



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, medisch-specialistische revalidatie na spondylodese, indicatie
Zaaknummer : 201701045
Zittingsdatum : 7 maart 2018

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.5c Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de IZA GezondSamenPolis Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Classic Comfort afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een revalidatiebehandeling, uitgevoerd te Duisburg, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 31 mei 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 4 juli 2016 en 10 maart 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 9 oktober 2017 heeft verzoekster 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 januari 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 januari 2018 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 31 januari 2018 en 16 februari 2018 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 22 januari 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 21 februari 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018003735) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen indicatie had voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (IMSR). Voorts komt de bij verzoekster uitgevoerde revalidatie niet overeen met wat in Nederland onder IMSR wordt verstaan. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 22 februari 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 3 maart 2018 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reacties is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend arts in Krefeld, Duitsland, heeft op 13 mei 2016 over verzoekster verklaard: *"Diagnose: Degenerative Veränderungen L4/5, L5/S1 bei Spondylolyse L5 links (...) Ich habe Ihnen empfohlen, im Rahmen einer TLIF-Spondylodese L4/5 und L5/S1 eine Stabilisierung der Wirbelsäule herbeizuführen. Vorher sollte noch einmal eine Dexa-Messung erfolgen sowie eine Funktionsaufnahme. Dies könnte gegebenenfalls am Aufnahmetag durchgeführt werden. Wir haben über die Risiken der Operation, einschließlich Infektionen und Lähmungsrisiko bis hin zur Querschnittslähmung gesprochen. Des Weiteren habe ich Ihnen die Dauer des stationären Aufenthaltes, der zu erwarten ist, mitgeteilt sowie empfohlen, im Anschluss an einen stationären Aufenthalt eine stationäre Rehabilitationsbehandlung durchzuführen. (...)"*.
- 4.2. Verzoekster is reeds lange tijd bekend met rugklachten en met uitvalsverschijnselen in haar rechter been. Zij heeft hiervoor in Nederland diverse artsen bezocht, die haar mededeelden enkel te kunnen overgaan tot pijnbestrijding. Ten einde raad heeft de echtgenoot van verzoekster telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, die vervolgens wees op de mogelijkheid van de behandelend orthopeed in Krefeld. Deze arts kwam tot de conclusie dat een spondylodese de oplossing vormde om de stenoses en de breuk in de onderste wervel, alsmede de degeneratieve problemen door ernstige osteoporose te behandelen. De arts adviseerde dringend (dringend empfehlenswert) dat verzoekster uitsluitend aan de operatie gedurende drie weken zou worden opgenomen in een revalidatie-instelling in Duisburg.
- 4.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd of de kosten van de revalidatie worden vergoed. Zij verwachtte hiertoe geen problemen, aangezien de ziektekostenverzekeraar op de website reclame maakt voor een aansluitende revalidatie in geval een knie- of heupoperatie wordt uitgevoerd. De onderhavige operatie is aanzienlijk zwaarder. De ziektekostenverzekeraar deelde evenwel mede dat de kosten van de revalidatie niet worden vergoed. Volgens de Duitse arts is driemaal per week een half uur fysiotherapie, zoals gebruikelijk in Nederland, volstrekt onvoldoende. Verzoekster heeft ervoor gekozen op eigen kosten de revalidatiezorg te ondergaan. Zij is op 20 juni 2016 door en onder verantwoordelijkheid van de kliniek in Krefeld overgebracht naar het revalidatiecentrum in Duisburg. De kosten hiervan belopen € 1.393,32.
- 4.4. Eenmaal terug in Nederland werd verzoekster geconfronteerd met fysiotherapeuten die weinig verstand hebben van een patiënt die net een spondylodese heeft ondergaan. Het is daarom goed dat verzoekster naar de Duitse arts heeft geluisterd. Een artikel in de Stentor van 5 januari 2017, waarin een uitspraak van de voorzieningenrechter in Breda centraal staat, trok verzoeksters aandacht. In de betreffende uitspraak heeft de rechter geoordeeld dat de verzekeraar niet op de stoel van de arts mag gaan zitten. Dit argument legt de ziektekostenverzekeraar echter terzijde, stellende dat een - overigens niet bij naam genoemde -

medisch adviseur op basis van de stukken tot de conclusie is gekomen dat verzoekster niet was aangewezen op de revalidatiezorg. De uitspraak van de voorzieningenrechter is volgens deze medisch adviseur niet op verzoekster van toepassing. Indien de medisch adviseur de behandelend arts had geraadpleegd, was hem gebleken dat het niet gaat om een standaard spondylodese. Vanwege ernstige botontkalking gebruikt verzoekster namelijk al jaren medicatie. Gezien haar leeftijd van 68 jaar is tevens sprake van geriatrische revalidatie. In de St. Maartenskliniek in Nederland deelde men verzoekster mede niet te willen beginnen aan de ingreep. Complicaties waren er al vóór de operatie. Volgens de behandelend arts in Krefeld betrof het een zeer zorgelijke situatie.

4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het dossier van verzoekster beoordeeld en medegedeeld dat voor medisch specialistische revalidatie een indicatie aanwezig moet zijn waarvoor een multidisciplinaire behandeling dient te worden ingezet. In Nederland is het niet gebruikelijk bij een zonder complicaties verlopen spondylodese medisch specialistische revalidatie in te zetten. De noodzaak hiervoor blijkt ook niet uit het dossier. Verzoekster heeft dan ook geen indicatie voor medisch specialistische revalidatie dan wel geriatrische revalidatie, ten laste van de zorgverzekering.

5.2. Op de website verwijst de ziektekostenverzekeraar naar de mogelijkheid van revalidatie in Duitsland na een knie- of heupoperatie. Hierover zijn met de kliniek afspraken gemaakt teneinde het herstel na genoemde ingrepen te bespoedigen. De operatie van een knie of heup en de behandeling in het revalidatiecentrum worden in voorkomend geval als één behandeling bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Het tarief voor de gehele behandeling in Duitsland is dan gelijk aan het tarief dat in Nederland hoort bij de operatie, en dat is vastgelegd in een DBC-zorgproduct.

5.3. Met betrekking tot de uitspraak van de voorzieningenrechter van 4 januari 2017 merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de arts in Duitsland een revalidatietraject heeft voorgesteld dat in Nederland valt onder de aanvullende ziektekostenverzekering in de vorm van enkelvoudige fysiotherapie of verblijf in een zorghotel. De uitspraak van de rechter betreft een indicatiestelling door een revalidatiearts. In de onderhavige situatie gaat het daarentegen om de verwijzing naar een bepaalde vorm van zorg. Bij de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar bestaat geen twijfel over de indicatie voor de operatie. Daarom is genoemde uitspraak in het onderhavige geval niet van toepassing.

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 de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 16 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op revalidatie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“16.1. Revalidatie

Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- 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 die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;*
- u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is. (...)*

Wie mag de zorg verlenen

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. (...)

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

16.2. Geriatrische revalidatie

Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit (het tegelijk voorkomen van 2 of meer ziekten) en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van uw functionele beperkingen dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is. U hebt maximaal 6 maanden recht op vergoeding van de kosten van geriatrische revalidatie. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van deze zorg als:

- 1. de zorg binnen een week aansluit op ziekenhuisverblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering (zie artikel 35, Verblijf), waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg;*
- 2. u een acute aandoening hebt waardoor sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en u voorafgaand medisch specialistische zorg voor deze aandoening hebt ontvangen. De beoordeling hiervan (geriatrisch assessment) vindt plaats door een (klinisch) geriater of internist ouderengeneeskunde op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek. De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op het geriatrisch assessment, ook als geen ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden;*
- 3. de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. (...)*

Wie mag de zorg verlenen

Multidisciplinair team van deskundigen op het gebied van geriatrische revalidatie onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde."

- 8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, hebt u voor zorg recht op:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;

- vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;

- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. (...)"

- 8.5. De artikelen 9 en 16 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

Medisch-specialistische zorg, waaronder medisch-specialistische revalidatie, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Geriatrische revalidatie is geregeld in artikel 2.5c Bzv.

- 8.7. 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.

8.8. Artikel 15 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op fysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder en luidt:

"Wie mag de zorg verlenen

- *Fysiotherapeut bij individuele fysiotherapie, psychosomatische fysiotherapie en fysiotherapie in groepsverband.*
- *Geriatrisch fysiotherapeut bij geriatrische fysiotherapie.*
- *Manueel therapeut bij manuele therapie.*
- *Oedeemtherapeut of huidtherapeut bij lymfoedeemtherapie.*
- *Bekkenfysiotherapeut bij bekkenfysiotherapie.*
- *Oefentherapeut bij individuele oefentherapie (Cesar/Mensendieck) en oefentherapie in groepsverband.*

De geriatrisch fysiotherapeut, psychosomatische fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut en bekkenfysiotherapeut moeten zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KRP).

Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Vergoeding

De maximale vergoeding per behandeling is afhankelijk van de behandeling. De maximale bedragen per behandeling vindt u op onze website.

Vergoeding

Aandoeningen zoals vermeld in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering: de eerste 20 behandelingen per aandoening. Overige aandoeningen: maximaal 14 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

Bijzonderheden

- 1. Bij meerdere vormen van fysiotherapie die naast elkaar worden verleend voor dezelfde aandoening wordt slechts vergoeding verleend voor 1 vorm.*
- 2. Een eenmalig (oefen)fysiotherapeutisch onderzoek wordt vergoed op basis van 2 behandelingen individuele oefen- of fysiotherapie en verstrekte hulpmiddelen worden eenmaal per kalenderjaar vergoed tot maximaal € 26.*
- 3. Onder manueel therapeuten worden ook gerekend de Egg Shell®therapeuten die werken volgens de methode Van der Bijl.*

Niet vergoed worden

Fitness (al dan niet medisch van aard), conditietraining, preventieve training of revalidatie-/reconditioneringstraining, zelfs als dit onder fysiotherapeutische begeleiding plaatsvindt en arbocuratieve- of reïntegratietrajecten."

8.9. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan

toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de door haar in Duitsland ondergane spondylodese, ten laste van de zorgverzekering. Deze kosten zijn inmiddels vergoed. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag of de aansluitende revalidatie-behandeling te Duisburg voor vergoeding in aanmerking komt. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. De door verzoekster in Duitsland, een andere EU-lidstaat, ondergane revalidatie-behandeling betreft planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening is dat een (verzekerings)indicatie ontbreekt, zodat noch op grond van de verordening noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat. Met betrekking tot de (verzekerings)indicatie geldt het volgende.
- 9.3. Gelet op artikel 16.1 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op revalidatiezorg indien deze zorg voor de verzekerde 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 die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag en de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven zijn of haar beperkingen, redelijkerwijs nodig is. De zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. Het Zorginstituut heeft de aanvraag voor multidisciplinaire revalidatie beoordeeld, en is in zijn advies van 21 februari 2018 tot de conclusie gekomen dat de in Duitsland gegeven revalidatiebehandeling niet is aan te merken als IMSR, en dat verzoekster voorts geen indicatie had voor IMSR. De commissie volgt het advies van het Zorginstituut en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Hieruit volgt dat de onderhavige kosten niet op grond van artikel 16.1 van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen.
- 9.4. De zorgverzekering biedt, gelet op artikel 16.2, tevens dekking voor geriatrische revalidatie indien de zorg binnen een week aansluit op een ziekenhuisverblijf als bedoeld in artikel 2.12 Bzv. Hierbij dient de verzekerde een acute aandoening te hebben waarbij sprake is van acute mobiliteitsstoornissen of afname van zelfredzaamheid en hij of zij voorafgaand medisch specialistische zorg voor deze aandoening heeft ontvangen. De beoordeling hiervan vindt plaats door een (klinisch) geriater of internist ouderengeneeskunde op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek. Niet gebleken is dat de behandelend arts die de spondylodese heeft uitgevoerd dan wel de artsen die verzoekster heeft geraadpleegd ten tijde van de revalidatie zijn gespecialiseerd op het gebied van geriatrie, zodat ook op grond van artikel 16.2 geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de revalidatiezorg, ten laste van de zorgverzekering. Dit wordt bevestigd in voornoemd advies van het Zorginstituut. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd in haar brief van 3 maart 2018, naar aanleiding van genoemd advies, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor revalidatie, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.

Uitspraak Rechtbank Zeeland-West-Brabant

- 9.6. Verzoekster heeft zich beroepen op een uitspraak van de voorzieningenrechter van de Rechtbank Zeeland-West-Brabant van 4 januari 2017 (ECLI:NL:RBZWB:2017:12). Dienaangaande overweegt de commissie dat de rechter in deze uitspraak heeft vooropgesteld dat het een zorgverzekeraar vrij staat een beoordeling uit te voeren omtrent de indicatie van een verzekerde voor medisch specialistische revalidatie. Het verzoek is toegewezen op de grond dat de motivering van de afwijzing door de betreffende zorgverzekeraars onvoldoende was. Zoals hiervoor is overwogen, heeft de ziektekostenverzekeraar daarentegen voldoende onderbouwd waarom hij van mening is dat verzoekster niet op medisch-specialistische of geriatrische revalidatie is aangewezen. Het beroep van verzoekster op de genoemde uitspraak kan derhalve niet leiden tot een andere uitkomst.

Reclame-uiting ziektekostenverzekeraar

- 9.7. De stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar reclame heeft gemaakt voor vergoeding van de kosten van aansluitende revalidatie in Krefeld kan eveneens niet leiden tot een ander oordeel. Die reclame had immers specifiek betrekking op heup- en knie-operaties, waarover door de ziektekostenverzekeraar met de zorgaanbieder afspraken zijn gemaakt. Hoewel het voorstelbaar is dat verzoekster heeft gedacht dat een ingrijpendere behandeling zonder meer zou leiden tot een vergoeding voor aansluitende revalidatie, viel dit niet af te leiden uit de reclame-uiting van de ziektekostenverzekeraar. Bovendien is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat (ook) de revalidatie bij heup- en knieoperaties wordt bekostigd uit het tarief dat in Nederland wordt betaald voor de betreffende ingreep. Er is derhalve geen sprake van een op zich staande, aanvullende vergoeding voor revalidatie.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 maart 2018,

A.I.M. van Mierlo