

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B en ONVZ Ziektkostenverzekeraar N.V en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. beide te Houten
Zaak	: EU / EER, Spanje, geneeskundige zorg, klinische interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022, art. 20 (EG) Verordening nr. 883/2004
Zaaknummer	: 202201398
Zittingsdatum	: 13 september 2023

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon en mr. drs. J.W. Heringa)

1. 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.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft op 11 april 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 25 april 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 8 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 14 juni 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 15 augustus 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023023820) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 16 augustus 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Op 25 augustus 2023 heeft verzoekster een aanvullend stuk aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 25 augustus 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. 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 13 september 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.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 20 september 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 15 augustus 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 2 oktober 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Optifit, ONVZ Wereldfit en ONVZ Tandfit module C (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

- 3.2. Verzoekster is sinds 1997 bekend met multiple sclerose en is rolstoelafhankelijk. In de loop der jaren zijn haar klachten toegenomen. Namens verzoekster is om toestemming gevraagd voor het doorlopen van een klinisch revalidatietraject bij Medifit in Moraira, Spanje. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens om aanvullende informatie gevraagd en deze informatie is door verzoekster aangeleverd.
- 3.3. Bij brief van 1 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat geen vergoeding wordt toegekend voor het aangevraagde klinische revalidatietraject.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 29 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 15 augustus 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 2 oktober 2023 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 de aangevraagde klinische interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie bij Medifit in Spanje.
- 4.2. Verzoekster heeft toegelicht dat zij een indicatie heeft voor intensieve revalidatie en dat haar behandeling op dit moment ontoereikend is. Zij wordt driemaal per week 45 minuten behandeld en gaat alleen maar achteruit. Zij is de afgelopen jaren steeds meer van haar zelfstandigheid verloren. Ook is haar spasticiteit toegenomen. Haar huidige activiteitsniveau en therapieën zijn onvoldoende om de verloren zelfstandigheid terug te winnen. Het is voor verzoekster uitermate belangrijk om zelfstandig te blijven zonder thuiszorg en opname in een verpleeghuis te voorkomen.
- 4.3. De behandelend revalidatiearts heeft in een ongedateerd stuk verklaard dat een poliklinisch traject, zoals door de ziektekostenverzekeraar wordt voorgesteld, in de situatie van verzoekster weinig zinvol is. Door het vervoer naar en van een revalidatiecentrum zal zij veel waardevolle energie verliezen. Hierdoor zal de therapie weinig tot geen resultaat hebben. Daarnaast moet verzoekster meerdere malen per dag revalideren om de vicieuze cirkel waar zij zich in bevindt te doorbreken. Verzoekster is niet in staat alle behandelingen achter elkaar te doen. Zij moet tussen de behandelingen door op bed uitrusten. Verzoekster is in korte tijd veel zelfstandigheid verloren door een steeds inactievere levensstijl vanwege haar klachten. Door een goed gecoördineerd klinisch revalidatietraject kan verzoekster weer onafhankelijk functioneren in haar algemene dagelijkse levensverrichtingen.
Eerstelijns stepped care is onmogelijk, omdat veel coördinatie nodig is tussen de diverse disciplines om haar goed te kunnen helpen met haar fysieke, cognitieve en emotionele/psychische problematiek. Er zijn verschillende behandeldoelen die door de betrokken disciplines op diverse manieren moeten worden behandeld. Hiervoor is wekelijks multidisciplinair overleg nodig en zijn evaluaties met de betrokken partijen noodzakelijk, zodat het programma constant kan worden aangepast aan de belastbaarheid en behandeldoelen.
- 4.4. In het verleden heeft verzoekster met succes een revalidatietraject bij Medifit doorlopen. Ter onderbouwing hiervan heeft zij verklaringen van haar huisarts, behandelend neuroloog en behandelend fysiotherapeut overgelegd. Destijds is het revalidatietraject ook vergoed door de ziektekostenverzekeraar.

- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zij tijdens haar verblijf bij Medifit in 2020 niet in de instelling kon overnachten vanwege corona. De ziektekostenverzekeraar maakt hieruit ten onrechte op dat een klinische opname niet nodig is. Als verzoekster nu naar Medifit zou gaan voor een revalidatietraject, zal zij klinisch worden opgenomen. Dit is nodig, omdat verzoekster zich niet zelfstandig kan redden. Zij kan niet alleen ergens overnachten. 's Nachts wordt geen zorg geleverd door Medifit.
- Bij Medifit wordt een intensief revalidatieprogramma aangeboden. Verzoekster heeft begrepen dat een dergelijk programma in Nederland niet beschikbaar is. Op dit moment heeft verzoekster tweemaal in de week fysiotherapie. Bij Medifit wordt in één dag meer gedaan dan in twee weken fysiotherapie.
- Verzoekster is voor een intake naar Medifit gegaan en daar is een aanvraag opgesteld. Deze aanvraag is op 22 december 2022 bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Uit het voorlopig advies van het Zorginstituut blijkt dat verzoekster een indicatie heeft voor revalidatie. Volgens verzoekster kan een nieuwe aanvraag worden opgesteld, maar staat de revalidatiearts niet achter een poliklinisch traject. Er is niet voor niets een aanvraag ingediend voor een klinisch traject. Tijd is voor verzoekster erg kostbaar. Veel reizen is voor haar niet mogelijk. Wat is opgebouwd met revalidatie wordt door het reizen van een naar de kliniek direct weer afgebroken. Dit geldt als de revalidatie plaatsvindt in een kliniek in Nederland.
- 4.6. 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 verklaard dat de klinische interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie bij Medifit in Spanje niet wordt vergoed. Hij heeft bij brief van 11 november 2023 toegelicht dat hij de rechtmatigheid van de zorg die wordt aangevraagd toetst. De ziektekostenverzekeraar gaat na of wordt voldaan aan de voorwaarden voor aanspraak op vergoeding vanuit de Zorgverzekeringswet. In de nota 'Indicatiestelling medisch specialistische revalidatie' van april 2016 van de Nederlandse Vereniging Revalidatie Artsen is aangegeven dat "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". Volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is het voorgestelde behandelplan niet op de belastbaarheid van verzoekster aangepast. Dit wordt wel als eis gesteld in het rapport van het Zorginstituut 'Rapport Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden' uit 2015. Daarom is de aangevraagde zorg geen zorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden.
- Voorts blijkt uit de verklaring van de revalidatiearts niet van een klinische indicatie. Het is voor de ziektekostenverzekeraar onvoldoende navolgbaar dat in de situatie van verzoekster een klinische opname nodig is, omdat de problematiek van verzoekster normaal niet in een klinische setting wordt opgelost. Uit de aanvraag blijkt niet dat verblijf thuis niet meer mogelijk is, dat een klinische behandeling aannemelijk beter is dan een poliklinische, en er is ook geen sprake van een vraag voor vermindering van zorgbehoefte bij verblijf in een instelling. De redentatie om te komen tot een klinische revalidatiesetting is onvoldoende toegelicht.
- Ook betwist de ziektekostenverzekeraar de doelmatigheid van het voorgestelde intensieve klinische behandelplan.
- 5.2. Bij brief van 28 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat er een geldige indicatie voor medisch-specialistische revalidatie zou kunnen zijn. Verlies van vaardigheden bij multiple sclerose om zelfstandig te participeren, is hierbij een belangrijke factor. De noodzaak tot opname in een instelling in Spanje is echter onvoldoende navolgbaar. In de aanvraag wordt gesproken over beperkte belastbaarheid en een laag energieniveau. Dit is op zichzelf al een contra-indicatie voor medisch-specialistische revalidatie en zeker geen vanzelfsprekende indicatie voor klinische medisch specialistische revalidatie. Uit de eerder aangehaalde nota, aldus de

ziektelkostenverzekeraar, moge blijken dat een patiënt in zodanige fysieke en mentale conditie dient te verkeren dat hij of zij de intensiteit van de behandeling moet kunnen volgen.

- 5.3. Bij brief van 8 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat door verzoekster in een telefoongesprek op 14 februari 2023 is bevestigd dat geen sprake is van een klinische opname, maar van overnachting zonder zorg. Er wordt echter wel een klinische opname gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft zich naar aanleiding van dit telefoongesprek bereid getoond een ambulant behandeltraject opnieuw te beoordelen. Hiervoor is een aangepast behandelplan nodig van de behandelend arts, maar deze werkt hier niet aan mee. Zonder volledige aanvraag voor een ambulant traject kan geen medisch-inhoudelijke beoordeling volgen. Er is een aanvraag gedaan voor een klinisch traject en deze kan niet als een aanvraag voor een niet-klinisch traject worden beoordeeld door enkel aan te geven dat verzoekster niet bij Medifit overnacht.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat hij een klinisch revalidatietraject als niet navolgbaar heeft beoordeeld. Het Zorginstituut heeft dit in het voorlopig advies aan de commissie bevestigd. Op dit moment ligt er een aanvraag voor een klinisch traject met bijbehorende offerte. Op basis daarvan kan niet worden beoordeeld of verzoekster is aangewezen op een poliklinisch traject. Daarom moet een nieuwe aanvraag worden ingediend met bijbehorende offerte. De ziektekostenverzekeraar zal een nieuwe aanvraag in het licht van het voorlopig advies van het Zorginstituut beoordelen. Het is volgens de ziektekostenverzekeraar in principe niet relevant of verzoekster in Nederland of Spanje revalideert als aanspraak bestaat op revalidatiezorg.
De ziektekostenverzekeraar merkt op dat uit het huidige dossier niet goed kan worden opgemaakt wat de verschillende vormen van interventie gaan bijdragen aan het beperken van de functiestoornis en het behoud van zelfstandigheid. Het standaardprogramma van Medifit, zoals dat nu is overgelegd, voldoet in essentie niet aan de eisen die momenteel gesteld worden aan een aanvraag zoals bedoeld in de polisvoorwaarden. Het Zorginstituut wijst daar in het voorlopig advies aan de commissie ook op.
De ziektekostenverzekeraar bestrijdt dat Medifit de enige instelling is die een dergelijk intensief revalidatietraject aanbiedt. Ook Nederlandse instellingen bieden een programma aan patiënten met een vergelijkbaar ziektebeeld die vergelijkbare revalidatie nodig hebben.
De ziektekostenverzekeraar is bereid zich flexibel op te stellen bij de beoordeling van een nieuwe aanvraag. Er bestaan op dit moment twee mogelijkheden. Ten eerste kan de revalidatiearts een nieuwe aanvraag opstellen voor een poliklinisch revalidatietraject. Als hij daar moeite mee heeft, kan hij contact opnemen met de zorgverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar zal zich coulant opstellen en kan daardoor op korte termijn een beslissing nemen. Een poliklinisch revalidatietraject wordt dan mogelijk vergoed. Verzoekster zal zelf de overnachtingen moeten vergoeden. De tweede mogelijkheid is dat verzoekster een poliklinisch revalidatietraject volgt in Nederland. Hier mag de ziektekostenverzekeraar niet actief in adviseren. Verzoekster zal zelf op zoek moeten gaan naar een gecontracteerde zorgaanbieder.
De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat het aan de revalidatiearts is om te adviseren over het revalidatieprogramma. Dit met uitzondering van de aanspraak vraag of verzekeringstechnisch aanspraak bestaat op een klinisch of poliklinisch traject.
- 5.5. 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 15 augustus 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

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' is de reikwijdte van de medisch specialistische revalidatie beschreven. In het rapport duidt het Zorginstituut wat medisch-specialistische revalidatie is zoals medisch specialisten (revalidatieartsen) die plegen te bieden. 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.

Is verzoekster aangewezen op de zorg in geschil

De indicatiestelling voor iMSR en klinische behandeling (ten opzichte van poliklinische) is vermeld in de Nota Indicatiestelling 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 MS (een verworven ziekte van het zenuwstelsel) is bij verzoekster sprake van een motorische verslechtering, waardoor zelfzorg en zich verplaatsen zodanig worden beperkt dat verzoekster haar zelfstandigheid dreigt te verliezen. Daarnaast zijn er ook psychische en sociale behandeldoelen. Medifit heeft in een eerder traject al bewezen dat de aangeboden iMSR de fysieke en psychosociale toestand van verzoekster (tijdelijk) verbetert. Verzoekster heeft hieraan eerder ook actief deel kunnen nemen, en er kan verondersteld worden dat dit opnieuw haalbaar is. 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.

Niet onbetwist 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. Aangezien verzoekster volgens het dossier zou hebben aangegeven dat geen sprake is van een klinische opname maar van een 'overnachting zonder zorg', is vergoeding vanuit de basisverzekering passend voor poliklinische iMSR, maar vergoeding voor verblijf tijdens de nacht niet. Dat vanwege de locatie van Medifit in Spanje verblijf thuis tijdens de behandeling niet mogelijk is, doet daar niets aan af. Met het argument voor de noodzaak van een klinische behandeling, zijnde teveel energieverlies tijdens het vervoer, wordt 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. Dit geldt ook voor de overweging dat verzoekster tussen behandelcomponenten door moet kunnen uitrusten, aangezien dat voor zowel poliklinische als klinische iMSR van toepassing kan worden geacht. 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. Verzoekster is echter niet redelijkerwijs aangewezen op een klinische in plaats van een poliklinische behandeling.

Het 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 2 oktober 2023 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."

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 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en (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. De commissie merkt op dat met de verordening geen uitbreiding van de verzekerde zorg en andere diensten is beoogd.
- 8.3. Verzoekster wil graag dat de aangevraagde klinische interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie wordt vergoed door de ziektekostenverzekeraar, omdat haar huidige behandeling niet toereikend is en zij haar zelfstandigheid zoveel mogelijk wenst te behouden. De commissie begrijpt de wens van verzoekster. Zij heeft echter de taak om te beoordelen of de aangevraagde behandeling voor vergoeding in aanmerking komt vanuit de zorgverzekering binnen het kader van de wet- en regelgeving.
- 8.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de gevraagde toestemming geweigerd, in de eerste plaats omdat volgens hem geen sprake is van zorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden. Daarmee zou de behandeling geen verzekerde prestatie vormen onder de zorgverzekering. De

commissie overweegt dat geneeskundige zorg, op grond van artikel 2.4, eerste lid, Bzv, zorg omvat, zoals medisch specialisten - waaronder revalidatieartsen - die plegen te bieden. Verder geldt dat de zorg en andere diensten op grond van artikel 2.1, tweede lid, Bzv, moeten voldoen aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'.

In zijn advies aan de commissie zet het Zorginstituut uiteen 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. Medifit biedt interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie, uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. De (soort) zorg die Medifit aanbiedt behoort aldus tot het domein van de Zvw.

De commissie ziet in hetgeen de ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd met betrekking tot de onvolledigheid van het behandelplan van Medifit geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Het Zorginstituut stelt in zijn advies aan de commissie dat het uitvoerige behandelplan van Medifit voldoet aan het criterium dat ter zake is opgenomen in zijn vervolgstandpunt van 27 juni 2023.

De commissie concludeert dat de interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie die door Medifit wordt aangeboden, 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 zodat de interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie die door Medifit wordt aangeboden een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering.

- 8.5. Vervolgens dient te worden beoordeeld of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op klinische interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie.
- In zijn advies aan de commissie van 15 augustus 2023 merkt het Zorginstituut op dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie.
- De volgende vraag is of zij 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 criteria 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. Het praktische probleem dat verzoekster niet naar huis kan door de locatie van Medifit en de door haar aangevoerde argumenten, te weten het energieverlies dat optreedt tijdens het vervoer en de wenselijkheid uit te rusten tussen de verschillende behandelcomponenten, maken de conclusie niet anders, aldus het Zorginstituut.
- De commissie ziet 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 de aangevraagde behandeling op basis van de zorgverzekering. Omdat met de verordening geen uitbreiding van de verzekerde zorg en andere diensten is beoogd, werd de toestemming op grond van de verordening terecht geweigerd. De vraag of de aangevraagde behandeling doelmatig is, kan gelet op het voorgaande onbeantwoord blijven.

Slotsom

- 8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 oktober 2023,

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 ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

● 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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;

b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:

1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;

2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;

3°. verlamde of verslachte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelen, 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. (...)*”