

Anoniem Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

Zaaknummer: 202201749

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te B,
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar was gehouden toestemming te verlenen voor poliklinische medisch specialistische revalidatie bij Medinello, en voorts dat de ziektekostenverzekeraar, nu dit niet is gebeurd, de door haar als gevolg hiervan geleden schade dient te vergoeden.
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat onvoldoende navolgbaar is waarom verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op poliklinische medisch specialistische revalidatie. Tot toekenning van een schadevergoeding ziet hij geen aanleiding. Verzoekster had behandelopties in de eerste lijn en het staat niet vast dat de schade niet zou zijn ontstaan als de gevraagde toestemming wél was verleend.
- 1.2. De commissie overweegt dat verzoekster bij Heliomare is behandeld vanwege 'contusio cerebri'. Dit is een andere indicatie dan de 'chronische pijnklachten' waarop de door de ziektekostenverzekeraar afgewezen aanvraag betrekking heeft. Uit de verklaring van Heliomare blijkt ook dat het gegeven advies verband houdt met "eerdere beperkingen".
Indien de aanvraag wordt beschouwd als een nieuwe aanvraag voor poliklinische medisch specialistische revalidatie, vanwege 'chronische pijnklachten', volgt uit het advies van het Zorginstituut dat verzoekster gebruik had kunnen maken van behandelingen in de eerste lijn. Nu het beginsel van 'stepped care' niet is toegepast, en de behandelend arts, daarnaar gevraagd, ook niet heeft toegelicht waarom hiervan is afgezien, staat niet vast dat zij redelijkerwijs was aangewezen op de aangevraagde zorg. Daarom wordt geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken en volgt dit. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op poliklinische medisch specialistische revalidatie ten laste van de zorgverzekering. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen dekking voor de onderhavige kosten. Ten aanzien van de gevorderde schadevergoeding is de commissie niet bevoegd.

- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 2 juni 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 3 juli 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 28 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op dezelfde datum aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 2 oktober 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023036106) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op dezelfde datum aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 oktober 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 1 november 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 2 oktober 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 6 november 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 en is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend Zorg* en Aanvullend Tand* (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster kampte sinds medio 2021 met een nekhermia. Daarnaast was sprake van al langer bestaande pijnklachten (door fibromyalgie) en gonartrose van de knie. Bij een ongeval, begin maart 2022, liep zij een contusio cerebri (hersenkneuzing) op, in verband waarmee zij gedurende drie weken werd opgenomen in het Diaconessenhuis te Utrecht. Vervolgens werd zij gedurende drie weken voor medisch specialistisch revalidatie opgenomen in Heliomare. Het ontslag aldaar volgde op 8 april 2022. Op 15 juli 2022 werd door de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ontvangen voor poliklinische medisch specialistische revalidatie (DOT 14D837), afkomstig van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder Medinello.
- 3.3. In vervolg op de aanvraag ontving verzoekster een brief van de ziektekostenverzekeraar, gedateerd 29 augustus 2022, waarin verder geen inhoudelijke mededeling (uitsluitend de woorden "vrije tekst") werd gedaan. Verzoekster heeft hierover telefonisch contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid haar werd verteld dat alleen naar de revalidatiearts toe inhoudelijk zou worden gereageerd.
- 3.4. Bij brief van 8 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de revalidatiearts van Medinello om nadere informatie was verzocht, en dat hiervoor een termijn was gesteld.

De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 5 oktober 2022 afwijzend beslist op de aanvraag van Medinello. Hierop heeft verzoekster om heroverweging gevraagd. Bij brief van 15 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar haar geantwoord dat hij zijn beslissing handhaaft. Verzoekster heeft zich hierna gewend tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft niet tot een andere uitkomst geleid.

- 3.5. Bij brief van 2 oktober 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 6 november 2023 heeft het Zorginstituut de commissie geïnformeerd dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar formeel en materieel wordt getoetst, dat de ziektekostenverzekeraar was gehouden toestemming te verlenen voor poliklinische medisch specialistische revalidatie bij Medinello, en voorts dat de ziektekostenverzekeraar, nu dit niet is gebeurd, de door haar als gevolg hiervan geleden schade dient te vergoeden.
- 4.2. In het klachtenformulier van 20 oktober 2022 heeft verzoekster toegelicht dat zij vanwege een schedelbasisbreuk en hersenkneuzing met uitvalsverschijnselen werd opgenomen in het Diaconessenhuis. Hierna volgde klinische medisch specialistische revalidatie, waarbij ook haar andere klachten zijn behandeld. Op 8 april 2022 kon de behandeling bij Heliomare worden gestaakt onder de voorwaarde dat zij aansluitend ambulantly zou revalideren. Dit laatste blijkt uit de ontslagbrief.
 Verzoekster sprak met een revalidatiearts van De Hoogstraat, maar deze instelling bood geen integraal programma, waarna verzoekster binnen de haar aangeboden alternatieven de keuze heeft gemaakt voor Medinello. Volgens verzoekster kon de behandeling daar plaatsvinden op basis van de reeds geopende DBC. De ziektekostenverzekeraar had bij de beoordeling de ontslagbrief van Heliomare als uitgangspunt moeten nemen.
 Volgens verzoekster heeft de aangevraagde behandeling in haar situatie wel degelijk toegevoegde waarde. De ergotherapie met betrekking tot de mate van belasting/belastbaarheid is noodzakelijk omdat verzoekster nog cognitieve problemen ervaart en zij moeite heeft met dubbeltaken, concentratie en prikkels. Zij heeft voort fysiotherapie nodig vanwege de fysieke belastbaarheid en het omgaan met de duizeligheid. Haar medicatieprogramma moet nog worden afgebouwd. Psychomotorische therapie is vereist vanwege aanvoelen van lichaamssignalen en grensbewaking. Psychologische begeleiding is haar geadviseerd om met de situaties/emoties (stapelproblematiek) om te gaan. Tot slot is het advies gegeven arbeidstoeleiding in te zetten. Verzoekster heeft van deskundigen begrepen dat dit een normaal poliklinisch traject is. Volgens haar wordt haar casus gebagatelliseerd en wordt zij weggezet als een aansteller die prima zelf naar zorgprofessionals kan gaan. Verzoekster verwijst naar de reviews van Heliomare, die een geheel ander beeld van haar situatie geven. Ook de werkelijkheid is volgens haar anders. Verzoekster stelt vast dat zij inmiddels al maandenlang geen revalidatiebehandelingen heeft gehad, terwijl zij daar wel recht op had vanwege het hersenletsel, waardoor zij nu wordt geconfronteerd met restverschijnselen. Naast de fysieke klachten heeft zij mentale klachten. Ook is sprake van inkomensverlies. Verzoekster zit inmiddels in het tweede jaar van de Wet Poortwachter en ontvangt nog 70% van haar oorspronkelijke loon. Binnenkort moet zij aan haar knie worden geopereerd en dreigt de WIA. Dit was niet nodig geweest als de aanvraag direct was gehonoreerd. Dan zou zij namelijk al enkele maanden volledig hebben kunnen werken. Verzoekster concludeert dat de ziektekostenverzekeraar alsnog toestemming moet geven voor de aangevraagde poliklinische medisch specialistische revalidatie bij Medinello, en dat hij vanwege schending van de op hem rustende zorgplicht de door haar geleden schade moet vergoeden, bestaande uit het inkomensverlies en de gemaakte alsmede de nog te maken kosten van fysiotherapie, ergotherapie en "overige training".

- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat Medinello mogelijk verkeerde codes heeft gebruikt, maar dat dit een eigen leven is gaan leiden en zij hiervan de dupe is geworden. De ziektekostenverzekeraar had een zorgplicht om te kijken hoe verzoekster het beste geholpen had kunnen worden. Zij voelt zich in de kou gezet, omdat niemand zijn verantwoordelijkheid heeft gepakt waardoor zij 4 maanden geen zorg heeft gehad.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat door Medinello een aanvraag werd gedaan voor 74 behandeluren medisch specialistische revalidatie, onder DOT 14D837, vanwege 'chronische pijn'. Hoewel de pijnklachten werden gesignaleerd, is verzoekster hiervoor niet behandeld bij Heliomare. Daar was de indicatie namelijk 'contusio cerebri'. De pijnklachten bestonden bovendien al vóór het ongeval. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag daarom getoetst als een nieuwe aanvraag voor poliklinische medisch specialistische revalidatie. Daarbij is hij uitgegaan van de 'zorgregulatoire drietrapsraket' en heeft hij geconcludeerd dat niet werd voldaan aan de voorwaarde van 'stepped care'. De chronische pijnklachten hadden kunnen worden behandeld in de eerste lijn, door fysiotherapie, ergotherapie en psychologische begeleiding. Waarom verzoekster is aangewezen op medisch specialistische revalidatie kon de behandelend arts, daarnaar gevraagd, niet uitleggen. De aanvraag hiervoor is daarom onvoldoende navolgbaar. De ziektekostenverzekeraar ziet geen reden voor financiële compensatie. Er waren voldoende behandelopties in de eerste lijn, waarvan verzoekster echter geen gebruik heeft gemaakt. Wat zij bedoelt met "overige training" is de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk. De aanspraak op vergoeding van toekomstige behandelingen fysiotherapie en ergotherapie zal moeten worden beoordeeld aan de hand van de dan geldende verzekeringsvoorwaarden. Daarnaast is niet zeker dat de inkomsterving zich niet zou hebben voorgedaan als de aanvraag van Medinello was gehonoreerd.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop, daarnaar door de commissie expliciet gevraagd nog aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ervan uitgaat dat de ingediende aanvraag juist is. De ziektekostenverzekeraar beoordeelt de aanvraag aan de hand van de wet- en regelgeving. De zorgplicht is niet geschonden omdat verzoekster geen zorg is onthouden en er zorg in de eerste lijn beschikbaar was.
- 5.3. 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 2 oktober 2023 (door het Zorginstituut als definitief bestempeld bij brief van 6 november 2023) heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Verzekerde zorg

Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (IMSR) is zorg die bij bepaalde indicatiegroepen en complexiteit van klachten en beperkingen onder de Zvw kan vallen, zoals is beschreven in het standpunt van het Zorginstituut uit 2015. Dat IMSR bij patiënten met chronische pijn verzekerde zorg kan zijn komt ook naar voren in het standpunt van het Zorginstituut 'Interdisciplinaire medischspecialistische revalidatie (IMSR) bij patiënten met chronische pijn' van 9 oktober 2022.

Indicatie

Het geschil betreft de vraag of verzoekster gezien haar situatie voldoet aan de indicatievereisten voor IMSR. In voornoemd standpunt van het Zorginstituut 'Medisch-specialistische revalidatie: (zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden)' uit 2015 is beschreven wanneer sprake is van een indicatie voor IMSR-behandeling en worden ook de doelgroepen hiervoor benoemd. Wat betreft de indicatievereisten geldt dat chronische pijnklachten bij een hoge mate van complexiteit en na het doorlopen van diverse behandelingen in de eerste lijn (stepped care) een indicatie kunnen vormen voor een IMSR-behandeling. Het geschil gaat over de indicatiestelling bij verzoekster voor een tweede MSR-behandeling, die poliklinisch kan worden uitgevoerd, en waarvoor een andere indicatie is aangegeven dan voor de eerste MSR-behandeling die klinisch is uitgevoerd na een hoofdtrauma. De klachten waarvoor de tweede MSR-behandeling is aangevraagd bestonden echter al voordat de indicatie voor de eerste MSR-behandeling ontstond.

