

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E te F en G te H  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, klinische revalidatie bij instabiele nek  
Zaaknummer : 2012.00807  
Zittingsdatum : 19 december 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P.Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.6, 2.10 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, art. 20 Vo 883/2004, art. 56 VWEU)

---

## 1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen

1) E te F en

2) G te H,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Nuon Polis vier sterren en de Beter Af Tandarts Polis vier sterren afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

## 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een behandeling, ondergaan in Moraira (Alicante, Spanje) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 28 december 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 23 januari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 12 juli 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 oktober 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 oktober 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 30 oktober 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 8 oktober 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 9 november 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012114717) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen noodzaak bestaat voor een intramurale behandeling, geen sprake is van multidisciplinaire revalidatiezorg onder leiding van een revalidatiearts en de indicatie van verzoeker niet voldoet aan één van de indicaties van de lijst chronische fysiotherapie op grond waarvan extramurale fysiotherapie in het kader van de Zvw vergoed kan worden. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 december 2012 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 20 december 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 2 januari 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

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

- 4.1. Verzoeker heeft sinds lange tijd pijnklachten in de nek en schouder in combinatie met duizeligheid, wazig zien, oorsuizen en concentratieproblemen. Hiervoor heeft hij in Nederland verschillende specialisten geraadpleegd. Uit de lange klachtengeschiedenis blijkt dat in de reguliere zorg geen oplossing voor verzoeker bestaat. Hij is daarom ten einde raad terecht gekomen bij Medifit in Spanje, waar hij is gezien door een orthopeed. Deze heeft een cervicalgia met pseudoradiculair syndroom gediagnosticeerd. Vervolgens is verzoeker doorverwezen naar een orthopedisch manueel therapeut die na onderzoek een instabiele nek heeft genoemd als oorzaak van de klachten.
- 4.2. Het door Medifit voorgestelde revalidatietraject is een multidisciplinair behandeltraject van vier weken onder supervisie van een orthopeed.

- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat in het CVZ-advies wordt opgemerkt dat vergoeding zou zijn afgewezen omdat de behandeling van instabiele nek ook in Nederland kan plaatsvinden. Dit is juist, maar de behandeling in Nederland is er meer op gericht te leren omgaan met de instabiele nek, en niet om de klachten weg te nemen. Verder zou sprake zijn geweest van een opname. Dit is niet juist. Overdag wordt behandeld in de kliniek zelf, en in het weekend is er geen behandeling. Er zijn afspraken met een appartementencomplex in de nabije omgeving, waar kan worden verbleven. Het gaat derhalve niet om een klinische behandeling. Verzoeker heeft in Nederland verschillende artsen geraadpleegd, maar niemand kon hem van zijn klachten afhelpen. Er is sprake geweest van een verwijzing door de huisarts. Ook is een diagnose gesteld door een orthopeed.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De diagnose 'instabiele nek' is een vaker voorkomende diagnose die ook in Nederland kan worden behandeld. Daarvoor zijn verschillende behandelmethodes beschikbaar in de vorm van enkelvoudige fysiotherapie en/of manuele therapie en/of orthomaniplatie. Niet al deze behandelingen kunnen overigens ten laste van de zorgverzekering worden gebracht. De onderhavige diagnose met bijbehorende klachten zal nooit een indicatie vormen voor een klinisch revalidatietraject. Meer voor de hand liggend is, indien enkelvoudige behandelingen geen effect hebben, een poliklinische multidisciplinaire aanpak waarbij primair een specialist of revalidatiearts eindverantwoordelijk is. Hiervan is bij de voorgestelde klinische revalidatie bij Medifit in Spanje geen sprake.
- 5.2. De reden dat de ziektekostenverzekeraar van mening is dat sprake is van klinische revalidatie, is dat de behandeling intern heeft plaatsgevonden. Verder benadrukt de ziektekostenverzekeraar dat geen geldige verwijzing door een huisarts heeft plaatsgevonden.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat uit een brief van Medifit blijkt dat een behandelplan is voorgesteld van vier weken. Deze zou intern plaatsvinden. Hieruit heeft de ziektekostenverzekeraar opgemaakt dat het ging om intramurale zorg. Er is geen sprake geweest van een multidisciplinaire behandeling. Ook is geen sprake van fysiotherapie voor een chronische indicatie. Om die reden kan geen vergoeding worden verleend.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 16 van de zorgverzekering 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 8 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“U heeft aanspraak op revalidatie, maar uitsluitend als:*

- deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag;*
- u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.*

*Revalidatie kan plaatsvinden:*

- in een klinische situatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname. U heeft, bij revalidatie in een klinische situatie, aanspraak op vergoeding van de kosten voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen. Voor de berekening van de 365 dagen tellen ook mee de overige opnames in (psychiatrische) ziekenhuizen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen;*
- in een niet-klinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).”*

- 8.4. Artikel 26 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie en luidt, voor zover hier van belang:

*“Wij vergoeden per aandoening de kosten van de 13e en daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut bij bepaalde aandoeningen, overeenkomstig bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Het overzicht uit bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van de brochure 'Paramedische Zorg' en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. (...)*

*De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten respectievelijk als zorg plegen te bieden. (...)*

- 8.5. Artikel 19 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*“Bij gebruik van zorg in een EU/EER-staat of verdragsland heeft u naar keuze aanspraak op:*  
– *zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;*  
– *zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;*  
– *vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de [zorgverzekering] tot maximaal:*  
– *wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;*  
– *het op dat moment op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*  
– *wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag. (...)*”

- 8.6. Artikel 2.5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*“U heeft slechts recht op zorg voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.”*

- 8.7. De artikelen 2.5 en 19 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering en 8 en 26 van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Paramedische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv en Bijlage 1 Bzv. Verblijf is geregeld in artikel 2.10 Bzv. Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

- 8.9. 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.

8.10. Artikel 20 van Vo 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. (...)*”

9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Aangezien verzoeker niet voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, behoeft, gelet op het arrest Stamatelaki (HvJ 19 april 2007, C-444/05) door de ziektekostenverzekeraar niet te worden getoetst aan artikel 20 Vo 883/2004. Op grond van artikel 56 van het Verdrag inzake de Werking van de Europese Unie (VWEU) en de uitleg daarvan door het Europese Hof van Justitie – Müller-Fauré en Van Riet (C-385/99) – mag voor intramurale zorg (zorg die gepaard gaat met opname en minimaal één overnachting) het toestemmingsvereiste worden gesteld. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar met zoveel woorden gedaan in artikel 19 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Indien door de ziektekostenverzekeraar – desnoods achteraf – toestemming is verleend, bestaat op basis van dit artikel in dat geval aanspraak op maximaal het tarief dat in het woonland voor de zorg wordt vergoed, indien is voldaan aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Dienaangaande geldt het volgende.
- 9.2. Beoordeeld moet worden of de door verzoeker ondergane zorg een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en of hij daarvoor een indicatie had. Gelet op het advies van het CVZ van 9 november 2012 vormen (klinische) revalidatie en enkelvoudige fysiotherapie verzekerde prestaties in het kader van de zorgverzekering. Het CVZ is echter van mening dat in dit geval klinische revalidatie als bedoeld in artikel 8 van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering niet was aangewezen, omdat bij verzoeker geen sprake was van een complexe medische problematiek op grond waarvan een indicatie bestaat voor een multidisciplinair behandeltraject onder begeleiding van een revalidatiearts. Derhalve is niet voldaan aan het gestelde in artikel 2.5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering. Voorts komt de aandoening van verzoeker niet voor op Bijlage 1 Bzv waarnaar artikel 26 van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering verwijst, zodat hij geen indicatie heeft voor enkelvoudige fysiotherapie, ten laste van de zorgverzekering. De commissie volgt het advies van het CVZ en maakt de conclusie hiervan tot de hare.

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

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

### **Conclusie**

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

### 10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 januari 2013,

Voorzitter