

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

Zaaknummer: 202301086

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten,
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is alsnog toestemming te verlenen voor het namens haar aangevraagde klinische interdisciplinaire revalidatietraject in Spanje. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster niet redelijkerwijs is aangewezen op klinische revalidatie. Daarnaast is de inbreng van de revalidatiearts dermate beperkt dat kan worden betwijfeld of sprake is van interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie.
- 1.2. De commissie overweegt dat uit het advies van het Zorginstituut blijkt dat sprake is van zorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden. Daarnaast kan het aangevraagde behandeltraject worden aangemerkt als interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. De aangevraagde zorg vormt daarmee een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Volgens het Zorginstituut is verzoekster redelijkerwijs aangewezen op interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie, maar niet op een klinische behandeling. Daarom wordt geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. De commissie volgt de conclusie en het advies van het Zorginstituut. Verzoekster heeft geen aanspraak op het gevraagde op basis van de zorgverzekering. Met (EG) Verordening nr. 883/2004 is geen uitbreiding op dit punt beoogd en daarom heeft de ziektekostenverzekeraar de toestemming op grond van de verordening terecht geweigerd. De commissie wijst het verzoek af.
- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 29 augustus 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 8 september 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.

- 2.2. Bij brief van 6 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 9 oktober 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 6 november 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023045790) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 9 november 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 december 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 22 december 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 6 november 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 3 januari 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. **Vaststaande feiten**

- 3.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Benfit, ONVZ Wereldfit en ONVZ Tandfit module A (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Namens verzoekster is op 16 februari 2023 een aanvraag ingediend voor een klinisch interdisciplinair revalidatietraject bij HCB in Moraira, Spanje. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens om aanvullende informatie gevraagd en deze informatie is door verzoekster aangeleverd.
- 3.3. Bij e-mailbericht van 21 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat zij geen vergoeding krijgt voor het aangevraagde revalidatietraject.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 26 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 6 november 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 3 januari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is alsnog toestemming te verlenen voor het aangevraagde klinische interdisciplinaire revalidatietraject in Spanje.
- 4.2. In haar brief van 29 augustus 2023 heeft verzoekster toegelicht dat zij lijdt aan twee afweerziekten, een longziekte en reuma. Hierdoor is haar gezondheidssituatie bijzonder complex en uitdagend. Ondanks haar doorzettingsvermogen en het volgen van verschillende behandelingen

is verzoekster niet in staat gebleken significante verbeteringen in haar fysieke conditie te bereiken. Haar kwaliteit van leven is aanzienlijk aangetast en zij is deels afhankelijk geworden van ondersteuning in haar dagelijkse activiteiten.

Verzoekster heeft aangevoerd dat het aangevraagde klinische interdisciplinaire revalidatietraject haar medische situatie daadwerkelijk kan verbeteren. Het revalidatietraject is specifiek ontworpen om haar fysieke beperkingen te adresseren en haar algemene welzijn te bevorderen. De gespecialiseerde zorg en geavanceerde therapieën die tijdens dit traject worden geboden, zijn cruciaal voor haar kansen op herstel en het verkrijgen van een betere levenskwaliteit.

Verzoekster benadrukt dat haar sociale en mentale welzijn ernstig zijn aangetast door haar gezondheidstoestand. Het klinische traject in Spanje biedt niet alleen fysieke behandeling, maar ook psychologische en sociale ondersteuning, die van onschatbare waarde is om haar welzijn te herstellen.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster haar schrijnende situatie toegelicht. Zij heeft aangevoerd dat een klinisch behandeltraject in Spanje in haar situatie is gerechtvaardigd. In Nederland loopt zij vast. Zij heeft intensieve begeleiding en toezicht nodig voor een goed herstel. Verzoekster heeft toegelicht dat zij zeer slecht belastbaar is. Zij kan zichzelf nauwelijks verzorgen. Alles kost haar veel energie en moeite. Een klinisch behandeltraject is voor haar veel geschikter dan een poliklinisch behandeltraject. Gedurende een klinisch traject, kan zij zich veel beter focussen op de revalidatie. Zij heeft intensieve en gerichte therapie nodig, zonder dat zij zich ergens zorgen over hoeft te maken. Daarbij komt dat zorgverleners beter kunnen samenwerken tijdens een klinisch behandeltraject. Daarnaast is het voor haar niet mogelijk om naar een ziekenhuis of revalidatiecentrum te reizen. Als zij moet reizen, kan zij niet voldoende profiteren van de revalidatie. Ook is het vanwege psychosociale stress belangrijk dat zij zich niet in haar eigen omgeving bevindt. Door afstand te nemen van haar thuissituatie kan zij zich beter focussen op de revalidatie.
- 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.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brieven van 21 april 2023 en 26 april 2023 verklaard dat de aanvraag voor een klinisch revalidatietraject in Spanje wordt afgewezen. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat op basis van de aangeleverde informatie niet is gebleken dat verzoekster conform het rapport "Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden" uit 2015 is aangewezen op een klinisch revalidatietraject. Voorts blijft de betrokkenheid van de revalidatiearts dermate beperkt dat kan worden betwijfeld of de behandeling bij HCB als interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie moet worden beschouwd.
- 5.2. In zijn brief van 10 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij uitgaat van de indicatie van de medisch specialist. Een indicatie voor een behandeling betekent echter niet automatisch dat aanspraak op vergoeding hiervan bestaat. De ziektekostenverzekeraar toetst of aan de, aan een behandeling gestelde voorwaarden voor vergoeding is voldaan. Volgens de ziektekostenverzekeraar is verzoekster niet redelijkerwijs aangewezen op de aangevraagde klinische interdisciplinaire revalidatiebehandeling. Het Zorginstituut heeft in 2015 een standpunt uitgebracht met betrekking tot medisch specialistische revalidatie. In dit standpunt is beschreven wanneer een indicatie bestaat voor een klinische in plaats van een poliklinische behandeling. Op basis van de aangeleverde informatie is niet gebleken dat verzoekster in lijn met dit standpunt is aangewezen op een klinisch revalidatietraject. Uit de door de behandelend revalidatiearts aangegeven behandeldoelen (belastbaarheid optimaliseren en meer balans hierin, meer rust op fysiek en mentaal gebied, inzicht krijgen in lichaamseigen mogelijkheden/grenzen en hier naar kunnen handelen en leren omgaan met haar huidige situatie) blijkt geen evidente noodzaak voor een klinische behandeling.

Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat uit het voorgestelde behandelplan blijkt dat de revalidatiearts slechts aan het begin en eind van het traject en eenmalig tussentijds betrokken is bij de klinische behandeling van verzoekster. In directe tijd gemeten gaat het hierbij om 3 à 4 procent van de behandeling. Naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar is de inbreng van de behandelend revalidatiearts hiermee dermate beperkt dat kan worden betwijfeld of sprake is van interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie. Bovendien is het aangeleverde behandelplan een algemeen behandelplan, gericht op chronische pijn. Er is geen behandelprogramma opgesteld met specifieke, op verzoekster afgestemde behandeldoelen, en daarbij passende therapieën.

- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar het eerder ingenomen schriftelijke standpunt. Hij heeft nog opgemerkt dat de afwijzing ziet op een aanvraag voor een klinisch behandeltraject. Daar ziet ook het standpunt van het Zorginstituut op. Er is geen aanvraag ingediend voor een poliklinisch behandeltraject. Als verzoekster een aanvraag indient voor een poliklinisch behandeltraject, kan die aanvraag worden beoordeeld.
- 5.4. 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 6 november 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het Zorginstituut zal in het advies ingaan op de indicatie voor klinische iMSR, en op de vraag of hier wel sprake is van iMSR gezien het laagfrequente aantal consulten van de revalidatiearts met verzoekster.

Is de zorg in geschil onderdeel van de Zvw?

In het standpunt van het Zorginstituut 'Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden' uit 2015 is de reikwijdte van de medisch-specialistische revalidatie beschreven. In het rapport duidt het Zorginstituut wat medisch-specialistische revalidatie zoals medisch specialisten (revalidatieartsen) die plegen te bieden is. In het standpunt wordt aangegeven dat iMSR voldoet aan het plegen-te-bieden criterium. In hoofdstuk 5 staat: 'Het Zorginstituut is van oordeel dat de revalidatieartsen als beroepsgroep, op onderdelen samen met Revalidatie Nederland, op een gedegen manier hebben omschreven welke medisch-specialistische revalidatiezorg de medisch specialisten (in dit geval de revalidatieartsen) als professioneel juist beschouwen. Het Zorginstituut beschouwt de zorg beschreven in de hoofdstukken 3 en 4 van dit rapport, binnen de context zoals in hoofdstuk 2 beschreven, als medisch specialistische revalidatie zoals medisch-specialisten (in dit geval de revalidatieartsen) die plegen te bieden.' In de hoofdstukken 3 en 4 beschrijft het Zorginstituut welke medisch-specialistische revalidatiezorg de beroepsgroep als professioneel juist beschouwt en welke criteria een rol spelen bij de indicatiestelling in die zorg. Hoofdstuk 3 gaat over de algemene MSR en hoofdstuk 4 over de iMSR. Medifit biedt iMSR uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. De (soort) zorg die Medifit aanbiedt behoort tot het domein van de Zvw. Dat de aangeboden zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk is niet in geschil. De zorg in geschil behoort dus tot de verzekerde zorg.

Verweerder betwijfelt of in dit geschil sprake is van interdisciplinaire revalidatie, gezien de beperkte consultvoering door de revalidatiearts in het traject. Het Zorginstituut merkt hierover op dat in de aanvullende uitleg van Medifit (een email van 12 april 2023) over de rol van de revalidatiearts in het traject staat dat de revalidatiearts gedurende de opname tweewekelijks een consult heeft met verzoekster en zo nodig frequenter. Daarnaast is de revalidatiearts wekelijks

aanwezig bij het MDO. Er is dus wel degelijk sprake van iMSR onder de verantwoordelijkheid van een revalidatiearts.

Is verzoekster aangewezen op de zorg in geschil?

De indicatiestelling voor iMSR en klinische behandeling (ten opzichte van poliklinische) is vermeld in de Nota Indiciestelling Medisch Specialistische Revalidatie van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (NVR) en Revalidatie Nederland (RN) uit 2016. Op pagina 6 staat vermeld dat er een indicatie is voor IMSR als de revalidatiearts heeft vastgesteld dat:

- er door ziekte of aandoening sprake is (of dreigt te zijn) van complexe, met elkaar samenhangende problemen van functies als motoriek, sensoriek, cognitie, spraak, taal en/of gedrag, waardoor activiteiten als zelfverzorging, zich verplaatsen, denken en handelen en/of communiceren (dreigen te) worden belemmerd of beperkt en de patiënt niet (meer) in staat is (of zal zijn) om de door hem gewenste sociaalmaatschappelijke rol te vervullen of, in geval van het zich ontwikkelende kind, deze te gaan vervullen;
- bovengenoemde problemen (mogelijk) worden veroorzaakt door aangeboren of verworven ziekten en/of (primaire of secundaire) aandoeningen van of zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, het centrale en/of perifere zenuwstelsel;
- orgaanproblematiek of een combinatie hiervan;
- er op basis van wetenschappelijke evidentie en/of professionele kennis en ervaring, aangenomen kan worden dat interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie de meest doelmatige behandeling is om deze belemmeringen of beperkingen te voorkomen, verminderen of overwinnen en de patiënt geheel of gedeeltelijk invulling kan geven aan zijn rol in het gezin, op school of werk, in vrijetijdsbesteding, etc.;
- de patiënt in staat is (of op afzienbare termijn zal zijn) om te leren, te trainen en actief deel te nemen aan een revalidatiebehandeling waarmee vooraf overeengekomen resultaten bereikt kunnen worden;

of

- verwacht kan worden dat door specifieke revalidatiegeneeskundige interventies, specifieke symptomen (bijvoorbeeld spasticiteit) en/of secundaire gevolgen (zoals decubitus) van de ziekte of aandoening kunnen worden voorkomen, verminderd of opgeheven.

Op dezelfde pagina staat dat er een specifieke indicatie voor klinische behandeling is als:

- er op basis van bovenstaande een indicatie is voor interdisciplinaire revalidatie en door de medische situatie van de patiënt, door complexe problematiek en/of door de noodzakelijke intensiteit van verpleging en behandeling, verblijf in de thuissituatie (nog) niet mogelijk is;

of

- op basis van wetenschappelijke evidentie en/of professionele kennis en ervaring verwacht kan worden dat klinische revalidatiebehandeling tot betere (of snellere) resultaten leidt dan poliklinische revalidatiebehandeling;

of

- geriatrische revalidatie is geïndiceerd, maar aannemelijk is dat revalidatiegeneeskundig advies of een kortdurende interdisciplinaire medisch specialistische revalidatiebehandeling het resultaat van de geriatrische revalidatie aanzienlijk kan versterken.

Het standpunt 'medisch-specialistische revalidatie - zorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden' uit 2015 is op een aantal onderdelen verder uitgewerkt. In het (vervolg)standpunt van 27 juni 2023 heeft het Zorginstituut de criteria voor vergoeding van medisch-specialistisch revalidatie verduidelijkt. In deze update van het standpunt uit 2015 is een handleiding opgenomen voor de integrale beoordeling door de revalidatiearts van de indicatiestelling voor iMSR, bij een individuele patiënt. Deze bevat de volgende vier indicatiecriteria:

1. Analyse van de stoornissen in functies die een patiënt ervaart ten gevolge van zijn aandoening, en van de beperkingen in activiteiten en participatie die samenhangen met deze functiestoornissen.
2. Analyse van de ernst van de functiestoornissen en van de beperkingen in activiteiten en participatie.
3. Beoordeling van de inhoud en het resultaat van behandelingen in het voorafgaande jaar in het kader van een stepped care-traject.

4. Opstellen van een behandelplan waarin is aangegeven hoe de verschillende voorgestelde behandelcomponenten van de iMSR-behandeling aangrijpen op de problemen van de patiënt zoals beschreven in de analyses en bijdragen aan de te bereiken behandeldoelen.

Voor verzoekster geldt conform de Nota Indicatiestelling Medisch Specialistische Revalidatie dat zij voldoet aan alle vier criteria voor iMSR. Door haar chronische pijnklachten (een verworven ziekte van het zenuwstelsel) is bij verzoekster sprake van lage fysieke belastbaarheid en uithoudingsvermogen, problemen in de ADL, bewegingsbeperkingen, kortademigheid en afname van geheugen. In verband met de stemmingsstoornissen en sociaal-maatschappelijke problemen zijn er ook psychische en sociale behandeldoelen. Zoals beschreven in de recente update van het standpunt 'medisch-specialistische revalidatie - zorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden', onder indicatiecriterium 4, is een op de behandeldoelen en belastbaarheid van verzoekster geschreven behandelingsplan noodzakelijk. Het uitvoerige behandelplan van Medifit voldoet daaraan.

Betwist is dat verzoekster voldoet aan de in de Nota Indicatiestelling Medisch Specialistische Revalidatie gestelde criteria voor een klinische opname ten opzichte van een poliklinische behandeling. De Nederlandse revalidatiearts (en ook andere behandelaars) adviseert een klinische behandeling, omdat verzoekster dan op een zo efficiënt mogelijke wijze, zonder ADL-verplichting en met loslating van de zorg thuis, kan revalideren. Poliklinische transfers zouden te belastend zijn. De Spaanse kliniek zou gekozen zijn vanwege het zachte klimaat, waarbij verzoekster sneller zou kunnen herstellen. Hierbij wordt echter niet voldaan aan de criteria uit voornoemde nota dat verblijf in de thuissituatie (nog) niet mogelijk is door de noodzakelijke intensiteit van verpleging en behandeling, of dat op basis van wetenschappelijke evidentie en/of professionele kennis en ervaring verwacht kan worden dat klinische revalidatiebehandeling tot betere (of snellere) resultaten leidt dan poliklinische revalidatiebehandeling. Verzoekster is aangewezen op iMSR, echter de noodzaak voor een klinische behandeling blijkt niet uit de beschikbare informatie in het dossier.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier concludeert het Zorginstituut dat de zorg in geschil verzekerde zorg is en dat verzoekster is aangewezen op iMSR, zoals die wordt aangeboden door Medifit. Verzoekster is echter niet redelijkerwijs aangewezen op een klinische in plaats van een poliklinische behandeling.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van een klinische interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 3 januari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

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

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

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 80 van de Algemene regels en vergoedingen.
- 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 zorg - waaronder het criterium 'plegen te bieden' - en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' alsmede die uit (EG) Verordening 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.
- 8.2. Op grond van artikel 20 van (EG) Verordening 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 betrokkene 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. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd voor klinische interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie in Spanje. De ziektekostenverzekeraar heeft de gevraagde toestemming geweigerd.
- 8.3. Verzoekster wil graag dat het klinische revalidatietraject wordt vergoed door de ziektekostenverzekeraar, omdat zij ervan overtuigd is dat deze behandeling essentieel is voor haar kans op herstel en het verbeteren van haar kwaliteit van leven. Ter zitting heeft verzoekster de schrijnende situatie waarin zij zich bevindt nogmaals toegelicht. De commissie begrijpt de wens van verzoekster, maar tekent hierbij aan dat zij de taak heeft om te beoordelen of de aangevraagde behandeling voor vergoeding in aanmerking komt vanuit de zorgverzekering of op basis van de verordening. In dat verband overweegt de commissie als volgt.
- 8.4. De zorgverzekering biedt dekking voor medisch specialistische revalidatie op grond van hetgeen is beschreven op pagina's 125 en 126 van de Algemene regels en vergoedingen. Gelet op de artikelen 2.4, eerste lid, Bzv en 2.1, tweede lid Bzv moet achtereenvolgens zijn voldaan aan de criteria 'plegen te bieden' en de 'stand van de wetenschap en praktijk' wil er sprake zijn van verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering. Daarna moet worden bepaald of verzoekster op de verzekerde zorg redelijkerwijs is aangewezen en of deze zorg moet worden verleend in een klinische setting.
- In zijn advies aan de commissie van 6 november 2023 licht het Zorginstituut toe dat in zijn standpunt 'Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden' uit 2015 de reikwijdte van de medisch-specialistische revalidatie is beschreven. In het standpunt wordt vermeld dat interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie voldoet aan het 'plegen te bieden' criterium. De zorgaanbieder biedt interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie, uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. De (soort) zorg die deze zorgaanbieder aanbiedt behoort aldus tot het domein van de Zvw. In de aanvullende uitleg van de zorgaanbieder over de rol van de revalidatiearts in het traject staat beschreven dat de revalidatiearts gedurende de opname twee wekelijks een consult heeft met verzoekster en zo nodig frequenter. Daarnaast is de revalidatiearts wekelijks aanwezig bij het MDO. Er is dus wel degelijk sprake van interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie onder de verantwoordelijkheid van een revalidatiearts, aldus het Zorginstituut.
- De commissie ziet in hetgeen de ziektekostenverzekeraar op dit punt heeft aangevoerd geen aanleiding om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en concludeert dat het aangevraagde behandeltraject zorg is zoals revalidatieartsen die plegen te bieden. De commissie stelt verder vast dat tussen partijen niet in geschil is dat de aangevraagde zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarmee is sprake van een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering.
- 8.5. Vervolgens dient te worden beoordeeld of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie.

In zijn advies aan de commissie merkt het Zorginstituut op dat verzoekster voldoet aan de criteria die hiervoor gelden. Door haar chronische pijnklachten is bij verzoekster sprake van lage fysieke belastbaarheid en uithoudingsvermogen, problemen in de ADL, bewegingsbeperkingen, kortademigheid en afname van geheugen. In verband met de stemmingsstoornissen en sociaal-maatschappelijke problemen zijn er ook psychische en sociale behandeldoelen. Dit betekent dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie, aldus het Zorginstituut.

- 8.6. De volgende vraag is of verzoekster is aangewezen op een klinische behandeling, zoals aangevraagd.
- Het Zorginstituut merkt in dat verband op dat de indicatiestelling voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie en klinische behandeling (ten opzichte van poliklinische behandeling) is uiteengezet in de Nota Indicatie Stelling Medisch Specialistische Revalidatie van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen en Revalidatie Nederland uit 2016. Verzoekster voldoet niet aan de in deze nota gestelde voorwaarden dat verblijf in de thuissituatie (nog) niet mogelijk is door de noodzakelijke intensiteit van verpleging en behandeling, of dat op basis van wetenschappelijke evidentie en/of professionele kennis en ervaring verwacht kan worden dat klinische revalidatiebehandeling tot betere (of snellere) resultaten leidt dan poliklinische revalidatiebehandeling.
- De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en concludeert dat verzoekster niet redelijkerwijs is aangewezen op klinische interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie. Dit betekent dat geen aanspraak bestaat op het aangevraagde behandeltraject ten laste van de zorgverzekering. Omdat met de verordening geen uitbreiding van de verzekerde zorg en andere diensten is beoogd, werd verzoekster de toestemming op grond van de verordening terecht geweigerd.

Slotom

- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
9. **Bindend advies**
- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 januari 2024,

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. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Algemene regels en vergoedingen

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, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

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

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. (...)*”

● 3. Ik ben verzekerd bij ONVZ

U heeft een verzekering bij ONVZ. Dan heeft u recht op vergoeding van zorg en diensten volgens de regels van die verzekering. Hier leest u daar meer over.

Stel: u heeft bij ons een verzekering en u heeft fysiotherapie nodig. Wordt dat vergoed? En is het eigen risico van toepassing, of geldt er een eigen bijdrage?

● Ik heb zorg nodig

21. Heeft u zorg nodig? De volgende regels en de vergoedingen bepalen of wij de zorg of diensten vergoeden. Meestal gaat vergoeding vanzelf. De zorgverlener vraagt rechtstreeks vergoeding van ONVZ. En ONVZ betaalt rechtstreeks aan de zorgverlener.

U mag het recht op vergoeding van zorgkosten niet aan iemand anders overdragen zonder onze toestemming (cessie). En niet gebruiken om iemand anders zekerheid te geven dat u een rekening van die ander gaat betalen (pandrecht).

Wij betalen altijd in euro's. Bij rekeningen in een andere muntsoort rekenen wij het bedrag om naar euro's. Met de wisselkoers op de laatste werkdag van de maand vóór de maand waarin u de zorg ontvangt.

22. **Uw verzekering vergoedt de zorg en geeft recht op de diensten die in de vergoedingen staan. Als aan de voorwaarden is voldaan.** Dat zijn de voorwaarden in de algemene regels die u nu leest. En de voorwaarden die bij de vergoedingen op de site staan.

In deze algemene regels staat bijvoorbeeld dat wij alleen zorg vergoeden die u in redelijkheid nodig heeft. Dit geldt dan altijd. Ook al wordt dit niet steeds herhaald.

Bij de vergoeding kan staan dat u van ons vooraf toestemming moet hebben voor u voor behandeling naar de zorgverlener gaat.

23. **De verzekering vergoedt de zorg en diensten zolang u bij ons verzekerd bent.** Op de datum van behandeling of de datum van aflevering (bij bijvoorbeeld een geneesmiddel) moet u dus bij ons verzekerd zijn. Brengt uw zorgverlener de hele behandeling met 1 tarief in rekening, zoals bij een dbc? Dan moet u op de datum van het openen van de dbc bij ons verzekerd zijn.

24. **Wij vergoeden alleen de zorg:**

a. die naar inhoud en omvang effectief en veilig is

Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond dat de zorg goed werkt. En dit in de praktijk is gebleken. Als deze maatstaf er niet is, dan geldt wat het betrokken vakgebied goede zorg vindt. Dat is de zorg die de groep van zorgverleners normaal gesproken verleent.

b. en waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen

Dit is het geval als de zorg voor u doelmatig is. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn. Dit geldt ook voor diensten.