Tijdens die eerste MSR-behandeling zijn de eerdere klachten deels benoemd, maar lijken deze in de behandeling niet specifiek aandacht te hebben gehad. Toch zal de eerste MSR-behandeling ook van invloed (kunnen) zijn geweest op deze klachten. De revalidatiearts van Medinello, die de intake voor de tweede MSR-behandeling heeft gedaan, stelt dat de chronische pijnklachten zijn verergerd door het hoofdtrauma dat heeft plaatsgevonden, maar dit blijkt niet uit de verslaglegging die aan het eind van de eerste MSR-behandeling is opgesteld. Daarin staat dat verzoekster gedurende de klinische behandeling in haar mobiliteit en conditie vooruit is gegaan, waardoor zij vertrouwen heeft opgebouwd in het zelfstandig thuis kunnen functioneren. Vanwege de eerdere beperkingen t.a.v. mobiliteit is nabehandeling in eigen regio geadviseerd. Ook de revalidatiearts van RC De Hoogstraat geeft aan dat de pre-existente (pijn)klachten gerelateerd aan de fibromyalgie en de cervicale HNP op de voorgrond staan, maar niet dat deze zijn verergerd. De cognitieve stoornissen en andere (rest)klachten ten gevolge van het hoofdtrauma zijn grotendeels verbeterd, waardoor hij behandeling door RC De Hoogstraat niet aangewezen acht. Hij veronderstelt dat een MSR-behandeling door Medinello wel mogelijk is.

Vervolgens doet Medinello - na intake van verzoekster - in lijn met de eerdere bevindingen van de revalidatieartsen van Heliomare en RC De Hoogstraat een machtigingsaanvraag voor een IMSR-behandeling. Aangezien de directe aanleiding voor deze verwijzing op dat moment minder relevant lijkt, geeft verweerder aan dit als een nieuwe aanvraag voor een MSR-behandeling te zien, waarbij er sprake is van een andere indicatie dan voor de eerste MSR-behandeling, namelijk chronische pijn met psychologische problematiek. Dit blijkt ook uit de codering die Medinello in de aanvraag heeft gezet. In dat geval gelden de indicatievereisten die bij die aandoening horen waarvoor de (tweede) MSR-behandeling is aangevraagd. In eerdergenoemd standpunt van het Zorginstituut uit 2015 is beschreven wanneer sprake is van een indicatie voor IMSR-behandeling en worden de doelgroepen hiervoor benoemd. Wat betreft de indicatie geldt dat chronische pijnklachten bij een hoge mate van complexiteit en na het doorlopen van diverse behandelingen in de eerste lijn (stepped care) een indicatie kunnen vormen voor een IMSR-behandeling.

Wat betreft het uitgangspunt van stepped care geeft Medinello in de machtigingsaanvraag aan dat verzoekster door fysiotherapeuten in de 1e en 2e lijn is behandeld en multidisciplinair bij klinische revalidatie in Heliomare, zonder blijvende verbetering van functioneren op activiteiten en participatieniveau of t.a.v. persoonsgebonden functioneren. Vervolgens wordt inhoudelijk alleen ingegaan op de behandelingen bij Heliomare, terwijl die behandelingen niet zijn gegeven voor de indicatie waarvoor de machtigingsaanvraag is gedaan. De stelling dat geen verbetering is opgetreden is in tegenspraak met de verslaglegging vanuit Heliomare. Verderop in de aanvraag wordt opnieuw aangegeven dat er minder dan 6 maanden geleden behandelingen in de 1e lijn hebben plaatsgevonden, door onder meer een fysiotherapeut, ergotherapeut en psycholoog of POH-GGZ, alle met kortdurend effect. Over de inhoud en omvang van deze behandelingen en welke effecten hiermee zijn bereikt is in het dossier geen informatie beschikbaar. Wel staat in het verslag van Heliomare dat voorafgaand aan het hoofdtrauma verzoekster haar werk weer had opgebouwd tot 16 uur in de week (bij een fulltime dienstverband). Aangezien daarna het hoofdtrauma is opgetreden, kan verondersteld worden dat hierdoor de verdere opbouw van effecten is gestagneerd.

Op basis van de zeer beperkte informatie over de eerstelijns behandelingen kan niet worden geconcludeerd dat deze niet effectief zijn geweest. Het feit dat deze behandelingen zijn onderbroken door het hoofdtrauma en daarop gerichte behandelingen, betekent niet dat het hervatten ervan niet zinvol zou kunnen zijn. De conclusie in de machtigingsaanvraag dat er dusdanige ernstige en complexe klachten en onderhoudende factoren zijn dat eerstelijns of multidisciplinaire behandeling in eerste lijn niet doelmatig wordt geacht, is derhalve onvoldoende onderbouwd. Vanwege het ontbreken van inhoudelijke informatie over de aangeboden eerstelijns behandelingen biedt het dossier in feite onvoldoende informatie om te kunnen beoordelen of voldaan is aan het uitgangspunt van stepped care. De argumentatie van de revalidatiearts later in de aanvraag dat terugverwijzen naar de eerste lijn enkel voor frustratie zou zorgen en de revalidatie alleen maar langer zou laten duren is ook niet onderbouwd.

Op grond van het voorgaande concludeert het Zorginstituut dat niet aan de voor IMSR. geldende specifieke indicatievoorwaarden is voldaan. In het dossier is onvoldoende informatie beschikbaar voor de conclusie dat het uitgangspunt van stepped care in voldoende mate is ingevuld of dat verdere eerstelijns behandelingen niet zinvol zouden kunnen zijn.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster aan de indicatievoorwaarden voldoet voor IMSR. De behandeling komt derhalve niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster voldoet niet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie en kan geen aanspraak maken op vergoeding hiervan ten laste van de basisverzekering.

7. **Bevoegdheid van de commissie**

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.18.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. **Beoordeling**

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' en medisch specialistische revalidatie 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.

Zorgverzekering

- 8.2. Op grond van artikel B.24.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch specialistische revalidatie. In artikel A.2.4 is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op de verzekerde zorg indien betrokkene hierop gezien zijn indicatie naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Deze laatste bepaling is gebaseerd op artikel 2.1 Bzv.
- 8.3. Verzoekster heeft ter zitting aan de commissie uitgelegd dat zij vier maanden geen zorg heeft gehad en dat dit haar revalidatie in de weg heeft gestaan. De commissie begrijpt dat het voor verzoekster belangrijk is dat naar haar complete situatie wordt gekeken en niet alleen naar de

door Medinello ingediende aanvraag. De commissie heeft hiervoor oog maar moet ook opmerken dat zij in deze procedure de vraag moet beantwoorden of de zorgverzekeraar al dan niet terecht tot afwijzing van de aanvraag is gekomen. De commissie dient deze vraag te beantwoorden aan de hand van de daarvoor geldende (wettelijke) voorwaarden.

- 8.4. Uit de op 15 juli 2022 door de ziektekostenverzekeraar ontvangen aanvraag van Medinello, blijkt dat ten behoeve van verzoekster aanspraak is gemaakt op 74 behandeluren medisch specialistische revalidatie in verband met chronische pijnklachten. Dit is een andere indicatie dan die in verband waarmee verzoekster klinisch werd behandeld in Heliomare, te weten 'contusio cerebri'. In de verklaring van Heliomare van 3 november 2022 wordt in dit verband ook gesteld: *"Advies voor multidisciplinaire poliklinische revalidatiebehandeling in eigen regio vanwege eerdere beperkingen t.a.v. mobiliteit met fysiotherapie, ergotherapie, psychologie, haptotherapie en arbeidstoeleiding."* Uit deze verklaring kan de commissie niet opmaken dat verzoekster, zoals door haar aangevoerd, enkel Heliomare mocht verlaten onder de voorwaarde dat ze verder zou revalideren. Hetzelfde geldt voor de stelling van verzoekster dat de behandeling bij Medinello zou kunnen plaatsvinden onder dezelfde DBC.
- 8.5. De vraag is vervolgens of de aanvraag, indien deze wordt beschouwd als een - nieuwe - aanvraag voor poliklinische medisch specialistische revalidatie in verband met 'chronische pijnklachten', terecht door de ziektekostenverzekeraar werd afgewezen. De commissie heeft advies gevraagd aan het Zorginstituut. In zijn advies van 2 oktober 2023 concludeert het Zorginstituut dat onvoldoende is gebleken dat verzoekster gebruik heeft gemaakt van zorg in de eerste lijn. Het beginsel van 'stepped care' is in dit geval niet aantoonbaar toegepast, en de behandelend arts heeft daarnaar gevraagd ook niet toegelicht waarom hiervan is afgezien of waarom dit niet zinvol zou zijn, zodat niet kan worden gesteld dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op de aangevraagde zorg. Om die reden wordt geadviseerd het verzoek af te wijzen. De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, met name haar verwijzing naar eerder genoemde verklaring, geen grond van het advies van het Zorginstituut af te wijken. De behandelingen bij Heliomare kunnen daarnaast niet gezien worden als eerstelijns behandelingen voor de chronische pijnklachten, juist omdat deze klachten geen onderdeel waren van de behandeling daar. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op poliklinische medisch specialistische revalidatie ten laste van de zorgverzekering. Van schending van de zorgplicht door de ziektekostenverzekeraar is daarnaast geen sprake. De commissie kan zich voorstellen dat het voor verzoekster lang heeft geduurd voordat er een besluit werd genomen op de aanvraag, maar dit betekende niet dat er in die periode geen eerstelijnszorg voor haar beschikbaar was.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor medisch specialistische revalidatie, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Schadevergoeding

- 8.7. Gelet op het bepaalde in het toepasselijke reglement, is de commissie niet bevoegd te oordelen over de door verzoekster gevorderde schadevergoeding nog daargelaten dat ook een grond voor schadevergoeding ontbreekt, aangezien is vastgesteld dat verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde poliklinische medisch specialistische revalidatie ten laste van de zorgverzekering en deze aanvraag door de ziektekostenverzekeraar dan ook terecht is afgewezen.

Slotsom

8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 november 2023

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](https://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op!

Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel [A.4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering \(Basis Budget\)](#).

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](https://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.24 Revalidatie

U heeft recht op medisch-specialistische revalidatie ([B.24.1](#)) en geriatrische revalidatie ([B.24.2](#)).

24.1 Medische specialistische revalidatie

Moet u revalideren? Dan heeft u alleen recht op medisch-specialistische revalidatie, als deze is aangewezen als doeltreffendste manier om uw handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen. Ook moet uw handicap het gevolg zijn van:

- a. stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
- b. een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in communicatie, cognitie of gedrag.

Door de revalidatie moet u een mate van zelfstandigheid bereiken of houden die redelijkerwijs met uw beperkingen mogelijk is.

Klinisch en niet-klinisch revalideren

U heeft recht op klinische of niet-klinische (deeltijd- of dagbehandeling) revalidatie. In een aantal gevallen, heeft u ook recht op klinische revalidatie als u voor meerdere dagen wordt opgenomen. Dit doen wij alleen als revalidatie met verblijf spoedig betere resultaten oplevert dan revalidatie zonder verblijf.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische revalidatie

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, physician assistant, jeugdarts of een andere medisch specialist;
2. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische revalidatie.

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Wordt u opgenomen? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in een kliniek voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a. (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- b. eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde medisch specialistische revalidatie zorg' welke te vinden is op onze website. Bij de aanvraag moet het volgende worden opgestuurd:

- de diagnose, behandelplan en behandelduur plus onderbouwing;
- het doorlopen voortraject;

Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en/of uw zorgverlener ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](https://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op!

Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel [A.4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering \(Basis Budget\)](#).

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- de zorgadviestrajecten van Zorgverzekeraars Nederland;
- ons eigen wetenschappelijk onderzoek conform de richtlijnen van het Zorginstituut Nederland 2015, bekrachtigd door de Hoge Raad d.d. 30 maart 2018. Een overzicht van het door ons gevoerde wetenschappelijk overzicht vindt u op onze website zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/msr;
- het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

Onverzekerde zorg komt nooit voor vergoeding in aanmerking.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel [A.1.1](#). In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op:

<https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0018715&hoofdstuk=2¶graaf=1&sub-paragraaf=1.1&artikel=2.2&z=2020-05-09&g=2020-05-09>. In deze Regeling is onder artikel 2.2.2 en 2.2.3 ook de tijdelijke aanspraak op paramedische herstellende zorg voor patiënten die ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt, opgenomen.

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

A.2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Recht op zorg

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- verzekeringplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- verzekeringplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent. Wij kunnen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg controleren op rechtmatigheid en doelmatigheid.

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°. vruchtbaarheidsgerelateerde 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 verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemertespleten, 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.