



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ  
Aanvullende verzekering N.V., beide te Houten

Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, verblijf herstellingsoord, wettelijke rente, coulance

Zaaknummer : 201700290

Zittingsdatum : 22 november 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4, 2.5c en 2.12 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

---

1. Partijen

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

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Vrije Keuze Topfit afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van verblijf in een herstellingsoord gedurende de tijdvakken 20 augustus 2016 tot 17 september 2016 en 28 oktober 2016 tot 11 november 2016 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen. Voor de periode van 10 tot 17 september 2016 was evenwel per abuis een machtiging afgegeven, daarom worden de kosten van vier verblijfsdagen á € 165,- uit coulance vergoed.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 14 juni 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft

geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 augustus 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 augustus 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 6 september 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 oktober 2017 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 31 augustus 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 29 september 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017040123) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op basis van het dossier onvoldoende is aangetoond dat sprake was van een medische noodzaak in het kader van een eerstelijnsverblijf in Dennenheuvel in de periode van 20 augustus 2016 tot 17 september 2016 en van 28 oktober 2016 tot 11 november 2016. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 9 oktober 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 13 oktober 2017 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is voorafgaand aan haar heupoperatie naar herstellingsoord Dennenheuvel gegaan, omdat het gezien haar klachten niet meer houdbaar was dat zij nog thuis verbleef. Zij verbleef vanaf 20 augustus 2016 in Dennenheuvel. De heupoperatie heeft op 9 september 2016 plaatsgevonden. Ná de opname in het ziekenhuis is zij opnieuw naar Dennenheuvel gegaan. In de periode van 17 september tot 28 oktober 2016 had zij een indicatie voor geriatrische revalidatie, en zijn de kosten van het verblijf in Dennenheuvel vergoed ten laste van de zorgverzekering. Aansluitend is verzoekster in Dennenheuvel verbleven tot 11 november 2016. De ziektekostenverzekeraar wil de kosten van het verblijf in Dennenheuvel, behoudens de periode van 17 september tot 28 oktober 2016, niet vergoeden.
- 4.2. De huisarts van verzoekster heeft op 19 augustus 2016 het 'Medisch Aanvraagformulier Herstelzorg' ingevuld en ondertekend. Op dit formulier is vermeld dat de te verwachten operatiedatum 9 september 2016 is. Als reden voor opname in het herstellingsoord is het volgende vermeld: *"Coxarthrose rechts, pre-operatiev[e] opname ivm heel moeizame mobiliteit, zorgbehoefstig".* Voorts is vermeld: *"Recent diagnose coxarthrose links. Snel ontstane klachten veel pijn, re THP. Alleenwonend. Heel moeizaam mobiel, 9 sept OK heup, kan maar met moeite opstaan, in de nacht naar toilet heel moeizaam, alles teveel."* Op 1 september 2016 heeft het transferteam van Dennenheuvel namens verzoekster verzocht om een tegemoetkoming in de kosten van het verblijf aldaar. In het e-mailbericht wordt toegelicht dat verzoekster op 20 augustus 2016 vanuit huis (pre-operatief) is opgenomen onder herstelzorg, omdat de situatie thuis niet meer houdbaar was. Verzoekster kon bijna niet meer lopen en had veel hulp nodig. De inzet van thuiszorg was onvoldoende; verzoekster woont alleen en heeft niet-planbare zorg nodig. Door de pre-operatieve opname zou verzoekster beter de operatie ingaan, en beter revalideren. Bij heropname vanuit het ziekenhuis, na de operatie, zou haar indicatie worden omgezet naar geriatrische revalidatie zorg.
- 4.3. Verzoekster stelt dat de toenemende pijnklachten, gecombineerd met een al lang bestaande polyneuropathie in de onderbenen en oedeem, maakten dat op 20 augustus 2016 opname in het herstellingsoord, in afwachting van de operatie, dringend noodzakelijk was. Deze opname had ook kunnen plaatsvinden in het ziekenhuis, maar verzoekster heeft gekozen voor opname in Dennenheuvel. Dit was in alle opzichten kostenbesparend, te meer omdat zij hier korting krijgt op de verblijfskosten.

- 4.4. Verzoekster gaat ervan uit dat hetzij het zorgverzekeringsrecht een hardheidsclausule kent op grond waarvan de ziektekostenverzekeraar verplicht is, dan wel de ziektekostenverzekeraar zich op grond van coulance gehouden voelt, de kosten van het verblijf in Dennenheuvel te vergoeden.
- 4.5. Verzoekster ziet niet in waarom de onderhavige kosten niet worden vergoed op grond van artikel 3, eerste lid, van deel B van de zorgverzekering. Dit artikel biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van preventieve zorg. De pre-operatieve opname vanaf 20 augustus 2016 betrof noodzakelijke, preventieve zorg aan de vooravond van een tweede heupoperatie, gezien het risico op vallen en de gevolgen hiervan voor de operatie. Dat de betreffende preventieve zorg in een herstellingsoord is verleend, is hierbij niet van belang.
- 4.6. Verzoekster begrijpt voorts niet waarom de kosten van het aanvullend verblijf in Dennenheuvel van 28 oktober tot 11 november 2016 niet worden vergoed op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.7. Verzoekster vordert volledige vergoeding van de kosten van haar verblijf in Dennenheuvel, te weten een bedrag van € 6.042,90 alsmede de wettelijke rente vanaf 15 december 2016.
- 4.8. Verzoekster heeft bij brief van 13 oktober 2017 gereageerd op het advies van het Zorginstituut. Het moet verzoekster van het hart dat ook het Zorginstituut zich "*verschuilt*" achter formaliteiten, in casu de verwijzingsbrief van de huisarts van 19 augustus 2016, "*terwijl toch ook een verzekeringsovereenkomst te goeder trouw behoort te worden uitgevoerd met inachtneming van de materiële kanten van de zaak.*" Verzoekster stelt dat op 19 augustus 2016 preventief diende te worden gehandeld om complicaties te voorkomen. De huisarts heeft op dat moment in allerijl een verwijzing afgegeven. Door de opname in Dennenheuvel heeft verzoekster de kosten voor de ziektekostenverzekeraar beperkt. Het betreft geen herstel, maar het voorkomen van complicaties zoals bedoeld in artikel 3, eerste lid, onder 2 van de zorgverzekering. Verzoekster merkt op dat zij geen kennis heeft van de "zorgwetgeving". Het is haar wel opgevallen dat artikel 3, eerste lid, onder 1 van de zorgverzekering spreekt van 'geïndiceerde preventie' terwijl onder 2 geen sprake is van 'geïndiceerd' maar van 'zorggerelateerde' preventie. Verzoekster vraagt de commissie zo nodig de rechtsgronden aan te vullen op grond van artikel 25 Rv.
- 4.9. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoekster heeft een heupoperatie ondergaan. In de perioden voorafgaand en aansluitend op de operatie verbleef zij in Dennenheuvel. Voor een deel van de kosten met betrekking tot de periode ná de operatie is vergoeding verleend op grond van de zorgverzekering, omdat zij toen een indicatie had voor geriatrische revalidatie. De kosten van de opname vóór de operatie en van de opname aansluitend aan de geriatrische revalidatie komen niet voor vergoeding in aanmerking. In de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op verblijf in een herstellingsoord indien het verblijf is bedoeld voor herstel na een ziekte of operatie. Het is de bedoeling dat betrokkene na dit verblijf terug gaat naar de thuissituatie. Bovendien moet voorafgaand aan het verblijf toestemming zijn verleend door de ziektekostenverzekeraar. Het verblijf van 20 augustus 2016 tot 10 september 2016 komt niet voor vergoeding in aanmerking, omdat verzoekster niet aansluitend naar huis zou gaan, maar zou worden opgenomen in het ziekenhuis. Voor het verblijf van 28 oktober 2016 tot 11 november 2016 geldt dat verzoekster na de geriatrische revalidatie weer in het herstellingsoord verbleef, net zoals voorafgaand aan de operatie. Aangezien niet is voldaan aan de voorwaarden, heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van deze kosten, en is de toestemming terecht geweigerd.
- 5.2. In reactie op het beroep van verzoekster op de aanspraak op preventieve zorg, zoals opgenomen in artikel 3, eerste lid, van deel B van de zorgverzekering, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat

men niet preventief in een herstellingsoord verblijft. Een herstellingsoord biedt een mogelijkheid om te herstellen na ziekte of een operatie. De zorg in een herstellingsoord is niet gericht op het voorkomen van complicaties of het voorkomen van het verergeren van een ziekte.

5.3. Dennenheuvel heeft, voorafgaand aan de opname, ten behoeve van verzoekster toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, maar deze toestemming is niet verleend. Op 23 augustus 2016 heeft Dennenheuvel een aanvraag ingediend voor het verblijf ná de operatie. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar voor de periode van 10 tot en 17 september 2016 toestemming verleend voor het verblijf.

Op 1 september 2016 is van Dennenheuvel een aanvraag ontvangen waarin werd vermeld dat verzoekster al op 20 augustus 2016 was opgenomen. Dennenheuvel verzocht namens verzoekster om de kosten van dit verblijf ook te vergoeden. Op 6 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van verblijf voorafgaand aan de operatie.

5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft - achteraf gezien - per abuis op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering toestemming verleend voor het verblijf van 10 tot 17 september 2016, omdat inmiddels is gebleken dat sprake was van een indicatie voor geriatrische revalidatie. Omdat de toestemming echter al was verleend, ontving verzoekster een extra vergoeding voor vier verblijfsdagen á € 165,--.

Bij brief van 25 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie medegedeeld dat hij vier verblijfsdagen aan verzoekster heeft vergoed ter zake van voornoemde periode. Dit hadden evenwel vijf verblijfsdagen moeten zijn, aangezien verzoekster na de operatie van 10 tot 15 september 2016 in het herstellingsoord is verbleven.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, welk artikel op grond van artikel 1 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op deze verzekering, is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van het verblijf in een herstellingsoord gedurende de tijdvakken 20 augustus 2016 tot 17 september 2016 en 28 oktober 2016 tot 11 november 2016, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, alsmede op de wettelijke rente ter zake vanaf 15 december 2016.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepólis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 3 e.v. van deel B van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 6 van deel B van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De hoofdbehandelaar is een medisch specialist. Als de zorg in een ziekenhuis wordt verleend, kan ook een SEH-arts, verpleegkundig specialist of physician assistant hoofdbehandelaar zijn. U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts, een andere medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist-ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts, jeugdarts of consultatiebureau-arts, behalve bij spoedeisende behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan ook een verloskundige verwijzen. (...)”*

8.4. Artikel 9, tweede lid, van deel B van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geriatrische revalidatie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“lid 2 **Geriatrische revalidatie***

*Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van geriatrische revalidatie zoals specialisten-ouderengeneeskunde die plegen te bieden, als:*

- *sprake is van integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg, en*
- *bij u sprake is van kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, en*
- *de zorg gericht is op het zodanig verminderen van uw functionele beperkingen dat terugkeer naar uw thuissituatie mogelijk is, en*
- *de zorg bij aanvang gepaard gaat met een opname in een Wlz-instelling – ook wel verpleeghuis genoemd – of andere instelling die voor het leveren van geriatrische revalidatie wettelijk is toegelaten. Deze instelling heeft een gespecialiseerde afdeling ingericht voor het leveren van geriatrische revalidatiezorg.*

*Onder kwetsbaarheid verstaat ONVZ: een gelijktijdige afname op meerdere gebieden van het vermogen om weerstand te bieden aan fysieke belasting en bedreigingen door omgevingsinvloeden, waarbij sprake is van verlies aan vitaliteit, zowel lichamelijk als geestelijk.*

*Onder complexe multimorbiditeit verstaat ONVZ: de aanwezigheid van verschillende ziekten, die in combinatie leiden tot stoornissen, beperkingen, handicaps en verlies van welbevinden. De oorzaken van de problemen zijn moeilijk te ontrafelen en de effecten van de behandeling van de afzonderlijke ziekten vaak anders dan verwacht.*

*De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op:*

- *een ziekenhuisopname zoals bedoeld in artikel 6, lid 2a, waarbij u voorafgaand aan die ziekenhuisopname niet ten laste van de Wlz verbleef en werd behandeld in een verpleeghuis of andere instelling, of*
- *het ontstaan van een acute aandoening waardoor – eveneens acuut – mobiliteitsstoornissen en/of afname van zelfredzaamheid zijn opgetreden, waarbij deze aandoening, de mobiliteitsstoornissen en/of de afname van de zelfredzaamheid ook bij aanvang van de geriatrische revalidatie nog bestaan en u voor de acute aandoening medisch-specialistische zorg heeft ontvangen.*

*De indicatie voor geriatrische revalidatiezorg wordt gesteld door:*

- *de behandelend medisch specialist, met de specialist-ouderengeneeskunde, tijdens de ziekenhuisopname of*
- *een klinisch geriater of een internist-ouderengeneeskunde, tijdens een geriatrisch assessment na de acuut opgetreden aandoening.*

*De medisch specialist en andere zorgverleners in het ziekenhuis werken in samenspraak met de specialist-ouderengeneeskunde tijdens de ziekenhuisopname al systematisch aan – duidelijkheid over – het vervolgtraject geriatrische revalidatiezorg.*

*De geriatrische revalidatiezorg wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team onder leiding van een specialist-ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts op basis van een behandelplan. Dit behandelplan voldoet aan de relevante richtlijnen van het Centraal BegeleidingsOrgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO) en de behandelkaders van Verenso (de beroepsorganisatie van specialisten-ouderengeneeskunde en sociaal geriaters).*

*ONVZ vergoedt de kosten van de geriatrische revalidatie voor maximaal een periode van zes maanden. In bijzondere gevallen kan ONVZ toestemming geven voor een langere periode.*

*De geriatrische revalidatie omvat ook de ambulante revalidatiezorg als die na overgang naar huis*



wordt voortgezet.

*De kosten voor geriatrische revalidatiezorg worden in rekening gebracht met een DBC-zorgproduct."*

- 8.5. Artikel 3 van deel B van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op preventieve zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"lid 1 ONVZ vergoedt de kosten van zorg als omschreven in dit deel B ook als sprake is van de volgende vormen van preventie:*

- 1. geïndiceerde preventie, gericht op het voorkomen van ziekte bij mensen die een hoog risico op een aandoening hebben;*
- 2. zorggerelateerde preventie, gericht op het voorkomen van complicaties of verergeren van een ziekte.*

*ONVZ vergoedt geen kosten voor anonieme behandeling via internet. (...)"*

- 8.6. De artikelen 3, 6 en 9 van deel B van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, eerste lid, onderdeel b, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Geriatrische revalidatie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.5c Bzv. Verblijf is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.12 Bzv.

- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.9. Artikel 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op verblijfskosten en luidt, voor zover hier van belang:

*"lid 4 **Herstellingsoord***

*ONVZ vergoedt de kosten van verblijf in een door ONVZ erkend herstellingsoord. Het verblijf is bedoeld voor herstel na een lichamelijke ziekte of een daaraan verbonden medische behandeling zonder dat een tijdelijke opname in verband met huisartsenzorg (kortdurend eerstelijnsverblijf) geïndiceerd is. Het verblijf vindt plaats op verwijzing van de behandelend arts en ONVZ heeft vooraf toestemming gegeven. Een overzicht van de erkende herstellingsoordent kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op [www.onvz.nl/polisvoorwaarden](http://www.onvz.nl/polisvoorwaarden). (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

### Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Op basis van artikel 6 van deel B van de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch specialistische zorg, waaronder ook revalidatie valt. Er bestaat alleen aanspraak op revalidatie ten laste van de zorgverzekering indien sprake is van een complexe medische problematiek op grond waarvan een indicatie bestaat voor een multidisciplinair behandeltraject onder begeleiding van een revalidatiearts. Hiervan is bij verzoekster niet gebleken. Daarnaast heeft het Zorginstituut in zijn

advies van 29 september 2017 vastgesteld dat de huisarts verzoekster destijds heeft aangemeld voor herstellingszorg. Er is derhalve geen verwijzing afgegeven voor revalidatiezorg. Evenmin heeft de huisarts een verklaring afgegeven voor een opname in het kader van een eerstelijnsverblijf.

- 9.2. Op grond van artikel 9, tweede lid, van deel B van de zorgverzekering bestaat aanspraak op geriatrische revalidatie. Hiervoor geldt dat sprake moet zijn van kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, op grond waarvan een indicatie bestaat voor een integraal, multidisciplinair behandeltraject zoals een specialist ouderengeneeskunde dit pleegt te bieden. Uit het dossier blijkt dat verzoekster gedurende de periode van 17 september 2016 tot 28 oktober 2016 een indicatie had voor geriatrische revalidatie. Voor het verblijf gedurende de tijdvakken 20 augustus 2016 tot 17 september 2016 en 28 oktober 2016 tot 11 november 2016 is niet gebleken van een dergelijke indicatie.
- 9.3. Verzoekster heeft zich voor de vergoeding van de pre-operatieve opname vanaf 20 augustus 2016 beroepen op de aanspraak op preventieve zorg als bedoeld in artikel 3, eerste lid, van deel B van de zorgverzekering. Dit artikel biedt aanspraak op *"geïndiceerde preventie, gericht op het voorkomen van ziekte bij mensen die een hoog risico op een aandoening hebben"*. Verzoekster heeft hierbij aangevoerd dat de opname noodzakelijk was, gezien het risico op vallen en de gevolgen hiervan voor de geplande heupoperatie. De commissie overweegt dat niet is gebleken van geïndiceerde preventie, aangezien er geen verwijzing van een arts ligt voor preventieve zorg. Daarnaast kan het beperken van het risico op vallen niet worden aangemerkt als het voorkomen van een ziekte bij mensen die een hoog risico hebben op een aandoening. Tot slot kan worden opgemerkt dat een herstellingsoord is bedoeld voor het herstel na een operatie of ziekte - zoals al blijkt uit de aanduiding - en niet als een instelling waar men zonder specifieke indicatie tot nader order kan verblijven ten laste van de zorgverzekering.
- 9.4. Gezien het bovenstaande heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van de kosten van het verblijf in een herstellingsoord ten laste van de zorgverzekering, behoudens gedurende de periode dat zij een indicatie had voor geriatrische revalidatie (17 september 2016 tot 28 oktober 2016). Laatstgenoemde periode is reeds door de ziektekostenverzekeraar vergoed.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.5. Op grond van artikel 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op verblijf in een herstellingsoord indien het verblijf is bedoeld voor herstel na een lichamelijke ziekte of een daaraan verbonden medische behandeling zonder dat een tijdelijke opname in verband met huisartsenzorg (kortdurend eerstelijnsverblijf) is geïndiceerd. Hierbij is als voorwaarde gesteld dat het verblijf plaatsvindt op verwijzing van de behandelend arts. Daarnaast dient de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan het verblijf toestemming te hebben gegeven. In de situatie van verzoekster betreft het herstel de periode na de geriatrische revalidatie. Niet gebleken is dat de behandelend arts haar heeft verwezen voor het verblijf in Dennenheuvel van 28 oktober 2016 tot 11 november 2016. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar hiervoor niet voorafgaand aan dit verblijf toestemming verleend. Om die reden heeft verzoekster op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak op vergoeding van de kosten van haar verblijf in Dennenheuvel van 28 oktober 2016 tot 11 november 2016.


#### **Wettelijke rente**

- 9.6. Aangezien verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van het verblijf in Dennenheuvel, behoudens voor zover het de perioden betreft die reeds door de ziektekostenverzekeraar al dan niet per abuis zijn vergoed (10 september 2016 tot 17 september 2016 en 17 september 2016 tot 28 oktober 2016), dient haar verzoek om de wettelijke rente vanaf 15 december 2016 over het gevorderde bedrag van € 6.042,90 eveneens te worden afgewezen.







**Coulance**


- 
- 9.7. Voor zover het verzoek betrekking heeft op de mogelijkheid van een coulancevergoeding, is de commissie niet bevoegd. Het al dan niet toekennen van een zodanige vergoeding behoort in beginsel tot het eigen beleid van de ziektekostenverzekeraar, tenzij sprake zou zijn van willekeur. Dit laatste is echter gesteld noch gebleken.




**Conclusie**

- 
- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

- 
10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 22 november 2017,



A.I.M. van Mierlo