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen redelijke afstand van uw woonadres. Wat redelijk is, hangt af van de soort zorg en hoe dringend de zorg nodig is.

● Medisch-specialistische revalidatie

Heeft u door ziekte of ongeval (tijdelijk) problemen met bijvoorbeeld bewegen? Revalidatie zorgt dat u weer zo goed mogelijk vooruit kunt in uw leven.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% Revalidatie en medisch noodzakelijke opname
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Vaak kunnen problemen bij bijvoorbeeld bewegen worden verholpen met fysiotherapie, oefentherapie of Ergotherapie. Dan valt het revalideren onder die vergoedingen. Is uw situatie daarvoor te complex? Dan krijgt u een verwijzing naar de revalidatiearts, voor medisch-specialistische revalidatie. Daarvoor geldt de vergoeding die u nu leest.

De revalidatiearts werkt in de polikliniek van het ziekenhuis, of in een revalidatiecentrum¹.

De revalidatiearts begint met het stellen van een indicatie: hij bepaalt of medisch-specialistische revalidatie voor u de juiste zorg is. Is dat het geval? Dan krijgt u medisch-specialistische revalidatie van de revalidatiearts.

De basisverzekering vergoedt medisch-specialistische revalidatie door de revalidatiearts.

De revalidatiearts kan ook vaststellen dat intensieve behandeling door een team van zorgverleners nodig is. Dit heet interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Dit staat dan in de indicatie.

De basisverzekering vergoedt interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie alleen als al deze 6 situaties voor u gelden:

- u heeft problemen met bewegen, communiceren, uw denkvermogen of gedrag. Dit komt door stoornissen of aandoeningen in het bewegingsapparaat, het zenuwstelsel, het hart- of longstelsel, of oncologische aandoeningen
- u heeft problemen op meer gebieden (bijvoorbeeld mobiliteit, zelfverzorging en communicatie), en die problemen hangen met elkaar samen
- behandeling door een team van zorgverleners geeft beter resultaat om een handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen
- naar inschatting van uw arts levert adequate behandeling in de eerste lijn (door bijvoorbeeld huisarts of fysiotherapeut) onvoldoende resultaat op
- u kunt door deze zorg zelfstandig blijven functioneren, of de zelfstandigheid behouden die met uw beperkingen redelijkerwijs mogelijk is. Of u kunt bijvoorbeeld weer geheel of gedeeltelijk functioneren binnen uw gezin, school, werk of vrijetijdsbesteding
- een revalidatiearts is eindverantwoordelijk voor de inhoud en kwaliteit van de revalidatiezorg

Krijgt u interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie en verwacht de revalidatiearts met opname betere of snellere resultaten dan zonder opname? Dan vergoedt de basisverzekering ook de opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum.

Revalidatie en herstel

Andere vergoedingen

Voor revalidatie voor ouderen die uit het ziekenhuis komen, geldt meestal de vergoeding [Geriatrische revalidatie](#).

• Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor medisch-specialistische revalidatie geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

Geen eigen bijdrage

Voor medisch-specialistische revalidatie betaalt u geen eigen bijdrage.

• Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de revalidatiearts gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, de bedrijfsarts, een jeugdarts of een medisch specialist².

Voor interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie zonder opname moet u ons soms vooraf toestemming vragen

Stelt de revalidatiearts vast dat interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie voor u de juiste zorg is? En wordt u daarvoor niet opgenomen? Dan heeft u soms toestemming vooraf nodig.

Dit hangt af van de zorgverlener die u kiest. Er zijn 2 mogelijkheden.

1. Staat uw zorgverlener in ons [overzicht](#) toestemmingsvrije revalidatiecentra? Dan hoeft u niets te doen. Met die zorgverleners hebben wij afspraken over toestemming.
2. Staat uw zorgverlener er niet bij? Dan moet u vooraf [toestemming](#) bij ons vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de zorg niet.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de revalidatiezorg die revalidatieartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uitleg

1. Revalidatiecentrum: Een instelling voor medisch-specialistische zorg die gespecialiseerd is in medisch-specialistische revalidatie
2. Medisch specialist: Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-darm-leverarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog