

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202402065

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 16 november 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 3 december 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 26 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 4 maart 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 16 april 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025005722) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 23 april 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster heeft de commissie op 22 mei 2025 een aanvullende verklaring, gedateerd 16 mei 2025, van haar behandelend neurochirurg toegezonden. Een kopie van deze verklaring is op dezelfde datum aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 2 juni 2025 aanvullend gereageerd. Een kopie van deze brief is op 4 juni 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 juni 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. Na de zitting is verzoekster in de gelegenheid gesteld nadere stukken over te leggen. Dit heeft zij gedaan op 5 juni 2025. Kopieën van deze stukken zijn aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 juli 2025 hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is aan verzoekster gezonden.
- 1.7. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken van 22 mei 2025, 2 juni 2025, 5 juni 2025 en 4 juli 2025 zijn op 7 juli 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het

verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 16 april 2025 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie ook nadere vragen gesteld. Bij brief van 15 juli 2025 heeft het Zorginstituut de vragen van de commissie beantwoord en meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld om op het definitief advies te reageren. Hiervan hebben zij geen gebruik gemaakt.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2023 en 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om deze reden verder onbesproken.
- 2.2. Ten behoeve van verzoekster is op 8 november 2023 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie, gebaseerd op het David Back concept, uit te voeren in het Ziekenhuis Oost-Limburg in Genk, België. Op 15 januari 2024 is zij met de behandeling gestart.
- 2.3. Bij brief van 7 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen, maar dat zij wel een akkoordverklaring krijgt voor ergotherapie.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 8 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 16 april 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 15 juli 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie, uitgevoerd in het Ziekenhuis Oost-Limburg in Genk, België, te vergoeden.
- 3.2. Zij heeft hiertoe aangevoerd, zoals verwoord in haar brief van 16 november 2024, dat zij is gediagnosticeerd met degeneratief lumbaal lijden en aanhoudende nek-, rug-, en armklachten. Voor de behandeling van deze klachten is verzoekster door haar neurochirurg verwezen voor een interdisciplinair revalidatietraject waarbij het David Back concept wordt toegepast. Verzoekster stelt dat zij al meer dan 20 jaar nek-, rug-, en armklachten heeft. Hierdoor heeft zij vaak hoofdpijn, duizeligheid en een doof gevoel in haar armen en vingers. Haar bewegingsvermogen is beperkt, wat haar functioneren in het dagelijks leven belemmert. Verzoekster kan niet langdurig zitten, ook niet met een aangepaste werkplek. Zij moet regelmatig van houding veranderen, meer bewegen en vaker pauzeren. De pijn straalt uit van haar nek naar haar schouders en armen, wat leidt tot hoofdpijn. In de nacht wordt verzoekster vaak wakker van de pijn. Haar sociale leven is beperkt.
- 3.3. Verzoekster heeft tussen 2000 en 2011 verschillende therapieën gehad, zoals fysiotherapie, manuele therapie, osteopathie, chiropractie en Mensendiecktherapie. Van 2011 tot 2022 heeft zij intensieve, regelmatige behandelingen ondergaan bij verschillende zorgverleners, waaronder trajecten van fysio- en oefentherapie. Vanwege onvoldoende resultaat heeft verzoekster, op aanraden van de huisarts, regelmatig een chiropractor en osteopaat bezocht. Het effect was steeds tijdelijk en de klachten keerden daarna terug. Daarom heeft de huisarts

verzoekster doorverwezen naar het Ziekenhuis Oost-Limburg. Verzoekster is inmiddels al twee jaar onder behandeling bij de neurochirurg in Genk. Na een periode van uitgebreide onderzoeken concludeerde deze arts dat een interdisciplinair revalidatietraject was aangewezen. Het gecontracteerde ziekenhuis gaf aan dat de zorg onder de basisverzekering valt en dat verzoekster voldoet aan de toepasselijke voorwaarden. Het traject, waarmee zij op 15 januari 2024 is gestart, heeft verzoekster aanzienlijk beter geholpen dan de eerdere behandelingen, en zij ervaart een positief effect op haar klachten.

- 3.4. Verzoekster stelt dat haar behandelend arts heeft verklaard dat - in tegenstelling tot wat de ziektekostenverzekeraar aanvoert - er wel degelijk sprake is van multidisciplinaire medisch specialistische revalidatie waarbij meerdere zorgverleners betrokken zijn. Verzoekster heeft jarenlang eerstelijnsbehandelingen ondergaan maar deze hielpen onvoldoende. De artsen hebben andere mogelijkheden onderzocht om haar te helpen. De beoordeling van de doelmatigheid behoort volgens verzoekster toe aan de medisch specialist die alle resultaten tot zijn beschikking heeft. Juist het onderhavige traject is door de arts als doelmatig beoordeeld. Verzoekster stelt in dit verband dat haar behandelend arts het standpunt van het Zorginstituut over interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie heeft gebruikt als basis voor zijn argumentatie en ter ondersteuning van de aanvraag voor het revalidatietraject. Verzoekster behoort tot de indicatiegroepen voor interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Daarnaast voldoet de aangevraagde behandeling volgens haar revalidatiearts aan de eisen zoals omschreven in het standpunt van het Zorginstituut. Zij verwijst hierbij naar de aanvullende verklaring van de behandelend neurochirurg van 16 mei 2025.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat zij aan een aanrijding een chronische whiplash heeft overgehouden. Door overbelasting heeft zij klachten in het hele gebied van haar rug, nek en armen. Verzoekster begrijpt dat er regels zijn. Zij heeft al jarenlang therapie gehad bij verschillende specialisten. De behandelend neurochirurg kwam tot het oordeel dat revalidatie nog de enige optie is. Verzoekster heeft op het oordeel van de neurochirurg vertrouwd. De arts is bekend met de voorwaarden en is ervan overtuigd dat sprake is van een interdisciplinair traject. Verzoekster heeft dit traject inmiddels afgerond. Er is een intakegesprek gevoerd waarbij een psycholoog aanwezig was. Verzoekster kreeg oefeningen die specifiek gericht waren op de klachten en waarbij haar spieren ook konden herstellen. Daarnaast kreeg zij oefeningen, gesprekken met een psycholoog en workshops die inzicht geven op het gebied van slapen, eten en stress. De behandelend arts heeft aan verzoekster aangegeven dat de standaard toelichting doorgaans als voldoende wordt aangemerkt door een verzekeraar. Verzoekster verklaart dat er declaraties zijn ingediend bij de ziektekostenverzekeraar en dat deze in eerste instantie ook zijn vergoed. Enige tijd later is dit weer teruggedraaid. Verzoekster heeft na afloop van de zitting hiervan de stukken overgelegd.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aanvraag terecht is afgewezen. Hij heeft hiertoe in zijn brief van 8 augustus 2024 aangevoerd dat interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie onder voorwaarden wordt vergoed vanuit de zorgverzekering. Hieronder wordt verstaan: een revalidatietraject in een instelling voor medische revalidatie door een samenhangend, interdisciplinair team dat intensief samenwerkt om het behandeldoel te bereiken. Dit team moet onder centrale regie van een revalidatiearts staan en verbonden zijn aan een instelling voor medische revalidatie. Dit volgt uit artikel B.4.6.1 van de verzekeringsvoorwaarden. Om te beoordelen of verzoekster voldoet aan de voorwaarden heeft de ziektekostenverzekeraar gebruikt gemaakt van het rapport van het Zorginstituut 'Standpunt medisch-specialistische revalidatie - zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden' uit 2023. De ziektekostenverzekeraar stelt dat bij verzoekster geen sprake is van interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Zo is niet gebleken dat de intake en behandeling worden gedaan door

meerdere zorgverleners op een interdisciplinaire manier. Daarnaast is niet voldaan aan het principe van stepped care. Er heeft bij verzoekster in de afgelopen 12 maanden namelijk geen adequate behandeling plaatsgevonden in de eerste lijn. Het aangevraagde traject is voor verzoekster niet doelmatig en kan niet worden vergoed vanuit de zorgverzekering.

- 4.2. In zijn brief van 26 februari 2025 aan de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar hieraan ter toelichting toegevoegd dat de oefentherapeut Mensendieck verzoekster voor het laatst in 2013 en 2014 heeft behandeld. Dit is inmiddels meer dan 10 jaar geleden. Verzoekster heeft voorheen ook regelmatig een chiropractor bezocht, de laatste keer was echter al in juli 2021. Hieruit blijkt dat er recent onvoldoende stepped care in de eerste lijn heeft plaatsgevonden. Uit de toelichting van de behandelend arts blijkt dat er weliswaar mogelijk multidisciplinair overleg plaatsvindt, maar de feitelijke behandeling bestaat uit 36 x 2 uur fysiotherapie. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de behandeling daarom monodisciplinair lijkt. Er is niet gebleken dat sprake is van een benadering conform het biopsychosociaal model waarbij er ook interdisciplinair wordt samengewerkt. Daarmee betreft het geen interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie zoals bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden en de Zorgverzekeringswet.
- 4.3. In de brief van 2 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd op de nagekomen brief van 16 mei 2025 van de behandelend neurochirurg. De conclusie van de ziektekostenverzekeraar blijft dezelfde: Er is geen sprake van interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie én verzoekster is hierop niet redelijkerwijs aangewezen. Aangezien het volgens de ziektekostenverzekeraar alleen gaat om fysiotherapie heeft hij nog beoordeeld of er mogelijk een indicatie is voor enkelvoudige fysiotherapie vanuit de zorgverzekering. Dit is niet het geval. De aanwezige klachten zijn niet het gevolg van een indicatie die aanspraak geeft op vergoeding van fysiotherapie in de eerste lijn.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij begrijpt dat verzoekster op zoek is gegaan naar een oplossing voor haar klachten. Hij begrijpt ook dat verzoekster hierbij heeft vertrouwd op het oordeel van de arts. De arts gaat echter niet over de vraag of een behandeling kan worden vergoed vanuit de zorgverzekering. Deze beoordeling ligt bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar volgt de conclusie van het advies van het Zorginstituut van 16 april 2025. Er wordt door de zorgaanbieder alleen fysiotherapie gedeclareerd. Er is dan ook geen sprake van interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Uit de stukken blijkt niet dat andere domeinen zijn aangedaan en de ernst en complexiteit zijn niet voldoende beschreven. De behandelingen fysiotherapie kunnen niet vanuit de zorgverzekering worden vergoed, omdat de aandoening van verzoekster niet staat vermeld op bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering.
- 4.5. In reactie op de door verzoekster aangeleverde informatie over de eerder vergoede behandelingen fysiotherapie, heeft de ziektekostenverzekeraar in de brief van 4 juli 2025 gesteld dat deze declaraties ten onrechte zijn betaald. De ziektekostenverzekeraar vindt het echter niet redelijk om deze door hem gemaakte fout te corrigeren. Verzoekster ontvangt daarom op korte termijn een nieuwe correctie en de declaraties worden alsnog aan haar vergoed.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 16 april 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Uit het standpunt ‘Medisch Specialistische Revalidatie - zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden’ blijkt dat chronische pijn een indicatie kan vormen voor IMSR, mits de patiënt voorafgaand

hieraan de stappen van het stepped care model heeft doorlopen, inclusief multidisciplinaire zorg in de eerste lijn. Dit uitgangspunt, alsmede de inhoudelijke uitgangspunten voor het revalidatiebehandelprogramma IMSR, staan beschreven in Hoofdstuk 2 van het standpunt. Een interdisciplinaire intake, interdisciplinaire samenwerking tijdens de behandeling en regelmatig gezamenlijk overleg zijn onderdelen hiervan. Ook volgt uit het standpunt dat bij patiënten met chronische pijn sprake moet zijn van stoornissen op meerdere functiedomeinen.

Zoals hiervoor reeds benoemd is voor het stellen van de indicatie voor IMSR bij chronische pijn één van de uitgangspunten, dat de voorliggende stappen van het stepped care model in voldoende mate moeten zijn ingevuld. Op grond van de informatie in het dossier is niet duidelijk of verzoekster hieraan voldoet, omdat er geen informatie beschikbaar is over eerstelijns behandelingen die hebben plaatsgevonden in de twee jaar voorafgaand aan de ingestelde behandeling, conform het principe van stepped care.

Daarnaast worden de ernst en complexiteit van de klachten nergens door de revalidatiearts benoemd. In de brieven van de revalidatiearts is geen aandacht aan psychische of sociale factoren besteed. Ook zijn nergens uitkomsten van meetinstrumenten opgenomen waarmee de ernst van de klachten in beeld wordt gebracht. Niet is beschreven welke domeinen van het functioneren van verzoekster zijn aangedaan en of die in het behandelprogramma aandacht kunnen krijgen. In de pijnrevalidatie is het voorts gebruikelijk om het WPN-niveau (Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland) van de pijnklachten in te schatten, wat evenmin in het dossier is terug te vinden.

Door het ontbreken van informatie over recente eerdere behandelingen in het kader van stepped care en over functiestoornissen op psychisch of sociaal gebied, is onvoldoende onderbouwd dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op het ambulant multidisciplinair revalidatietraject in Genk.

Interdisciplinair behandelprogramma

Alhoewel uit het voorgaande volgt dat verzoekster niet redelijkerwijs was aangewezen op IMSR, merkt het Zorginstituut ten overvloede het volgende op met betrekking tot het interdisciplinaire aspect van het revalidatieprogramma. Specifiek voor IMSR bij chronische pijn heeft de Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) in 2017 een Position Paper geschreven, waarin onder andere de specifieke invulling van een interdisciplinair team is beschreven.

Op 10 april 2024 heeft de VRA een behandelrichtlijn voor IMSR bij chronische pijn gepubliceerd. Ook hierin wordt het interdisciplinaire karakter van de behandeling benoemd. Bij het revalidatieprogramma van verzoekster wordt het ‘David Back concept’ genoemd. Dit in beginsel monodisciplinaire oefenprogramma staat kennelijk aan de basis van het als multidisciplinair benoemde rug- en nekrevalidatieprogramma in Genk. Het programma in Genk staat onder regie van een revalidatiearts, die zelf de intake heeft gedaan. Bij het verslag van de intake zijn bijlages toegevoegd over de inhoud van het behandelprogramma. Nergens blijkt uit de omschrijving van het programma dat er naast fysiotherapeuten, ook andere zorgprofessionals, zoals een ergotherapeut of psycholoog, daadwerkelijk zijn ingezet, hoewel het programma wel als multidisciplinair wordt omschreven. Ook in de kostenberekening komen alleen de 36 behandeluren van de fysiotherapeut voor. In de latere brieven van de revalidatiearts van 27 mei 2024 en 10 juli 2024 wordt ook geen melding gemaakt van andere disciplines die een bijdrage hebben geleverd aan het behandelprogramma. Op basis van de beschikbare omschrijvingen van het behandelprogramma in het dossier blijkt dus niet dat er sprake is van een interdisciplinaire behandeling. Het aan verzoekster aangeboden revalidatieprogramma voldoet hiermee niet aan de uitgangspunten voor IMSR.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet worden geconcludeerd dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op een IMSR behandeling. Het revalidatietraject dat bij

verzoekster is toegepast in Genk, komt hiermee niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Ten overvloede merkt het Zorginstituut op dat tevens geen sprake lijkt te zijn van een interdisciplinaire revalidatiebehandeling.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster is niet redelijkerwijs aangewezen op het revalidatietraject in Genk en kan geen aanspraak maken op vergoeding hiervan ten laste van de basisverzekering.”

- 5.2. In het definitief advies van 15 juli 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“U vraagt het Zorginstituut in te gaan op de stelling van verzoekster, zoals in hoorzittingsverslag opgenomen, dat de behandeling niet enkel bestond uit fysiotherapie. Daarnaast vraagt u het Zorginstituut in te gaan op de stelling van verweerder dat de behandelingen van fysiotherapie niet vanuit de basisverzekering kunnen worden vergoed.

Tijdens de hoorzitting geeft verzoekster aan dat er een intakegesprek is gevoerd met een psycholoog erbij. Verzoekster kreeg oefeningen die heel specifiek gericht waren op haar klachten, en waarbij haar spieren ook konden herstellen. Ook kreeg verzoekster oefeningen, gesprekken met een psycholoog en workshops die inzicht geven op het gebied van slapen, eten en stress.

Voor deze zorgactiviteiten in het revalidatieprogramma is geen nadere onderbouwing of verslaglegging beschikbaar in het dossier. Deze onderdelen van het programma zijn ook niet gedeclareerd bij verweerder. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan het Zorginstituut niet verifiëren dat er een multidisciplinaire behandeling is uitgevoerd.

Verder is een brief van de neurochirurg aan de huisarts bijgevoegd van 16 mei 2025, naar aanleiding van een consultatie van verzoekster de dag ervoor. De neurochirurg herhaalt hierin de intentie om te verwijzen naar [een] multidisciplinair revalidatieprogramma, omdat de neurochirurg een invasieve pijnbehandeling niet aangewezen vond. Er is door de neurochirurg alleen aangegeven dat verzoekster is doorgestuurd naar de revalidatiearts, maar er is geen informatie aangeleverd dat daadwerkelijk een multidisciplinair programma is uitgevoerd.

Wat betreft een mogelijke indicatie voor vergoeding van een fysiotherapeutische behandeling geldt dat de klachten en diagnoses die in het dossier op diverse plaatsen worden genoemd, niet te herleiden zijn tot één van de chronische indicaties op de lijst van bijlage 1 (‘chronische lijst’) behorend bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering (Bzv).

Tijdens de hoorzitting vermeldt verzoekster echter dat zij een chronische whiplash heeft die ooit door een aanrijding is ontstaan en tot klachten in het hele gebied van de rug, nek en armen heeft geleid. In bijlage 1 behorend bij artikel 2.6 van het Bzv is onder het eerste lid, onderdeel b, onder 16 ‘whiplash’ vermeld. Bij deze indicatie is de maximale behandelduur drie maanden, tenzij er sprake is van persisterend bewegings- en conditieverlies alsmede cognitieve klachten. In dat geval is een extra behandelperiode van zes maanden mogelijk. De eerste twintig behandelingen zijn net als bij de andere chronische indicaties uitgesloten van vergoeding. Er is in het dossier geen informatie beschikbaar over een door een arts vastgestelde diagnose whiplash of de aanwezigheid van cognitieve klachten, waardoor op grond van de beschikbare informatie in het dossier niet is vast te stellen of verzoekster aan de criteria voor deze indicatie voldeed.

Uit het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken komen dus geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg, fysiotherapie, en de regels omtrent het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' alsmede die uit Verordening (EG) 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.
- 7.2. Op grond van artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval België - 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 de behandeling in België. De ziektekostenverzekeraar heeft de gevraagde toestemming geweigerd omdat geen sprake is van interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie en verzoekster hierop niet redelijkerwijs is aangewezen, aangezien niet wordt voldaan aan het principe van stepped-care. Ook zou de behandeling niet doelmatig zijn.
- 7.3. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel B.4.6 van de verzekeringsvoorwaarden, dekking voor (klinische) medisch-specialistische revalidatie. De inhoud en omvang van de aanspraak op deze zorg worden bepaald door de criteria of dit de zorg is die zorgverleners 'plegen te bieden' en het criterium of de zorg voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Voor zover aan deze criteria is voldaan, is sprake van verzekerde zorg. Verder is in artikel A.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering opgenomen dat een verzekerde slechts recht heeft op de verzekerde zorg als hij daarop redelijkerwijs naar inhoud en omvang is aangewezen. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.1 Bzv.
- 7.4. De commissie heeft, op basis van artikel 114 Zvw, advies gevraagd aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut stelt in zijn voorlopig advies van 16 april 2025 in een overweging ten overvloede dat op basis van de beschikbare omschrijvingen van het behandelprogramma in het dossier niet blijkt dat sprake is van een interdisciplinaire behandeling, zodat het aan verzoekster aangeboden revalidatieprogramma niet voldoet aan de uitgangspunten voor interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. De conclusie van het Zorginstituut is dat geen sprake lijkt te zijn van een interdisciplinaire revalidatiebehandeling. Verzoekster heeft dit ter zitting bestreden, waarbij zij heeft verklaard dat de intake en begeleiding door een psycholoog hebben plaatsgevonden. Ook heeft zij toegelicht waaruit het behandeltraject bestond. Het verslag van de hoorzitting en de overgelegde informatie hebben in het definitief advies van het Zorginstituut van 15 juli 2025 niet geleid tot een ander standpunt. Het Zorginstituut stelt vast dat van de zorgactiviteiten waaruit het multidisciplinaire karakter zou moeten blijken geen verslaglegging of onderbouwing in het dossier aanwezig is en dat deze zorgactiviteiten ook niet zijn gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De commissie merkt op dat het Zorginstituut verklaart op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet te kunnen verifiëren dat sprake is van interdisciplinaire medisch-specialistische

revalidatie. Het Zorginstituut deelt mee dat het voorlopig advies niet wordt herzien. In het voorlopig advies was in een overweging ten overvloede geconcludeerd dat *geen sprake lijkt te zijn van een interdisciplinaire revalidatiebehandeling*. Daarbij overweegt de commissie dat zelfs als wel aangenomen zou kunnen worden dat sprake is van verzekerde zorg, dit uiteindelijk niet doorslaggevend is in deze zaak omdat uit het advies van het Zorginstituut in elk geval volgt dat verzoekster niet op de zorg is aangewezen. De commissie overweegt daaromtrent als volgt.

- 7.5. In het voorlopig advies van 16 april 2025 wordt door het Zorginstituut geconcludeerd dat uit de aanvraag niet is gebleken dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Voor een indicatie hiertoe bij chronische pijn is vereist dat eerdere behandelmogelijkheden in de eerste lijn volgens het stepped-care principe aantoonbaar zijn doorlopen. Uit het dossier blijkt niet dat verzoekster in de afgelopen twee jaar voorafgaand aan de behandeling in België, eerstelijns behandelingen heeft gehad. Daarnaast ontbreekt in het dossier een onderbouwing van de ernst en complexiteit van de klachten, inclusief psychische en sociale factoren, en ontbreken de uitkomsten van meetinstrumenten waarmee de ernst van de klachten in beeld wordt gebracht. Het Zorginstituut concludeert dat verzoekster niet redelijkerwijs is aangewezen op het revalidatietraject in Genk en dat zij geen aanspraak kan maken op vergoeding hiervan ten laste van de zorgverzekering. Het Zorginstituut verklaart in het definitief advies van 15 juli 2025 desgevraagd dat het dossier onvoldoende informatie bevat om te kunnen oordelen of verzoekster een indicatie heeft voor fysiotherapie vanuit de basisverzekering. De klachten die genoemd staan in het dossier zijn niet te herleiden tot een chronische indicatie op de lijst van bijlage 1 behorend bij artikel 2.6 Bzv. Een whiplash staat wel vermeld op deze lijst. De duur van de behandeling bij een whiplash is 3 maanden, en kan eventueel verlengd worden met 6 maanden. In het dossier is echter geen informatie beschikbaar over een door een arts gestelde diagnose van een whiplash.

De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd geen aanknopingspunten om het advies van Zorginstituut niet te volgen. Dit betekent dat de kosten van de behandelingen in Genk noch als interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie noch als enkelvoudige fysiotherapie voor (gedeeltelijke) vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. Hetgeen partijen hebben aangevoerd over de doelmatigheid behoeft, met het oog hierop, geen bespreking meer. Dit betekent ook dat de gevraagde toestemming in het kader van Verordening (EG) nr. 883/2004 terecht geweigerd. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de declaraties voor behandelingen die eerder per abuis zijn vergoed, welke vergoedingen daarna door hem zijn teruggedraaid, alsnog aan verzoekster worden uitbetaald.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 september 2025,

A. de Ruijter

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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

- bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

- De Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV) Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen.
De Werkwijzer is te vinden op vavolksgezondheid.nl onder 'Werkwijzers VAGZ/VAV'.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- Medisch specialist.
- Verpleegkundig specialist.
- Physician assistant.
- Jeugdarts.
- Bedrijfsarts.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor een behandeling die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van verrichtingen (Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN). Deze lijst staat op onze website.
- Voor een bovenooglidcorrectie beoordeelt een gecontracteerde zorgverlener of uw indicatie voldoet aan de eisen van de Zorgverzekeringswet. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel een akkoordverklaring van ons nodig.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Liposuctie van de buik.
- Verwijderen borstprothese zonder medische noodzaak.
- Plaatsen of vervangen borstprothese.
Als geen sprake is van:
 - een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of
 - agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen.
- De kosten van foto's die wij opvragen voor de aanvraag voor een akkoordverklaring.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Revalidatie

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Revalidatie.
Medisch specialistische revalidatie omvat de zorg die voor u de beste methode is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Deze zorg wordt verleend in de vorm van:
 - deeltijd- of dagbehandeling of
 - opname, als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname.

Revalidatie omvat onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. De revalidatiearts is medisch eindverantwoordelijk voor de inhoud en de kwaliteit van de medisch specialistische revalidatie.

Revalidatiezorg wordt geleverd door een samenhangend, interdisciplinair team, waarbij onder intensieve samenwerking alle teamleden aan hetzelfde behandeldoel van de patiënt werken. Het team is verbonden aan een instelling voor revalidatie.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor revalidatie.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft complexe, met elkaar samenhangende problemen in bewegen, gevoel, verstandelijk vermogen, spraak, taal en/of gedrag.
Deze problemen worden veroorzaakt door:
 - stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of
 - een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag.

Wat zijn de voorwaarden?

- U werkt aan het bereiken van een zo zelfstandig mogelijk functioneren, passend bij uw beperkingen. De revalidatie richt zich op het verbeteren en/of voorkomen van problemen in het dagelijks leven en het maatschappelijk functioneren als gevolg van een ongeval, operatie of ernstige ziekte.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- Medisch specialist.
- Verpleegkundig specialist.
- Physician assistant.
- Sportarts.
- Bedrijfsarts.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor revalidatie zonder opname.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Revalidatiearts met interdisciplinair team.
Een samenhangend, interdisciplinair team onder eindverantwoordelijkheid van de revalidatiearts.
De zorg vindt plaats in instelling voor revalidatie.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Geriatrische revalidatie (artikel B.4.6.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Geriatrische revalidatie.
Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg. De zorg is erop gericht dat uw functionele beperkingen verminderen zodat terugkeer naar huis mogelijk is. De zorg duurt maximaal 6 maanden.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 %, gedurende maximaal 6 maanden voor geriatrische revalidatie.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - Er is sprake van kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid.

Wat zijn de voorwaarden?

- De geriatrische revalidatie volgt binnen een week op een opname en behandeling in een instelling voor medisch specialistische zorg.
De start van de revalidatie gaat samen met opname. Voorafgaand is geen sprake geweest van verblijf volgens de Wlz.
- De geriatrische revalidatie kan ook nodig zijn bij plotselinge veranderingen in uw situatie.
Het gaat hierbij om plotseling optredende mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid door een aandoening waarvoor u al medisch specialistische zorg heeft ontvangen. In dit geval moet door een geriater op de eerste hulp of via een spoed-consult op de geriatrische polikliniek zijn vastgesteld dat u tot de doelgroep voor geriatrische revalidatie behoort.
- Geriatrisch assessment is nodig bij behandeling door plotseling optredende aandoening of trauma.
Een geriatrisch assessment (onderzoek) moet hebben plaatsgevonden door een multidisciplinair team onder verantwoordelijkheid van een internist ouderengeneeskunde en/of een klinische geriater.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Medisch specialist.
- Physician assistant.
- Verpleegkundig specialist.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor geriatrische revalidatie langer dan 6 maanden.
Geriatrische revalidatie die langer dan 6 maanden nodig is komt in bijzondere gevallen voor.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).