

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. J.J.M. Linders)

Zaaknummer: 202400775

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft in een telefoongesprek op 14 mei 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. In een telefoongesprek op 16 mei 2024 heeft verzoekster een korte toelichting op haar verzoek gegeven. Dit gesprek is, eveneens op 16 mei 2024, schriftelijk door de commissie bevestigd. Diezelfde dag was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 27 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 juni 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 30 juli 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024025749) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 31 juli 2024 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 oktober 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 10 oktober 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 30 juli 2024 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie een vraag gesteld. Bij brief van 27 november 2024 heeft het Zorginstituut de vraag van de commissie beantwoord en meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie hiervan is op 4 december 2024 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij brieven van 9 respectievelijk 22 december 2024 heeft verzoekster hierop gereageerd. Afschriften hiervan zijn op 30 december 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend *** en Aanvullend Tand Basis (hierna tezamen: de

aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

- 2.2. Op 31 maart 2022 heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een klinisch medisch specialistisch revalidatietraject op Curaçao.
- 2.3. Bij brief van 14 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster om aanvullende informatie gevraagd. Op 20 april 2022 heeft verzoekster hierop gereageerd. Bij brief van 3 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster nogmaals om aanvullende informatie verzocht. Op 9 mei 2022 heeft verzoekster hierop gereageerd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 27 mei 2022 bericht dat haar aanvraag voorlopig werd afgewezen. Bij brief van 30 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat het aangevraagde klinisch medisch specialistisch revalidatietraject op Curaçao niet wordt vergoed.
- 2.4. Op 14 juni 2022 heeft een telefoongesprek plaatsgevonden tussen de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar en de behandelend revalidatiearts. Dit telefoongesprek is op 23 juni 2022 door de ziektekostenverzekeraar schriftelijk bevestigd. In deze brief heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 6 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.6. Bij brief van 30 juli 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 27 november 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. **Standpunt verzoekster**

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is toestemming te geven voor een klinisch medisch specialistisch revalidatietraject op Curaçao ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster verklaringen van haar huisarts, neuroloog en revalidatiearts overgelegd waarin haar gezondheidssituatie wordt toegelicht. Verzoekster ervaart al enige jaren pijnklachten. Hierdoor kan zij slechts beperkt bewegen. Ook heeft verzoekster vanwege een hydradenitis prednison gebruikt. Dit heeft geleid tot spierzwakte en krachtverlies. Inmiddels is verzoekster gestopt met het gebruik van dit geneesmiddel, maar dit heeft de spiersterkte niet doen toenemen. Verzoekster ervaart minder energie, moeheid en een toename van de neurologische pijnklachten. Ondanks eerstelijns fysiotherapie en ergotherapie is haar situatie niet verbeterd.
- 3.3. Bij klachtenformulier van 7 april 2024 heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar volledig is voorbijgegaan aan de beoordeling en het advies van de verschillende behandelaars. De huisarts, neuroloog, ergotherapeut, fysiotherapeut en revalidatiearts zijn van oordeel dat een indicatie bestaat voor een klinisch medisch specialistisch revalidatietraject. Bij het stellen van de indicatie hiervoor heeft de behandelend revalidatiearts overlegd met de andere behandelaars. Hiermee is gehandeld volgens de richtlijnen van het Zorginstituut bij het stellen van een indicatie voor medisch specialistische revalidatie. Verzoekster beschikt tevens over een gerichte verwijzing. Er is door multimorbiditeit sprake van complexe met elkaar samenhangende problemen van de functies motoriek en sensoriek. Uit de richtlijnen blijkt dat het juist de deskundigheid van de revalidatiearts is om die factoren te wegen en

om te bepalen wanneer sprake is van een complexe samenhangende problematiek waarvoor interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie is aangewezen.

Verder heeft verzoekster toegelicht dat zij na twee jaar arbeidsongeschiktheid in de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen terecht is gekomen. Zij had reeds een indicatie op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo) en was afhankelijk van verschillende hulpmiddelen. De problemen worden veroorzaakt door aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat.

Volgens verzoekster kan op basis van professionele kennis en ervaring worden verwacht dat de beperkingen kunnen worden voorkomen, verminderd of overwonnen door medisch specialistische revalidatie. Ook is verzoekster (al dan niet binnen afzienbare tijd) in staat om te leren, te trainen en actief deel te nemen aan een revalidatieprogramma.

Verzoekster heeft voorts toegelicht dat er ten tijde van de aanvraag geen plek was in een kliniek in Nederland voor een klinisch medisch specialistisch revalidatietraject. Als dat destijds wel het geval was geweest, dan had verzoekster hier kunnen worden behandeld, zonder dat daarvoor voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig was.

De ziektekostenverzekeraar stelt ten onrechte dat onvoldoende stepped care is toegepast.

Verzoekster heeft in de eerste lijn lange tijd ergotherapie en fysiotherapie gehad, inclusief een maand Eerstelijns verblijf.

Verder heeft verzoekster opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar meer informatie heeft opgevraagd dan op grond van de AVG is toegestaan. Ondanks toezending van gedetailleerde medische verslagen bleef de ziektekostenverzekeraar om meer informatie vragen.

- 3.4. In haar brief van 13 september 2024 heeft verzoekster aangevoerd dat de aanvraag is ingediend vanwege spierzwakte op basis van prednison myopathie en niet vanwege chronische pijn. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster verwezen naar de informatie van haar behandelend artsen.

Volgens de ziektekostenverzekeraar is het onvoldoende navolgbaar dat stepped care heeft plaatsgevonden. Ook zou de eerstelijns fysiotherapie en ergotherapie niet zijn afgerond. Hier is verzoekster het niet mee eens. Het tegendeel blijkt immers uit de door haar overgelegde informatie van de behandelend ergotherapeut en fysiotherapeut.

Verzoekster bestrijdt de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat een discrepantie bestaat in de onderbouwing voor een klinisch revalidatietraject. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de belastbaarheid van verzoekster te laag voor het aangevraagde behandeltraject. Verzoekster heeft toegelicht dat zij al lange tijd wordt behandeld door verschillende artsen. Deze artsen hebben haar uitgebreid gesproken en onderzocht. Zij zijn bekend met de van toepassing zijnde richtlijnen en kunnen inschatten of verzoekster in staat is om een klinisch medisch specialistisch revalidatietraject te doorlopen. Uit de door verzoekster overgelegde verklaringen van de betrokken artsen blijkt dat zij het aangevraagde behandeltraject adviseren. De behandelend revalidatiearts heeft zorgvuldig overwogen en overlegd met andere behandelaren. Uiteindelijk heeft hij geconcludeerd dat verzoekster het aangevraagde behandeltraject kan volgen. Dit is voor verzoekster de enige nog passende goede zorg.

Verder verwijst de ziektekostenverzekeraar ten onrechte naar het standpunt van juni 2023 aangezien de aanvraag is ingediend in 2022. In haar geval is een indicatie gesteld volgens de richtlijn van het Zorginstituut van 22 juni 2015. Voorts geldt dat spierzwakte als gevolg van prednison myopathie als indicatie wordt genoemd in de recentere richtlijnen. In de richtlijn wordt namelijk gesproken van: *"Een aangeboren afwijking of verworven aandoening van het bewegingsapparaat, die leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen. Bij patiënten met een aandoening van het bewegingsapparaat is het probleem primair gelegen in het bewegingsapparaat (spieren/pezen/botten/gewrichten)"*.

Voorts heeft verzoekster aangevoerd dat het Zorginstituut ten onrechte heeft geconcludeerd dat de prednison myopathie is ontstaan door behandeling van een meningeoom. Een meningeoom is een hersentumor die niet met prednison wordt behandeld. De meningeoom is in 2011 operatief verwijderd. Uit haar medisch dossier blijkt dat verzoekster prednison kreeg vanwege haar chronische hidradenitis suppurativa. Verzoekster ervaart sinds de operatie in 2011 lichte pijnklachten aan haar linkerbeen. Deze pijnklachten waren nooit eerder beperkend. Inmiddels is dit wel het geval.

De spierzwakte wegens prednison myopathie is in alle ledematen aanwezig. Het Zorginstituut is, net als de ziektekostenverzekeraar, ten onrechte uitgegaan van de indicatie chronische pijn. Bij verzoekster is de pijn slechts een bijkomende comorbiditeit. Een indicatie vanwege chronische pijn is niet aan de orde.

Verzoekster heeft toegelicht dat zij ook kampt met psychosociale problematiek. Vanwege haar multimorbiditeit en ernstige spierzwakte kan zij slechts enkele meters lopen met een rollator. Ook is zij arbeidsongeschikt geraakt. Tevens speelden er familieomstandigheden gedurende de coronaperiode. Verzoekster heeft lang en hard moeten vechten om de juiste zorg te krijgen. Zij heeft psychosociale ondersteuning nodig gehad en heeft deze ook in de eerste lijn gekregen. Psychotherapie is ook meegenomen in het behandelplan van het revalidatietraject.

- 3.5. Ter zitting heeft verzoekster herhaald dat de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut ten onrechte zijn uitgegaan van de indicatie chronische pijn en de bijbehorende richtlijnen. De behandelend artsen hebben alleen gesproken over de indicatie spierzwakte. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar ten onrechte gebruik gemaakt van de richtlijn van 2023. De aanvraag is namelijk ingediend in 2022 en voor de beoordeling van die aanvraag moet daarom de richtlijn van 2015 worden gebruikt. Zelfs als de richtlijn van 2023 van toepassing is, geldt dat aan de voorwaarden is voldaan. Het Zorginstituut stelt ten onrechte dat de spierzwakte is veroorzaakt door het behandelen van een meningeoom met prednison. Een meningeoom wordt niet behandeld met prednison. Door de ziektekostenverzekeraar wordt steeds aangevoerd dat niet voldoende navolgbaar is dat aan de voorwaarden is voldaan. Tot op heden is niet duidelijk wat hiermee wordt bedoeld. Hier is wel meerdere malen naar gevraagd. Volgens de ziektekostenverzekeraar blijkt uit het dossier dat sprake is van onvoldoende belastbaarheid voor intensieve revalidatie. De ziektekostenverzekeraar kan deze conclusie niet trekken, omdat hij verzoekster nooit heeft gezien. De behandelend artsen en therapeuten kunnen dit wel. Daarbij komt dat het volgens de richtlijnen aan de medisch specialist is om te beoordelen of een verzekerde voldoende belastbaar is. Het behandelplan is volgens de ziektekostenverzekeraar te summier. Hiervoor geldt dat een behandelplan niet hetzelfde is als een revalidatieplan. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar nooit aangegeven welke aanvullende informatie nodig is. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat is voldaan aan de eisen van stepped care. Uit haar brief van 13 september 2024 blijkt welke behandelingen zij heeft ondergaan. De behandelend ergotherapeut en fysiotherapeut hebben alles geprobeerd. Op een gegeven moment bleek dat deze behandelingen tevergeefs waren. De belastbaarheid nam af omdat er geen structurele aanpak kon worden geboden. De problematiek moest multidisciplinair worden aangepakt. Een intensief en op maat gemaakt revalidatietraject is daarom de beste keuze. De behandelingen bij de ergotherapeut en fysiotherapeut hebben voortgeduurd tot de kans kwam om een medisch specialistisch revalidatietraject te volgen. In het verleden heeft de ziektekostenverzekeraar nooit informatie opgevraagd over psychologische begeleiding. Dergelijke begeleiding wordt ook niet genoemd als voorwaarde bij de indicatie spierzwakte. Dit is wel het geval bij chronische pijn. De verschillende indicaties hebben dus verschillende voorwaarden. Bij de indicatie chronische pijn zijn de voorwaarden heel streng. Ondanks dat psychologische begeleiding geen vereiste is bij de indicatie spierzwakte, heeft deze wel plaatsgevonden. Uit het overgelegde behandelplan blijkt duidelijk dat het traject twee maanden zou duren. Ook voor het behandelplan geldt dat de ziektekostenverzekeraar nooit heeft aangegeven welke informatie nog nodig was van het revalidatiecentrum. Het is pijnlijk en onrechtvaardig dat de ziektekostenverzekeraar hierover nooit duidelijkheid heeft geboden.

- 3.6. In haar brief van 2 december 2024 heeft verzoekster opgemerkt dat haar diagnose volgens het Zorginstituut wel onderdeel is van de indicatiegroepen die zijn benoemd in de richtlijnen. Volgens het Zorginstituut dient voor het stellen van de indicatie, behalve naar de diagnose, ook naar de ernst en complexiteit van de situatie te worden gekeken. Verzoekster heeft in dit verband verwezen naar haar brief van 13 september 2024 en hetgeen ter zitting is besproken. In voornoemde brief wordt verwezen naar hoofdstuk 4.3 van de richtlijnen voor Medisch Specialistische Revalidatie - Zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden - Zorginstituut Nederland 22 juni 2015. Hieruit blijkt onder andere dat "juist de deskundigheid van de

revalidatiearts is om die factoren te wegen en om te bepalen wanneer sprake is van een complexe samenhangende problematiek waarvoor interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie is aangewezen”.

Het lijkt erop dat het Zorginstituut zelf een inschatting maakt van de ernst en complexiteit van haar persoonlijke situatie, zonder dit verder te beargumenteren. Daarbij komt dat het Zorginstituut verzoekster nooit heeft gesproken of onderzocht. Het Zorginstituut heeft de zorgvuldige beoordeling en indicatiestelling door de medische specialisten ten onrechte niet gevolgd. Deze medisch specialisten behandelen verzoekster al vele jaren. Zij zijn bekend met haar persoonlijke situatie en hebben haar onderzocht. Ook de vele medische rapporten en verslagen van de behandelaren lijken genegeerd te zijn.

Volgens het Zorginstituut is verzoekster niet redelijkerwijs aangewezen op interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie, terwijl de klachten, symptomen en diagnose wel binnen de indicatiegroepen vallen. Aan de voorwaarden uit de richtlijn van 22 juni 2015 is voldaan.

Zowel het Zorginstituut als de ziektekostenverzekeraar is voorbijgegaan aan de expertise en deskundigheid van de betrokken medisch specialisten. De medisch specialisten hebben een duidelijke diagnose gesteld, hebben zorgvuldig naar de complexiteit gekeken, waren op de hoogte van de richtlijnen voor indicatiestelling en hebben deze richtlijnen ook gevolgd.

- 3.7. Verzoekster heeft voorts aangevoerd dat de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar ten onrechte de beoordeling van de revalidatiearts betreffende de indicatie voor medisch specialistische revalidatie heeft genegeerd. Verzoekster heeft in dit verband gewezen op een uitspraak van de rechtbank Noord-Nederland van 20 november 2024 (ECLI:NL:RBNNE:2024:4635), meer specifiek rechtsoverweging 3.1, waaruit blijkt dat de ziektekostenverzekeraar stelselmatig inbreuk heeft gemaakt op het primaat van de revalidatiearts bij de indicatiestelling.
- Daarnaast heeft verzoekster herhaald dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte informatie bij haar heeft opgevraagd. Op grond van de AVG dient de opgevraagde informatie beperkt te zijn tot wat noodzakelijk is voor de doeleinden waarvoor deze wordt verwerkt. Verzoekster heeft in dit verband gewezen op rechtsoverweging 2.1C.ii. van eerder genoemde uitspraak van de rechtbank Noord-Nederland, waarin de ziektekostenverzekeraar wordt geboden om in elk individueel geval alleen die gegevens over de gezondheid van patiënten op te vragen en te verwerken die noodzakelijk zijn voor de beoordeling van die specifieke machtigingsaanvraag. Tevens is het de ziektekostenverzekeraar door de rechtbank verboden om standaard en ongericht stukken betreffende de medische historie van een patiënt op te vragen en te verwerken, waaronder het huisartsenjournaal en de behandelverslagen uit de eerste lijn.
- Verder heeft verzoekster opgemerkt dat zij het teleurstellend vindt dat het Zorginstituut meegaat in de opvattingen van de ziektekostenverzekeraar, zonder concreet en duidelijk te motiveren. Ook het Zorginstituut gaat op de stoel van de revalidatiearts zitten en geeft een eigen oordeel over de diagnose/indicatie.

4. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op een klinisch medisch specialistisch revalidatietraject op Curaçao. Hij heeft hiertoe in zijn brief van 27 juni 2024 aangevoerd dat als een verzekerde aanspraak wil maken op een bepaalde vorm van zorg onder de Zorgverzekeringswet, aan de volgende cumulatieve voorwaarden moet zijn voldaan:
- (a) het moet gaan om een vorm van zorg zoals zorgverleners die plegen te bieden (artikel 2.4 e.v. Besluit zorgverzekering);
 - (b) het moet gaan om een vorm van zorg die behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk (artikel 2.1, tweede lid, Besluit zorgverzekering);
 - (c) de verzekerde moet redelijkerwijs zijn aangewezen op de betreffende vorm van zorg (artikel 2.1, derde lid, Besluit zorgverzekering).
- Als aan één of meerdere voorwaarden niet is voldaan, mag de ziektekostenverzekeraar de betreffende vorm van zorg niet vergoeden.
- De ziektekostenverzekeraar heeft verwezen naar het 'Standpunt Medisch Specialistische Revalidatie - zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden' van 27 juni 2023. Hierin heeft het

Zorginstituut bepaald dat slechts aan de geldende voorwaarden is voldaan indien ten aanzien van de verzekerde wordt voldaan aan de uitgangspunten van stepped care. Bij stepped care wordt een patiënt altijd de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling aangeboden die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek. Hierbij wordt rekening gehouden met de behoeftes van de patiënt en wordt passende zorg geboden op basis van de benodigde zorgzwaarte. Als de minimaal noodzakelijke interventie onvoldoende effect heeft, wordt naar een intensievere interventie overgegaan. De commissie heeft meerdere malen geoordeeld dat medisch specialistische revalidatie uitsluitend voor vergoeding in aanmerking komt als vaststaat dat ten aanzien van de verzekerde is voldaan aan voornoemde uitgangspunten van stepped care. In het geval van verzoekster is niet navolgbaar dat is voldaan aan de eisen van stepped care.

- 4.2. Verder geldt dat niet navolgbaar is dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op medisch specialistische revalidatie. Volgens de eerstelijns ergotherapeut was de behandeling om de belastbaarheid van verzoekster te vergroten nog lopende en was sprake van aanhoudende lage belastbaarheid. De behandelend fysiotherapeut heeft verklaard dat de fysiotherapeutische behandeling nog niet lukte vanwege de lage belastbaarheid van verzoekster, doordat zij bezig was met het regelen van een revalidatieplek, het ondergaan van onderzoeken in het ziekenhuis en ADL, zodat oefeningen die in de eerste lijn zouden kunnen werken door verzoekster niet konden worden uitgevoerd.

Medisch specialistische revalidatie betreft een korte en intensieve behandeling. De patiënt moet dus wel voldoende belastbaar zijn om een dergelijk traject te kunnen doorlopen. Als dat niet het geval is, is medisch specialistische revalidatie een te intensieve interventie en daarmee geen doelmatige zorg en ook geen verzekerde zorg. De onmogelijkheid om voldoende intensief te trainen vanwege een te geringe belastbaarheid is dus een contra-indicatie voor medisch specialistische revalidatie. Zonder nadere toelichting, die in de verslagen van de eerstelijnsbehandelaars ontbreekt, is uit die verslagen niet navolgbaar dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op medisch specialistische revalidatie.

Daarbij komt dat ook de redenering van de Nederlandse revalidatiearts van verzoekster op dit onderdeel niet navolgbaar is. In het telefonische overleg tussen de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar en deze revalidatiearts gaf laatstgenoemde weliswaar aan dat fysiotherapie op dat moment te weinig leek op te leveren en dat zijn inschatting was dat eerstelijns ergotherapie niet veel effect meer zou gaan hebben, maar hij lichtte dat verder niet navolgbaar toe. Volgens de revalidatiearts zou een klinisch traject beter zijn voor verzoekster, omdat er dan gemakkelijk kan worden overlegd tussen de behandelaren, en zij naar minder afspraken hoeft te reizen. Volgens de revalidatiearts was poliklinische revalidatie niet haalbaar, omdat verzoekster *"dan alsnog naar het centrum moet reizen wat ook energie kost en ze dan nog energie kwijt is aan het uitvoeren van de taken van het huishouden"*.

Echter, volgens het Zorginstituut is voor een adequate uitvoering van een interdisciplinaire medisch specialistische revalidatiebehandeling een klinische behandeling met opname in de revalidatie-instelling noodzakelijk. De reden hiervoor kan zijn dat er sprake is van een patiënt met een indicatie voor IMSR-behandeling én van één of meer van de volgende criteria: *"De revalidatiearts kan overtuigend en navolgbaar beargumenteren dat door de gezondheidssituatie van de patiënt met hoog-complexe problematiek waardoor een hoge intensiteit van verpleging en behandeling noodzakelijk is, verblijf in de thuissituatie (nog) niet mogelijk is"*.

Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft de Nederlandse revalidatiearts, gelet op het ontbreken van de belastbaarheid die door de beide eerstelijnsbehandelaars wordt benadrukt, niet navolgbaar gemaakt dat aan deze criteria is voldaan. De enkele omstandigheid dat verzoekster in een klinisch traject geen ADL-verrichtingen hoeft uit te voeren en minder reistijd heeft, is naar het oordeel van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar geen navolgbare, overtuigende redenering waarom een behandeling en verpleging met hoge intensiteit in een klinische setting noodzakelijk is. Datzelfde geldt voor de (niet inhoudelijk onderbouwde) 'inschatting' van de Nederlandse revalidatiearts dat verdere eerstelijnsbehandeling geen effect meer zal hebben.

- 4.3. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat in het dossier geen redenering of toelichting aanwezig is van de Curaçaose revalidatiearts die de behandeling zal uitvoeren, anders dan de zeer summiere beschrijving van het behandelplan uit de brief van 25 maart 2022.

De ziektekostenverzekeraar kan niet vaststellen waaruit de zorg die op Curaçao zal worden geboden precies bestaat. Hij kan ook niet vaststellen of het zorg betreft zoals revalidatieartsen die plegen te bieden. Dat de Curaçaose zorgaanbieder is gevisiteerd door de VRA maakt dit niet anders. Ook een gevisiteerde/geaccrediteerde zorgaanbieder moet in individuele gevallen wel verzekerde zorg leveren, wil een machtigingsaanvraag voor toewijzing in aanmerking komen. De ziektekostenverzekeraar kan niet bepalen of de zorg die feitelijk zou worden geleverd overeenkomt met de zorg die het Zorginstituut beschouwt als behorende tot de stand van de wetenschap en praktijk.

Zonder nadere toelichting op de concrete behandeling die op Curaçao zou worden gegeven en de wijze waarop die zou worden ingericht, kan de ziektekostenverzekeraar niet vaststellen of de zorg die op Curaçao wordt geboden verzekerde zorg is in de zin van de Zorgverzekeringswet.

- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij de wettelijke taak heeft om te beoordelen of aanspraak bestaat op de aangevraagde zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag beoordeeld aan de hand van de richtlijn van 2023. Als hij gebruik zou hebben gemaakt van de richtlijn uit 2015 was de uitkomst niet anders geweest. Bij de beoordeling is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van de verwijzing van de huisarts. Hierin wordt gesproken over chronische pijn. Voor de aanspraak op medisch specialistische revalidatie vanwege de indicatie chronische pijn gelden dezelfde voorwaarden als voor andere indicaties. Als de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor medisch specialistische revalidatie vanwege spierzwakte had beoordeeld, waren de voorwaarden en de uitkomst van die beoordeling niet anders geweest.
- In de documenten over 'plegen-te-bieden' en de 'stand van de wetenschap en praktijk' heeft het Zorginstituut de voorwaarden voor de aanspraak op medisch specialistische revalidatie uiteengezet. De beoordeling bestaat uit twee stappen. Er moet eerst worden vastgesteld of navolgbaar is dat er een indicatie is voor medisch specialistische revalidatie. Dit staat los van de vraag of het moet gaan om klinische of poliklinische behandeling. Vervolgens moet er een goede redenering zijn van de behandelend arts waarom klinische revalidatie is aangewezen. Het moet voldoende navolgbaar zijn dat een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op medisch specialistische revalidatie. In dat verband wordt getoetst of sprake is van stepped care en voldoende belastbaarheid. Een verzekerde moet voldoende belastbaar zijn om een intensief revalidatietraject te volgen. De aangewezen plek om de belastbaarheid te vergroten is de eerste lijn. In de eerste lijn is gebleken dat verzoekster onvoldoende belastbaar is om behandelingen fysiotherapie en ergotherapie te volgen. Als verzoekster niet in staat is om de behandelingen uit de eerste lijn te ondergaan, dan is zij ook niet voldoende belastbaar om een medisch specialistisch revalidatietraject te volgen. Ten aanzien van de eis van stepped care geldt dat uit de verklaring van de ergotherapeut blijkt dat die behandeling nog loopt. Uit de verklaring van de fysiotherapeut blijkt dat verzoekster de behandeling in de eerste lijn niet kan volgen, omdat zij veel energie kwijt is aan ADL-verrichtingen, het zoeken naar een revalidatietraject, en het ondergaan van onderzoeken. Er kan dus niet worden geconcludeerd dat alles in de eerste lijn is geprobeerd. De fysiotherapeut ziet nog mogelijkheden in de eerste lijn, maar deze kunnen door omstandigheden niet plaatsvinden. De belastbaarheid van verzoekster kan door haar persoonlijke omstandigheden niet worden vergroot. Dit is iets anders dan dat er op medisch inhoudelijke gronden niet verder kan worden gekomen. Ten aanzien van de door verzoekster opgesomde en ondergane behandelingen in het kader van stepped care, geldt dat hiervan niet blijkt uit het dossier, behoudens informatie van de fysiotherapeut en de ergotherapeut. Het dossier bevat geen informatie over maatschappelijk werk of een psycholoog. De ziektekostenverzekeraar heeft opgemerkt dat de belastbaarheid en stepped care moeten worden gezien in het licht van het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op', maar dat zij ook terugkomen bij de criteria 'plegen te bieden' en de 'stand van de wetenschap en praktijk'. De ziektekostenverzekeraar heeft ook onderzocht of is voldaan aan de voorwaarden voor klinische behandeling. Om te beoordelen of aanspraak bestaat op een klinisch of poliklinisch behandeltraject gelden duidelijke voorwaarden. Dit blijkt ook uit het advies van het Zorginstituut. Voor een klinisch behandeltraject geldt dat de behandelend arts goed moet motiveren waarom een patiënt dergelijke zorg nodig heeft en niet verantwoord naar huis kan. In dit geval heeft de revalidatiearts een juridisch curieuze redenering gegeven. Omdat verzoekster in de eerste lijn niet voldoende belastbaar is en in een poliklinische setting niet tot haar recht komt, zou zij zijn aangewezen op klinische behandeling.

Deze redenering van de revalidatiearts is niet navolgbaar. Ook de andere argumenten die hij heeft aangevoerd zijn geen redenen om klinische medisch specialistische revalidatie te overwegen. Voldoende belastbaarheid is een voorwaarde voor aanspraak op klinische behandeling. Op grond van de beschikbare informatie kan niet worden geconcludeerd dat aanspraak bestaat op klinische behandeling. Er blijkt niet van een noodzaak voor intensieve verpleging en behandeling. Het is voor de ziektekostenverzekeraar daarnaast niet duidelijk waaruit de behandeling op Curaçao bestaat. Op het moment van de aanvraag was er geen intake gedaan en was er ook geen revalidatieplan beschikbaar. Het beschikbare behandelplan is te summier. De ziektekostenverzekeraar verwacht een behandelplan dat is opgesteld en ondertekend door de behandelend revalidatiearts. Hierin zijn in ieder geval specifieke behandeldoelen voor de patiënt opgenomen.

Verder geldt dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar toestemming heeft gegeven zodat hij rechtstreeks contact kon opnemen met de arts. De ziektekostenverzekeraar vraagt alleen informatie op om de redenering van de arts te kunnen volgen. Dit is ook gebeurd. De uitdrukkelijke toestemming van een verzekerde is een belangrijke verwerkingsgrond uit de privacywetgeving. Voor het overige geldt dat de ziektekostenverzekeraar alleen de informatie opvraagt die hij nodig heeft om zijn taak te kunnen uitvoeren in het licht van de bestaande verzekeringsovereenkomst.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 30 juli 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Indicatievoorwaarden

Volgens het standpunt 'Medisch Specialistische Revalidatie -zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden' uit 2015 moet er bij patiënten met chronische pijn sprake zijn van complexe samenhangende problematiek. Daarnaast moet het gaan om patiënten die niet geholpen zijn door mono- of multidisciplinaire zorg in de eerste of anderhalve lijn. Het Zorginstituut heeft in het standpunt 'Interdisciplinaire Medisch Specialistische Revalidatie bij patiënten met chronische pijn' van 2022 aangegeven dat de indicatiestelling voor IMSR bij patiënten met chronische pijn beter geoperationaliseerd moet worden.

Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland

In het standpunt over IMSR van 2022 bij chronische pijn is wat betreft de indicatievoorwaarden aangegeven, dat naast de complexe samenhangende problematiek er sprake moet zijn van chronische pijn problematiek, die past bij niveaus 3 en 4 van de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN). Van niveau 3 is sprake bij patiënten met pijn en beperkingen in activiteiten en participatie en psychosociale problematiek die matige tot ernstige invloed heeft op het (ervaren) niveau van functioneren. Van niveau 4 is sprake bij patiënten met pijn en beperking in activiteiten en participatie (ernstige tot zeer ernstige impact) en psychosociale problematiek die in zeer ernstige mate invloed heeft op het (ervaren) niveau van functioneren.

Bij verzoekster is sprake van chronische pijn en spierzwakte in het linkerbeen, die gepaard gaat met ernstige ADL-beperkingen, en algehele vermoeidheid en conditieverlies. Over andere stoornissen in lichaamsfuncties is in het dossier geen informatie beschikbaar. Er lijkt wel sprake te zijn van ernstige pijn en beperkingen, maar de revalidatiearts van Klimmendaal vermeldt niets over de ernst of het WPN-niveau van de pijnklachten. De revalidatiearts geeft aan dat er beperkingen zijn op gebied van ambulante, zelfzorg, huishouden en arbeid maar geen cognitieve of communicatie beperkingen. Over psychische of psychosociale problemen en de invloed daarvan op het functioneren vermeldt de revalidatiearts niets.

Stepped care

In het standpunt 'Medisch Specialistische Revalidatie - zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden' van juni 2023 is vastgesteld dat voor een groot aantal aandoeningen of ziekten, waaronder chronische pijn, het stepped care principe uitgangspunt is voor de zorg die revalidatieartsen plegen te bieden. Bovendien is in een handleiding aanbevolen hoe de inhoud en resultaten van het stepped care traject geëvalueerd kunnen worden.

De revalidatiearts stelt in zijn verslag dat het voorafgaande stepped care traject volledig is doorlopen. Volgens de revalidatiearts is zowel eerstelijns fysiotherapie als eerstelijns ergotherapie toegepast. Beide therapeuten hebben in hun eindverslag aangegeven dat de belastbaarheid van verzoekster erg laag is en maar weinig tot niet kon worden beïnvloed omdat verzoekster bezig was met het regelen van een behandeling in de medisch specialistische revalidatie. Hierdoor kon slechts een beperkt aantal behandelingen worden uitgevoerd. Op het moment van consultatie van de revalidatiearts was de ergotherapie al bijna drie maanden gestopt en was de fysiotherapie nog maar net gestart. Het is daarom de vraag of er niet meer effect behaald had kunnen worden met de fysio- en ergotherapie.

Daarnaast is het de vraag of de belastbaarheid van verzoekster niet te laag was om een intensief MSR-programma aan te kunnen.

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier voldoet verzoekster niet aan de indicatievoorwaarden voor een klinische MSR-behandeling. Gezien de behandeldoelen die de revalidatiearts stelt lijkt bij verzoekster wel sprake van problematiek op meerdere domeinen, maar in het dossier ontbreekt informatie over psychosociale problematiek. Wat betreft de eisen van stepped care is op basis van de in het dossier opgenomen verslagen van de ergotherapeut en fysiotherapeut niet duidelijk of het voorafgaande stepped care traject volledig is doorlopen. Eventuele eerstelijns psychologische behandeling in het kader van stepped care lijkt niet aan de orde te zijn geweest.

Redelijkerwijs aangewezen op

De reden dat de revalidatiearts een klinische behandeling heeft geadviseerd is het feit dat verzoekster beperkt belastbaar is, aan huis gebonden is en niet in staat is om een poliklinisch revalidatieprogramma te volgen. De revalidatiearts verwacht dat een poliklinisch revalidatieprogramma te weinig intensief is en onvoldoende structuur en mogelijkheden geeft ten aanzien van benodigde therapeutische klimaat.

Door het Zorginstituut zijn in de standpunt 'Medisch Specialistische Revalidatie - zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden' de criteria benoemd voor het overwegen van een klinische MSR-behandeling. De argumenten van de revalidatiearts, dat een poliklinisch revalidatieprogramma te weinig intensief zou zijn en onvoldoende structuur en mogelijkheden zou geven voor het benodigde therapeutische klimaat, sluiten niet aan bij één of meer van deze criteria.

Verzoekster was daarom niet redelijkerwijs aangewezen op een klinische MSR-behandeling.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet worden geconcludeerd dat verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft voor een klinische MSR-behandeling. Ook kan niet worden geconcludeerd dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op deze behandeling. De behandeling komt derhalve niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster voldoet niet aan de indicatiecriteria voor vergoeding van klinische medisch specialistische revalidatie en is niet redelijkerwijs aangewezen op deze behandeling."

- 5.2. In het definitief advies van 27 november 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

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

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.

U vraagt het Zorginstituut in te gaan op de stelling van verzoekster dat er een aanvraag is ingediend vanwege de indicatie spierzwakte en niet vanwege de indicatie chronische pijn. U vraagt of deze stelling het advies van het Zorginstituut wijzigt.

Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op. De stelling van verzoekster dat een indicatie is ingediend vanwege spierzwakte en niet vanwege chronische pijn wijzigt het advies van het Zorginstituut niet. Bij verzoekster is de indicatie spierkrachtsverlies en fors conditioneel defect ten gevolge van prednisonmyopathie en neuropathische pijn op basis van status na meningioom verwijdering gesteld. Er is dus sprake van een combinatie van symptomen die met elkaar samenhangen. Het spierkrachtverlies kan het gevolg zijn van het prednisongebruik, maar ook van de neuropathische pijn. Het spierkrachtverlies als zodanig is geen diagnose, maar is wel onderdeel van de indicatiegroepen die benoemd zijn in het standpunt over medisch-specialistische revalidatie uit juni 2023.

Voor het stellen van een indicatie voor IMSR zijn het geheel aan klachten/stoornissen en een bepaalde diagnose niet voldoende. Bij de beoordeling of er sprake is van een indicatie voor IMSR moet ook per patiënt gekeken worden naar de ernst en complexiteit. Dit heeft het Zorginstituut in geval van verzoekster beoordeeld in het voorlopig advies. Het Zorginstituut concludeerde op basis van de beschikbare informatie in het dossier dat verzoekster geen (verzekerings)indicatie heeft voor IMSR en dat verzoekster niet redelijkerwijs is aangewezen op IMSR."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg, het 'plegen te bieden', de 'stand van de wetenschap en praktijk', en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Tussen Nederland en Curaçao bestaat geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering, zodat de aanspraak op vergoeding moet worden bepaald aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.3. De zorgverzekering biedt dekking voor (klinische) medisch specialistische revalidatie. Dit blijkt uit artikel 24.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Inhoud en omvang van de aanspraak op deze zorg worden bepaald door de criteria 'plegen te bieden' en de 'stand van de wetenschap

en praktijk'. Voor zover aan deze criteria is voldaan, is sprake van verzekerde zorg. Verder is in artikel A.2.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering opgenomen dat een verzekerde slechts recht heeft op de verzekerde zorg als hij daarop redelijkerwijs naar inhoud en omvang is aangewezen. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.1 Bzv.

- 7.4. De ziektekostenverzekeraar heeft als meest vérgaande stelling betrokken dat niet duidelijk is waaruit de behandeling op Curaçao bestaat. Op het moment van de aanvraag was er geen intake gedaan en was er ook geen revalidatieplan beschikbaar. Het inmiddels beschikbare behandelplan is te summier. De ziektekostenverzekeraar verwacht een behandelplan dat is opgesteld en ondertekend door de behandelend revalidatiearts. Hierin zijn in ieder geval specifieke behandeldoelen voor de patiënt opgenomen. Bij ontbreken hiervan kan niet worden vastgesteld of de aangevraagde behandeling voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar volgen waar het gaat om het behandelplan in deze specifieke zaak. Voor het vervolg zal zij echter ervan uitgaan dat klinische medisch specialistische revalidatie in beginsel voldoet aan voornoemd criterium.
- 7.5. De commissie stelt vervolgens vast dat de huisarts verzoekster voor klinische medisch specialistische revalidatie heeft verwezen in verband met de indicatie chronische pijn. Deze indicatie zal daarom als uitgangspunt voor de beoordeling worden genomen.
Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopig advies aan de commissie van 30 juli 2024 toegelicht dat volgens het standpunt 'Medisch Specialistische Revalidatie - zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden' uit 2015 er bij patiënten met chronische pijn sprake moet zijn van complexe samenhangende problematiek. Daarnaast moet het gaan om patiënten die niet geholpen zijn door mono- of multidisciplinaire zorg in de eerste of anderhalve lijn. Dit laatste heeft nadien invulling gekregen door de eis van stepped care.
Het Zorginstituut merkt op dat, gezien de behandeldoelen die de revalidatiearts bij verzoekster stelt, wel sprake lijkt van problematiek op meerdere domeinen, maar in het dossier ontbreekt informatie over psychosociale problematiek. Wat betreft de eis van stepped care is op basis van de in het dossier opgenomen verslagen van de ergotherapeut en fysiotherapeut niet duidelijk of het voorafgaande stepped care traject volledig is doorlopen. Eventuele eerstelijns psychologische behandeling in het kader van stepped care lijkt niet aan de orde te zijn geweest.
Voorts tekent het Zorginstituut aan dat in het standpunt 'Medisch Specialistische Revalidatie - zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden' de criteria zijn benoemd voor het overwegen van *klinische* medisch specialistische revalidatie. De argumenten van de revalidatiearts, dat een poliklinisch revalidatieprogramma te weinig intensief zou zijn en onvoldoende structuur en mogelijkheden zou geven voor het benodigde therapeutische klimaat, sluiten niet aan bij één of meer van deze criteria.
Het Zorginstituut concludeert dat verzoekster niet voldoet aan de indicatiecriteria voor vergoeding van klinische medisch specialistische revalidatie en dat zij hierop niet redelijkerwijs is aangewezen.
In zijn definitief advies aan de commissie van 27 november 2024 heeft het Zorginstituut toegelicht dat de stelling van verzoekster dat de aanvraag is ingediend vanwege spierzwakte en niet vanwege chronische pijn, zijn voorlopig advies niet wijzigt. Bij verzoekster is de indicatie spierkrachtsverlies en fors conditioneel defect ten gevolge van prednisonmyopathie en neuropathische pijn op basis van status na meningioom verwijdering gesteld. Er is dus sprake van een combinatie van symptomen die met elkaar samenhangen. Het spierkrachtverlies kan het gevolg zijn van het prednisongebruik, maar ook van de neuropathische pijn. Het spierkrachtverlies als zodanig is geen diagnose, maar is wel onderdeel van de indicatiegroepen die benoemd zijn in het standpunt over medisch-specialistische revalidatie uit juni 2023.
- 7.6. Verzoekster heeft betoogd dat het bij uitsluiting aan de behandelend revalidatiearts is om te beoordelen of een verzekerde in aanmerking komt voor klinische medisch specialistische revalidatie en dat de ziektekostenverzekeraar geen inbreuk mag maken op het primaat van de revalidatiearts bij de indicatiestelling. Zij heeft in dit verband gewezen op een uitspraak van de rechtbank Noord- Nederland van 20 november 2024 (ECLI:NL:RBNNE:2024:4635), meer specifiek rechtsoverweging 3.1.

De commissie overweegt dat het primaat bij het vaststellen of een indicatie voor de zorg bestaat bij de behandelend revalidatiearts ligt. Uit de jurisprudentie blijkt dat bij de beantwoording van de vraag of de revalidatiearts zijn klinische redenering bij een verzoek om een machtiging voor medisch specialistische revalidatie voldoende heeft onderbouwd, slechts een marginale toets en terughoudendheid bij het opvragen van medische gegevens past. Het vaststellen van een indicatie voor klinische medisch specialistische revalidatie door een revalidatiearts, moet echter wel gebeuren op een wijze die in overeenstemming is met de richtlijnen van de betreffende beroepsgroep. Zoals hiervoor is overwogen, kan niet worden vastgesteld dat is voldaan aan de eis van stepped care en zijn de argumenten voor behandeling in een klinische setting niet in lijn met het standpunt van het Zorginstituut – de pakketbeheerder – hierover. Onder deze omstandigheden valt niet in te zien waarom de ziektekostenverzekeraar op basis van een marginale toets zou moeten concluderen dat is voldaan aan de indicatiecriteria en dat verzoekster ‘redelijkerwijs is aangewezen’ op de zorg. Ook in hetgeen overigens door verzoekster is gesteld ziet de commissie geen aanleiding om van eerdergenoemde conclusie van het Zorginstituut af te wijken en daarom neemt zij deze over. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde klinische medisch specialistische revalidatie op Curaçao, ten laste van de zorgverzekering.

- 7.7. Verzoekster heeft daarnaast aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar heeft gehandeld in strijd met de AVG door meer informatie op te vragen dan is toegestaan. De commissie overweegt dat het verwerken van persoonsgegevens op grond van deze verordening alleen rechtmatig is indien aan bepaalde voorwaarden is voldaan. In dit verband kan met name worden gedacht aan artikel 6, aanhef en eerste lid, onder a, AVG, te weten de uitvoering van een overeenkomst waarbij de betrokkene (verzoekster) partij is, namelijk de zorgverzekering. Artikel 9, eerste lid, AVG verbiedt het verwerken van bijzondere persoonsgegevens, zoals gegevens over iemands gezondheid. Op dit verbod bestaan uitzonderingen. In dit geval valt dan te denken aan artikel 9, tweede lid, aanhef en onder h, AVG, te weten “de verwerking is noodzakelijk voor doeleinden van preventieve of arbeidsgeneeskunde, voor de beoordeling van de arbeidsgeschiktheid van de werknemer, medische diagnoses, het verstrekken van gezondheidszorg of sociale diensten of behandelingen dan wel het beheren van gezondheidszorgstelsels en -diensten of sociale stelsels en diensten, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, of uit hoofde van een overeenkomst met een gezondheidswerker en behoudens de in lid 3 genoemde voorwaarden en waarborgen”. In onderhavig geval is sprake van deze uitzondering. Hierbij merkt de commissie op dat aan het gestelde in het derde lid wordt voldaan, aangezien de gevraagde medische informatie moet worden gericht aan de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Ook als de verwerking rechtmatig is, moet zij noodzakelijk en evenredig zijn. Dit is in onderhavige situatie het geval. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de inlichtingen en bescheiden mochten worden opgevraagd om de uitkeringsplicht op basis van de zorgverzekering vast te stellen. De bepalingen van de AVG staan hieraan niet in de weg; de verwerking van het gevraagde is rechtmatig, noodzakelijk en evenredig. De verwijzing, door verzoekster, naar rechtsoverweging 2.1.C.ii. van de hiervoor aangehaalde uitspraak van de rechtbank Noord-Nederland van 20 november 2024, maakt dit niet anders. In deze specifieke rechtsoverweging is de gewijzigde vordering van eiser opgenomen. Dit betreft geen beslissing van de rechtbank. Zoals blijkt uit rechtsoverweging 2.5 van genoemde uitspraak, leidt de rechtbank uit de toelichting van eiser op de wijziging af dat geen nader oordeel wordt gevraagd of meer wordt gevorderd dan door de rechtbank bij tussenvonnis van 15 mei 2024 (ECLI:NL:RBNNE:2024:1872) is overwogen, namelijk dat in elk individueel geval alleen die gegevens over de gezondheid van de verzekerde worden verwerkt die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekeringsovereenkomst en daarmee de beoordeling van die specifieke machtigingsaanvraag (r.o. 4.29). Voor zover de gewijzigde vordering verder zou strekken dan voortvloeit uit dit vonnis, wordt de vordering afgewezen. Zoals blijkt uit hetgeen hiervoor overwogen, is de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar in de situatie van verzoekster hiermee in overeenstemming.

Slotsom

- 7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 januari 2025,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

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.

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');
- de zorgadviestrajecten van Zorgverzekeraars Nederland;
- ons eigen wetenschappelijk onderzoek conform de richtlijnen van het Zorginstituut Nederland 2015, bekrachtigd door de Hoge Raad d.d. 30 maart 2018. Een overzicht van het door ons gevoerde wetenschappelijk overzicht vindt u op onze website zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/msr;
- 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.

Onverzekerde zorg komt nooit voor vergoeding in aanmerking.

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 [A.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>. In deze Regeling is onder artikel 2.2.2 en 2.2.3 ook de tijdelijke aanspraak op paramedische herstellende zorg voor patiënten die ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt, opgenomen.

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:

- verzekeringplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- verzekeringplichtigen 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.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](https://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op!

Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel [A.4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering \(Basis Budget\)](#).

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](https://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.24 Revalidatie

U heeft recht op medisch-specialistische revalidatie ([B.24.1](#)) en geriatrische revalidatie ([B.24.2](#)).

24.1 Medische specialistische revalidatie

Moet u revalideren? Dan heeft u alleen recht op medisch-specialistische revalidatie, als deze is aangewezen als doeltreffendste manier om uw handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen. Ook moet uw handicap het gevolg zijn van:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in communicatie, cognitie of gedrag.

Door de revalidatie moet u een mate van zelfstandigheid bereiken of houden die redelijkerwijs met uw beperkingen mogelijk is.

Klinisch en niet-klinisch revalideren

U heeft recht op klinische of niet-klinische (deeltijd- of dagbehandeling) revalidatie. In een aantal gevallen, heeft u ook recht op klinische revalidatie als u voor meerdere dagen wordt opgenomen. Dit doen wij alleen als revalidatie met verblijf spoedig betere resultaten oplevert dan revalidatie zonder verblijf.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische revalidatie

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, physician assistant, jeugdarts of een andere medisch specialist;
- Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische revalidatie.

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Wordt u opgenomen? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in een kliniek voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde medisch specialistische revalidatie zorg' welke te vinden is op onze website. Bij de aanvraag moet het volgende worden opgestuurd:

- de diagnose, behandelplan en behandelduur plus onderbouwing;
- het doorlopen voortraject;

Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en/of uw zorgverlener ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](https://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op!

Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel [A.4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering \(Basis Budget\)](#).

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](https://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

24.2 Geriatrische revalidatie

U heeft recht op geriatrische revalidatiezorg. Deze zorg omvat integrale, multidisciplinaire revalidatiezorg. Het gaat om zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden, indien er als gevolg van een acute aandoening sprake is van acute mobiliteitsstoornissen of afname van de zelfredzaamheid en er (in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid) voor deze aandoening, sprake is van voorafgaande medisch specialistische zorg. Geriatrische revalidatie is gericht op het verbeteren van de functionele beperkingen. Het doel van de revalidatie is dat u terugkeert naar de thuissituatie.

Op hoeveel dagen geriatrische revalidatie heeft u recht

U heeft recht op geriatrische revalidatie met een duur van maximaal 180 dagen. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan (uw zorgverlener vraagt hiervoor toestemming bij ons aan).

Voorwaarden voor het recht op geriatrische revalidatie

1. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met geriatrische revalidatie zorg.
2. De zorg moet binnen 1 week aansluiten op uw verblijf in een ziekenhuis als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. In dit ziekenhuis kreeg u geneeskundige zorg zoals een medisch specialist of vergelijkbare zorgverlener die pleegt te bieden. U moet hiervoor zijn doorverwezen door een medisch specialist.
3. Voordat u in dit ziekenhuis verbleef, verbleef u niet voor een behandeling in een verpleeghuis. Wij spreken hier over een verpleeghuis als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg (Wlz). In deze situatie wordt de herstelgerichte behandeling namelijk vergoed uit de Wlz.
4. Er is ook recht op geriatrische revalidatiezorg, als u niet in een ziekenhuis verbleef. Namelijk als u een acute aandoening heeft waardoor sprake is van acute mobiliteitsstoornissen of afname van zelfredzaamheid en u voorafgaand medisch specialistische zorg voor deze aandoening heeft ontvangen. De beoordeling hiervan (geriatrisch assessment) vindt plaats door een specialist ouderengeneeskunde bij u thuis of in een eerstelijnsverblijf, of door een (klinisch) geriater, internist ouderengeneeskunde of specialist ouderengeneeskunde op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek. De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op het geriatrisch assessment. U moet hiervoor zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten.
5. Is er sprake van instroom vanuit de thuissituatie of een eerstelijns verblijf (ELV) zonder dat er voorafgaande medisch specialistische zorg heeft plaatsgevonden? Dan kan in bepaalde gevallen de specialist ouderengeneeskunde een geriatrisch assessment afnemen. Een voorwaarde voor een indicatie voor toegang tot geriatrische revalidatie is dan het vaststellen van de medische stabiliteit. Bij acute aandoeningen zal de specialist ouderengeneeskunde dan altijd contact opnemen met de behandelend medisch specialist of wordt er bij twijfel een medisch specialist geconsulteerd om de medische stabiliteit vast te stellen.
6. De zorg gaat bij aanvang gepaard met verblijf in een ziekenhuis of zorginstelling als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](https://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

B.25 Second Opinion

Wilt u een second opinion? Dan heeft u daar recht op. Met een second opinion laat u een door uw arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling opnieuw beoordelen. Uw arts kan hier ook zelf om vragen. Een tweede onafhankelijke arts voert de nieuwe beoordeling uit. Deze arts moet hetzelfde specialisme hebben of werkzaam zijn in hetzelfde vakgebied als de eerste arts.

Voorwaarden voor het recht op een second opinion

1. De second opinion moet betrekking hebben op diagnostiek of behandelingen die vallen onder de voorwaarden van de basisverzekering.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut.
3. De second opinion moet betrekking hebben op geneeskundige zorg die voor u bedoeld is, en die uw eerste behandelaar met u heeft besproken.
4. Tijdens de second opinion geeft u een kopie van het medisch dossier van uw eerste behandelaar aan de tweede behandelaar.
5. U moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Een second opinion valt niet onder de verzekerde zorg als de second opinion gericht is op en gevolgd wordt door een niet in de basisverzekering verzekerde behandeling.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?