een aanvraag ingediend.
- 3.3. Bij brief van 16 september 2021 heeft de huisarts over verzoekster verklaard:

"Graag uw hulp bij de langdurige klachten van bovenstaande patiënte na een hersenschudding. Zij heeft dagelijks forse klachten, is zeer beperkt belastbaar en er is snel sprake van overprikkeling. Zij heeft al op diverse manieren hulp gezocht en actief aan haar herstel gewerkt, helaas zijn er nauwelijks vorderingen. Patiënte zal informatie meenemen over welke specialisten en therapieën zij reeds heeft geprobeerd."

- 3.4. In de aanvraag van 7 oktober 2021 heeft de behandelend arts in Spanje, voor zover hier van belang, over verzoekster verklaard:

"Instabiliteit hoog cervicaal atlas-axis C1-C2. Dit ten gevolge van een whiplashtrauma. Sinds het ongeval lijdt zij aan cervicale pijn, overgevoeligheid voor visuele prikkels, klachten met beweging tegen de zwaartekracht in van het hoofd en overgevoeligheid geluid en oververmoeidheidsklachten.

Deze klachten beletten haar Activiteiten van het Dagelijks Leven uit te voeren. Ze heeft haar werk, haar vrijetijdsbesteding en lichaamsbeweging moeten staken en heeft haar deelname aan sociale activiteiten en ADL's in het algemeen zeer sterk verminderd. Thuis helpt haar partner haar met alle zelfzorgtaken en doet voor haar het huishouden omdat zij nu niet kan koken. Mevrouw brengt het grootste deel van de dag liggend of rustend door. Maar ze heeft moeite om in slaap te vallen, in slaap te blijven en uit te rusten.

Haar voornaamste huidige probleem is hoofdpijn, toegenomen vermoeidheid, overgevoeligheid voor prikkels, gevoel van gevoelloosheid en pijn in de cervicale, occipitale, pariëtale en frontale regio's. Ze associeert misselijkheid en duizeligheid, vooral wanneer de pijn heviger is. Ze meldt ook veel pijn en spanning in de trapezius musculatuur en de rest van de rug, ook in de lumbale regio die uitstraalt naar de onderste ledematen. Moeite om 's nachts in slaap te vallen. Moeite met concentratie en geheugenproblemen. De patiënte is zeer gemotiveerd om aan haar gezondheid te werken. Haar belangrijkste doel is om haar dagelijkse leven zonder pijn te kunnen leiden zodat ze haar ADL en werk weer op kan pakken en haar hobby's en sportactiviteiten weer kan beoefenen."

en,

"Voor mevrouw is het noodzakelijk een integraal multidisciplinair poliklinisch revalidatieprogramma te volgen van 8 weken, dit omdat stepped-care niet doeltreffend is gebleken en de klachten al langdurig aanwezig zijn zonder verbetering. De behandelbare grootheden van de revalidatie zijn het verbeteren van haar cervicale instabiliteit, het verbeteren van haar houding, het verminderen van haar hoofdpijn en de cervicale en dorsale pijn, het verminderen van spierspanning, het verbeteren van haar fysieke en mentale balans, het aanreiken van psychologisch advies met psychotherapie om integratie in het normale dagelijkse leven te verbeteren. Revalidatie is zeer noodzakelijk om haar levenskwaliteit te verbeteren, die op dit moment erg aangetast is. Verbeteren van de belastbaarheid is noodzakelijk om uit de vicieuze cirkel te komen waar mevrouw in terecht is gekomen. De therapie is een combinatie van interdisciplinaire revalidatiegeneeskunde met fysiotherapie, manuele therapie, ergotherapie, psychotherapie, houdingstherapie, revalidatie therapie in de oefenzaal en zwembad."

- 3.5. Verzoekster is van 11 oktober 2021 tot 3 december 2021 bij Medifit REHA te Moraira ambulantly behandeld.
- 3.6. Bij brief van 19 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor de behandeling bij Medifit REHA te Moraira wordt afgewezen.
- 3.7. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 26 oktober 2021 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 29 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.8. Bij brief van 13 oktober 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.9. Bij brief van 13 juni 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

4. Standpunt verzoekster

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten te vergoeden van de ambulante behandeling bij Medifit Reha te Moraira, ten bedrage van totaal € 12.858,45.

4.2. In dat verband heeft zij gesteld dat bij haar sprake is van een post-commotioneel syndroom en een whiplash. In tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar beweert, zijn dit indicaties voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie. Voorts is - in afwijking van hetgeen de ziektekostenverzekeraar beweert - wél voldaan aan de voorwaarde van stepped care. Verzoekster volgde na het ongeval verschillende behandeltrajecten in de eerste lijn, helaas zonder blijvend resultaat. Zo onderging zij behandelingen (kaak)fysiotherapie, ergotherapie, dry needling, psychotherapie, massage en triggerpointtherapie. Ook bezocht zij de hersenschuddingpoli. Ook aan de eis van een verwijzing is voldaan. Verzoekster verwijst naar de brief van de huisarts van 16 september 2021, en licht toe dat zij van Medifit Reha had begrepen dat het niet gebruikelijk is een verwijzing mee te sturen met de aanvraag. Om die reden is hiervan afgezien.

Volgens verzoekster is de in Spanje gevolgde behandeling reguliere interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie, en bestond deze uit diverse vormen van fysiotherapie, ergotherapie, en psychologische zorg. Zij heeft bij de behandeling veel baat gehad.

Verzoekster merkt nog op dat zij van de ziektekostenverzekeraar meer ondersteuning had verwacht. Deze is haar in de afgelopen twee jaar echter niet geboden.

4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat in de toelichting bij het Bzv staat: *"Staat eenmaal vast dat een vorm van onderzoek of behandeling gebruikelijk is, dan is daarmee het opgenomen zijn in het verzekeringspakket een gegeven."* Dit geldt ook voor de - bij verzoekster vastgestelde - diagnose post-commotioneel syndroom. In het geval de ziektekostenverzekeraar of het Zorginstituut niet kan bewijzen dat interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie werkt bij deze indicatie, betekent dit niet dat deze zorg ineens niet meer tot het verzekerde pakket behoort, omdat het niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Niet bewezen is, aldus verzoekster, niet hetzelfde als bewezen niet. Verzoekster benadrukt dat de mening van de beroepsgroep bepalend is en dat de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut moeten volgen. Volgens het 'Standpunt Medisch Specialistische Revalidatie uit 2015 van het Zorginstituut blijkt dat interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie bij een post-commotioneel syndroom behoorde tot het verzekerde pakket. Verzoekster verwijst hierbij naar punt 2.2.4 op pagina 11 van voornoemd standpunt: *"Somatische aandoeningen van het centraal zenuwstelsel (...) die leiden tot ingrijpende stoornissen en beperkingen in de communicatie en/of cognitie/gedrag, ook als defecten in bewegingsvermogen niet (meer) aanwezig zijn."*

Verder verwijst verzoekster naar het afgebroken Zorgadvies Traject over het post-commotioneel syndroom uit januari 2022. Hierin staat dat de beroepsgroep VRA op 7 januari 2022 heeft verklaard: *"Het feit dat de behandeling (nog) niet bewezen effectief is, betekent niet dat het geen effectieve behandeling is. Naar mening van de VRA (en patiënten) hebben mensen met PCS, mits goed geïndiceerd, baat bij de revalidatiebehandeling met name daar waar gaat om participatie in gezin en werk. (...)"*

Voorts is verzoekster van mening dat zij ook op grond van de indicatie 'chronische pijn' aanspraak had op interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie. Dit gezien haar klachtenbeeld. Zij merkt hierbij op dat de diagnose de ernst van de klachten bepaalt, niet de indicatiestelling voor medisch specialistische zorg.

Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie bij de indicatie post-commotioneel syndroom wél vergoedt in het geval deze zorg wordt afgenomen bij een gecontracteerde zorgaanbieder.

Verzoekster heeft ter zitting benadrukt dat het na het ongeval niet goed met haar ging. Zij voelde zich naar, had pijn en kon bijna niets doen. Haar partner en vrienden zijn op zoek gegaan

naar een behandeling en hebben uiteindelijk de behandeling in Spanje gevonden. Gelukkig heeft verzoekster daar een stap vooruit kunnen maken, maar zij is er nog steeds niet.

De ziektekostenverzekeraar is volgens verzoekster onvoldoende deskundig op het gebied van (de indicatiestelling voor) IMSR. Bovendien ligt het primaat op dit gebied bij de behandelend arts.

Verzoekster benadrukt dat de indicatiestelling en daaropvolgende behandeling voldoen aan de normen van de beroepsgroep en aan de stand van de wetenschap en praktijk.

- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.
- 4.5. In haar brief van 6 juli 2023 voert verzoekster aan dat het advies van het Zorginstituut is gebaseerd op een eerder advies van 20 mei 2021. Het Zorginstituut gaat in zijn definitief advies niet in op het argument van de CEO van de TopZorgGroep dat het eerdere advies (van 20 mei 2021) niet tot een nieuw breed gedragen standpunt heeft geleid. Er is volgens het Zorginstituut geen nieuwe informatie beschikbaar ten opzichte van het advies van 20 mei 2021. Verzoekster heeft verschillende documenten naar de commissie gestuurd en ook is door de CEO van de TopZorgGroep bepleit dat deze documenten er wel degelijk zijn. Verzoekster voert voorts aan dat het Zorginstituut in zijn definitieve advies alleen ten algemene heeft uitgelegd hoe de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk wordt meegenomen, maar niet is ingegaan op hoe deze wordt beoordeeld in de specifieke casus van verzoekster. Volgens verzoekster stelt het Zorginstituut ten onrechte dat de diagnose WAD (Whiplash Associated Disorder) niet is onderbouwd. Verzoekster vervolgt dan met de opmerking: *"Iedereen waarbij PCS is gediagnostiseerd heeft ook altijd de diagnose WAD. Dit zou ook automatisch een indicatiestelling voor PCS moeten geven."* Het Zorginstituut wekt, aldus verzoekster, de indruk van mening te zijn dat het dossier van verzoekster niet op orde is. Over de werkwijze van de ziektekostenverzekeraar wordt niet gesproken. Verzoekster wordt als patiënt het verwijt gemaakt dat het dossier niet op orde zou zijn, iets waar zij geen invloed op heeft. Zij had hier beter over geïnformeerd moeten worden door de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft, aldus nog altijd verzoekster, aan haar onzorgvuldige en foutieve informatie verstrekt. Verzoekster verwijst naar het arrest door het Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden van 30 mei 2023 (ECLI:NL:GHARL:2023:4604). Op grond hiervan is verzoekster van oordeel dat de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar de indicatiestelling van de revalidatiearts als uitgangspunt had moeten nemen. *"Bij een verschil van inzicht kan niet worden volstaan met de afwijzing van de aanvraag om de enkele reden dat er volgens de medisch adviseur geen sprake is van onvoldoende complexiteit of een onvoldoende toepassing van stepped care. Het is niet aan de medisch adviseur om de bevindingen en conclusies van de huisarts inhoudelijk te toetsen, en bij beoordeling van de door de medisch adviseur opgevraagde huisartsenjournaals en de behandelverslagen uit de eerste lijn is de medisch adviseur in zoverre beperkt, dat de verslagen van die behandelaars niet zijn opgesteld ter onderbouwing van de noodzaak tot revalidatiezorg."*

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de in Spanje ondergane behandeling. In dat kader heeft hij, onder verwijzing naar de artikelen A.2.4 en A.1.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering, gesteld dat een post-commotioneel syndroom en een whiplash geen medische indicaties zijn voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie. Dit blijkt uit een tweetal adviezen van het Zorginstituut, gepubliceerd op www.skgz.nl.

De eerder door de ziektekostenverzekeraar aangevoerde afwijsgonden, te weten het ontbreken van een voorafgaand stepped care-traject en het ontbreken van een verwijzing, behoeven geen verdere toelichting, nu de behandeling bij de gegeven indicaties niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Wel merkt de ziektekostenverzekeraar nog op dat naar de mening

van zijn medisch adviseur in het behandelplan veel therapieën worden genoemd die niet tot de verzekerde zorg behoren.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de aanvraag is afgewezen, omdat (i) interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie bij de indicatie post-commotioneel syndroom niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en (ii) niet navolgbaar is dat verzoekster is aangewezen op interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie, omdat geen sprake is van aantoonbare schade aan het brein en de revalidatiearts niet inzichtelijk heeft gemaakt waarom de problematiek van verzoekster moet worden ingeschat in ernstklasse WPN-3 of WPN-4. Het is derhalve niet navolgbaar dat sprake is van ernstige en samenhangende problematiek.
- Door het Zorginstituut is bevestigd dat interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie bij de diagnose post-commotioneel syndroom, waarbij geen hersenletsel is aangetoond op beeldvormend onderzoek, niet behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk. Daarnaast is de diagnose 'WAD' niet onderbouwd en de klachten van verzoekster kunnen niet worden aangemerkt als complex en samenhangend.
- Bij de beoordeling of een behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk kan ook gebruik worden gemaakt van consensusdocumenten van de beroepsgroep, maar dan moet wel aan bepaalde eisen zijn voldaan. Eén van die voorwaarden is dat verder wetenschappelijk onderzoek de kwaliteit van het beschikbare bewijs niet kan verbeteren. Aan deze voorwaarde is hier niet voldaan.
- De ziektekostenverzekeraar merkt op dat als een revalidatiearts een indicatie voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie heeft gesteld, dit niet betekent dat ook is voldaan aan de verzekeringsvoorwaarden.
- De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie bij de indicatie post-commotioneel syndroom ook niet wordt vergoed in het geval deze zorg wordt afgenomen bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Bij gecontracteerde zorgaanbieders wordt dit achteraf gecontroleerd.

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

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 13 oktober 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Interdisciplinaire Medische Specialistische Revalidatie (iMSR) is zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden aan patiënten die aan specifieke indicatievoorwaarden voldoen. Deze zijn beschreven in het standpunt van het Zorginstituut uit 2015.

De huisarts heeft verzoekster verwezen wegens aanhoudende klachten na een hersenschudding, ofwel een post-commotioneel syndroom (PCS). In een eerder geschil heeft het Zorginstituut het standpunt ingenomen, dat de PCS geen indicatie vormt voor een iMSR-behandeling, omdat deze indicatie-interventiecombinatie niet voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk.

Naast de diagnose PCS hanteert de revalidatiearts de diagnose WAD (whiplash associated disorder). Echter in de huisartsverwijzing, waarbij ook een dossier uitdraai is bijgevoegd van de klachten na de trauma met de ladder die tegen het hoofd van verzoekster is gevallen, is alleen sprake van een hersenschudding en wordt nergens melding gemaakt van whiplash klachten. In de brief van de fysiotherapeut d.d. 2 oktober 2021, over de behandeling tussen 2019 en 2021, zijn wel whiplashklachten genoemd zonder verdere onderbouwing. De klachten waarvoor verzoekster is behandeld zijn nekpijn en hoofdpijn, later ook rugpijn. De revalidatiearts benoemt

in de intakerapportage dat er sprake zou zijn van instabiliteit hoog cervicaal atlas-axis C1-C2, ten gevolge van een whiplashtrauma. Er is geen informatie beschikbaar met betrekking tot de onderbouwing van deze diagnose, noch welke klachten daarbij horen en hoe ernstig deze zijn. Aangezien WAD behoort tot de categorie van chronische pijn syndromen, zou ook de WPN classificatie van toepassing moeten zijn, omdat iMSR alleen geïndiceerd is bij de ernstigste gradaties. Hierover is in het dossier geen informatie beschikbaar. De revalidatiearts maakt melding van hoofdpijn, vermoeidheid en concentratiestoornissen, maar de ernst daarvan wordt niet geobjectiveerd. In een eerder vergelijkbaar geschil heeft het Zorginstituut aangegeven dat in het standpunt van het Zorginstituut 'Medisch-specialistische revalidatie; zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden' (2015) en de nota indicatiestelling medisch specialistische revalidatie van de Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) uit 2016 is beschreven wanneer [er] sprake is van een indicatie voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie. In dit standpunt worden ook de doelgroepen voor interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie benoemd. Chronische hoofdpijn valt niet onder een van deze doelgroepen. Uit de in het dossier beschikbare informatie is niet gebleken dat er sprake is van de indicatie 'sensitisatie bij chronische pijn die leidt tot ingrijpende stoornissen en beperkingen in de communicatie en cognitie/gedrag, ook als defecten in het bewegingsvermogen niet (meer) aanwezig zijn.' Er is helemaal geen sprake geweest van stoornissen in het bewegingsvermogen. Er zijn wel cognitieve stoornissen en hoofdpijnen omschreven, maar de ernst daarvan wordt niet goed duidelijk.

Sensitisatie bij pijnklachten kan leiden tot een verhoogde pijnervaring van de in het lichaam gelokaliseerde pijnklachten. Hoofdpijn in engere zin is geen uiting van sensitisatie. In de NHG Standaard Hoofdpijn komt interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie niet voor als behandeloptie voor hoofdpijn. Naast de hoofdpijn heeft verzoekster ook last van nekpijn, maar deze klachten staan zeker niet op de voorgrond en er is geen verdere informatie over beschikbaar. Deze klachten zouden onder één van de doelgroepen voor iMSR kunnen vallen, mits deze klachten aanleiding zijn voor ingrijpende beperkingen van zowel het bewegingsvermogen als het niveau van activiteiten en participatie. Of de beperkingen in het bewegingsvermogen ingrijpend zijn is op grond van de zeer beperkte informatie in het dossier hierover niet te beoordelen. Er is wel sprake van ingrijpende beperkingen van het niveau van activiteiten en participatie (o.a. afwezige arbeidsparticipatie), maar deze lijken vooral samen te hangen met de chronische hoofdpijn, vermoeidheid en cognitieve problemen.

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat iMSR, bij de diagnose hersenschudding/PCS, waarmee verzoekster is verwezen naar de revalidatiearts, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit is in een eerder geschil vastgesteld. De revalidatiearts heeft ook nog een andere diagnose gesteld, zonder verdere onderbouwing, namelijk WAD. Op grond van de beschikbare informatie kunnen de hierbij horende summier beschreven klachten van verzoekster niet aangemerkt worden als dermate complex en samenhangend, dat iMSR is aangewezen. De indicatiestelling is op zich ook onduidelijk, omdat bij verzoekster weliswaar enige nekpijn is vastgesteld, maar de andere klachten die bij PCS horen duidelijk op de voorgrond staan."

- 6.2. In het definitief advies van 13 juni 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"(...)

Op uw verzoek gaat het Zorginstituut nog in op de stellingen van [naam van de CEO van Topzorg Groep]. Het Zorginstituut beperkt zich hierbij tot hetgeen relevant is voor de beoordeling van het geschil.

In het advies van het Zorginstituut van 20 mei 2021 is geconcludeerd dat op grond van het Standpunt Medisch Specialistische Revalidatie uit 2015 niet is vast te stellen dat PCS niet onder de (voor dat geschil) relevante doelgroep van medisch-specialistische revalidatie valt. Het Zorginstituut heeft in dat advies een literatuuronderzoek uitgevoerd en geconcludeerd dat interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (iMSR) bij PCS waarbij geen hersenletsel is aangetoond niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In het voorlopig advies

concludeert het Zorginstituut - met verwijzing naar dit eerdere advies - dat IMSR bij de diagnose hersenschudding/PCS, waarmee verzoekster is verwezen naar de revalidatiearts, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut merkt hierbij ter verduidelijking en in reactie op de stellingen op dat in deze laatste conclusie de toevoeging 'waarbij geen hersenletsel is aangetoond' niet is opgenomen, maar dat geldt dat bij de diagnose PCS geen sprake is van hersenletsel (Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH)).

Het Zorginstituut merkt in aanvulling op het bovenstaande op dat de richtlijnen van de beroepsgroepen zijn meegenomen in de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk van IMSR bij PCS. In het advies van 20 mei 2021 heeft het Zorginstituut het Behandelkader Traumatisch Hersenletsel uit 2013 - dat als richtlijn kan worden gezien - en de nota indicatiestelling medisch specialistische revalidatie van de Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) uit 2016 - die als richtlijn geldt voor de indicatiegroepen waarvoor revalidatieartsen zorg kunnen aanbieden - betrokken.

Voor wat betreft de stelling dat verzoekster in aanmerking kan komen voor een IMSR indicatie chronische pijn, conform haar klachtenbeeld, is de conclusie in het voorlopig advies dat de diagnose WAD niet is onderbouwd. De hierbij horende klachten zijn zodanig summier beschreven dat deze niet aangemerkt kunnen worden als dermate complex en samenhangend dat IMSR is aangewezen.

U vraagt ons naar de ontwikkeling van het beoordelingskader / standpunt van het Zorginstituut. De actualisering van het standpunt medisch-specialistische revalidatie uit 2015 is nog niet vastgesteld. Het actuele beoordelingskader 'Beoordeling Stand van de Wetenschap en praktijk 2023' is van 11 april 2023.

Tot slot vraagt u hoe bewijs van lagere orde (de praktijk, plegen te bieden, mening van de beroepsgroep) wordt meegenomen bij de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk. In de actualisering van het beoordelingskader 'Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023' is de werkwijze beschreven van de toetsing van het wettelijk criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. In paragraaf 1.3 wordt uitgelegd hoe de criteria van de stand van de wetenschap en van hetgeen in een betrokken vakgebied geldt als verantwoordelijke en adequate zorg en diensten worden gebruikt in pakketbeoordelingen. (...)"

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.18.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering, welke bepaling via C, Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen, ook van toepassing is op de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische revalidatie 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.

Zorgverzekering

- 8.2. Op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval Spanje - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt, en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. De verordening blijft in beginsel buiten beschouwing als de verzekerde geen toestemming vraagt. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05). In het arrest Elchinov (C-173/09) heeft het Europese Hof van Justitie echter beslist dat sprake kan zijn van bijzondere omstandigheden, op grond waarvan van een verzekerde niet kan worden verwacht dat vooraf toestemming wordt gevraagd of dat de toestemming wordt afgewacht.

De commissie overweegt dat in het onderhavige geval de aanvraag is gedateerd op 7 oktober 2021 en dat de ambulante behandeling reeds op 11 oktober 2021 is gestart. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar aldus geen redelijke termijn gegund om de aanvraag te beoordelen en hierop te beslissen. Er is niet gebleken van bijzondere omstandigheden waardoor verzoekster geen tijdig verzoek om toestemming kon indienen. Dit betekent dat de verordening verder buiten beschouwing blijft en dat de aanspraak op vergoeding moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 8.3. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat een post-commotioneel syndroom en een *whiplash* geen medische indicaties zijn voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie. Hierbij is door hem verwezen naar artikel A.1.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering, waarin is bepaald dat inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, en naar adviezen van het Zorginstituut ingevolge artikel 114 Zvw in eerdere procedures over dit zelfde onderwerp. Verzoekster heeft dit standpunt bestreden.

De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd om een advies over de vraag of interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie bij een post-commotioneel syndroom onderscheidenlijk een *whiplash* overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet-bindend voor de commissie.

- 8.4. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (de zgn. Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 8.5. Het Zorginstituut heeft de zorg die thans in geschil is, beoordeeld. In het voorlopig advies van 13 oktober 2022 is het Zorginstituut tot de conclusie gekomen dat interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie bij een post-commotioneel syndroom niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ten aanzien van de diagnose Whiplash Associated Disorder (WAD) wordt opgemerkt dat een behoorlijke onderbouwing ontbreekt. Op grond van de beschikbare informatie kunnen, aldus het Zorginstituut, de hierbij behorende summier beschreven klachten van verzoekster niet aangemerkt worden als dermate complex en samenhangend, dat interdisciplinaire

medisch specialistische revalidatie is aangewezen. Daarom adviseert het Zorginstituut tot afwijzing van het verzoek. De commissie ziet geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit over. Verzoekster heeft haar standpunt, dat interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie bij een post-commotioneel syndroom wél overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk, niet aannemelijk gemaakt. Er is derhalve geen sprake van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Ook heeft zij geen verdere onderbouwing van de diagnose WAD geleverd of aannemelijk gemaakt dat zij, vanwege deze diagnose, op de in het geding zijnde behandeling was aangewezen.

Aan de vraag of is voldaan aan de voorwaarde van stepped care wordt om die reden niet toegekomen. Voorts kan in het midden blijven of sprake is van een - gerichte - verwijzing door de huisarts en of de diverse onderdelen van de behandeling al dan niet als interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie kunnen worden aangemerkt. De aanvraag voor de behandeling in Moraira is terecht afgewezen en verzoekster heeft geen aanspraak op vergoeding van het bedrag van € 12.5858,45 ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen zij heeft aangevoerd over haar persoonlijke situatie, het resultaat van de eerdere behandelingen in de eerste lijn, en het feit dat zij veel baat heeft gehad bij de onderhavige behandeling, kan - hoe vreugdevol dit laatste ook is en de commissie ook uitdrukkelijk tot zich heeft genomen - niet leiden tot een andere uitkomst.

- 8.6. Verzoekster heeft ter zitting nog aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie bij de indicatie post-commotioneel syndroom wel vergoed in het geval deze zorg wordt afgenomen bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Dit is door de ziektekostenverzekeraar weersproken. De commissie overweegt dat verzoekster niet (voldoende) heeft aangetoond dat de ziektekostenverzekeraar inderdaad deze zorg bij deze indicatie vergoed aan gecontracteerde zorgaanbieders. Het is reeds om deze reden dat dit argument wordt gepasseerd en dus geen doel treft.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.7. De aanvullende ziektekostenverzekering (artikel D.4) kent dekking voor spoedeisende zorg in het buitenland, waaronder wordt verstaan zorg die ten tijde van het vertrek niet was te voorzien. In de situatie van verzoekster is hiervan geen sprake, maar betreft het daarentegen juist electieve zorg aangezien zij immers naar Spanje is afgereisd met het doel daar de behandeling te ondergaan. Het verzoek, voor zover gebaseerd op de aanvullende ziektekostenverzekering, wordt om deze reden afgewezen.
- 8.8. Verder heeft verzoekster in haar brief van 6 juli 2023 opgemerkt dat het feit, dat het definitieve advies van het Zorginstituut pas ruim vier maanden na de tweede hoorzitting is uitgebracht, haar verdere herstel niet ten goede komt. Op dit punt verwijst de commissie naar hetgeen hiervoor onder 2 'Verloop van de procedure' is overwogen. Daarbij tekent de commissie aan dat zij alles wat in haar vermogen lag heeft aangewend om, binnen de beschikbare administratieve en agendatechnische mogelijkheden, tot een spoedige beslissing in deze zaak te komen.
- 8.9. In haar brief van 6 juli 2023 heeft verzoekster voorts aangevoerd dat de verslagen van behandelaars niet zijn opgesteld ter onderbouwing van de noodzaak tot revalidatie. Dit maakt het bovenstaande niet anders. Zowel de indicatiestelling als de te volgen behandeling moet zijn af te leiden uit de stukken.

Slotsom

- 8.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 september 2023,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen**1. Wetgeving**

- art. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv

2. Voorwaarden zorgverzekering

- art. 1.2, D.4

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 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 gehemeltepleten, 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.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op:

<https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0018715&hoofdstuk=2¶graaf=1&sub-paragraaf=1.1&artikel=2.2&z=2020-05-09&q=2020-05-09>.

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

A.2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Recht op zorg

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- verzekeringsplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent. Wij kunnen gecontracteerde- en niet-gecontracteerde zorg controleren op rechtmatigheid en doelmatigheid.

A.3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

3.1 Geen recht op zorg als gevolg van bijzondere situaties in Nederland

U heeft geen recht op zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van één van de volgende situaties in Nederland:

- een gewapend conflict;
- een burgeroorlog;
- een opstand;
- binnenlandse onlusten;
- oproer en muitерij.

Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	geen dekking
Aanvullend 1 ster	consulten en vaccinaties: <ul style="list-style-type: none"> • 100% bij een gecontracteerde zorgverlener • maximaal € 75,- per persoon per kalenderjaar bij een niet-gecontracteerde zorgverlener preventieve geneesmiddelen (zoals malariapillen): <ul style="list-style-type: none"> • 100% bij een gecontracteerde apotheek
Aanvullend 2 sterren	consulten en vaccinaties: <ul style="list-style-type: none"> • 100% bij een gecontracteerde zorgverlener • maximaal € 75,- per persoon per kalenderjaar bij een niet-gecontracteerde zorgverlener preventieve geneesmiddelen (zoals malariapillen): <ul style="list-style-type: none"> • 100% bij een gecontracteerde apotheek
Aanvullend 3 sterren	consulten en vaccinaties: <ul style="list-style-type: none"> • 100% bij een gecontracteerde zorgverlener • maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar bij een niet-gecontracteerde zorgverlener preventieve geneesmiddelen (zoals malariapillen): <ul style="list-style-type: none"> • 100% bij een gecontracteerde apotheek
Aanvullend 4 sterren	consulten en vaccinaties: <ul style="list-style-type: none"> • 100% bij een gecontracteerde zorgverlener • maximaal € 125,- per persoon per kalenderjaar bij een niet-gecontracteerde zorgverlener preventieve geneesmiddelen (zoals malariapillen): <ul style="list-style-type: none"> • 100% bij een gecontracteerde apotheek

D.4 Zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van zorg in het buitenland. Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

4.1 Spoedeisende zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg tijdens vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan uw woonland. Het moet gaan om zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien. En het moet gaan om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Deze vergoeding geldt alleen als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering.

Wij vergoeden de kosten voor:

- behandelingen door een huisarts of medisch specialist;
- ziekenhuisverblijf en operatie;
- behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen die een arts heeft voorgeschreven;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige behandelingen voor verzekerden tot 18 jaar.

Let op!

Wij vergoeden tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder alleen, als u een aanvullende tandartsverzekering heeft. Deze kosten vallen onder de aanvullende tandartsverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- De beoordeling of er sprake is van zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en dat het gaat om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is, wordt gemaakt door de medisch adviseurs van Zilveren Kruis of van Zilveren Kruis Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross. Deze beoordeling is bepalend voor de vraag of de zorg voor vergoeding op grond van dit artikel in aanmerking komt.
- Wij vergoeden de kosten alleen, als wij deze ook in Nederland vanuit de basisverzekering zouden vergoeden.
- U moet een ziekenhuisverblijf direct aan ons melden via Zilveren Kruis Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Aanvullend 1 ster	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Aanvullend 2 sterren	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Aanvullend 3 sterren	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Aanvullend 4 sterren	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen