



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen IptiQ Life S.A. te
Luxembourg (Luxemburg), vertegenwoordigd door Caresco B.V. te
Amersfoort

Zaak : Spanje, geneeskundige zorg, revalidatie bij Medifit, indicatie

Zaaknummer : 201800833

Zittingsdatum : 31 oktober 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.12 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

IptiQ Life S.A. te Luxemburg (Luxemburg), hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door Caresco B.V. te Amersfoort.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Promovendum Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Ideaal (AV-I) 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). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandzorg Royaal (TV-R) is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op revalidatiezorg bij Medifit te Benidorm, Spanje (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 mei 2018 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 juli 2018 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 27 augustus 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 september 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 4 september 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 september 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 4 september 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 5 oktober 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018043718) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de indicatie voor klinisch medisch specialistische revalidatie in het dossier niet is onderbouwd. Daarnaast blijkt niet dat bij Medifit een medisch specialistische revalidatiebehandeling wordt gegeven. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 10 oktober 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 oktober 2018 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 2 november 2018 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 5 november 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend revalidatiearts in Nederland heeft op 14 maart 2018 over verzoekster verklaard: *"Patiënte komt met haar man en haar nicht. Ze is verwezen vanuit de poli neurologie met de vraag wat er nog aan mogelijkheden zijn qua revalidatie. Patiënte heeft vorig jaar een CVA gehad type Wallenberg, waarvoor zij een aantal weken klinisch gerevalideerd heeft bij (...). Na het ontslag thuis ging het niet goed, ze viel in een gat. Thuis besepte ze pas wat er aan de hand was en welke beperkingen zij ten gevolge van het infarct had. Dit maakte haar somber. Patiënte heeft nazorg vanuit het revalidatiecentrum gemist en voelde zich alleen gelaten. Zij is gestart met 1e lijns ergotherapie en fysiotherapie. Zij heeft vervolgens een revalidatiecentrum gevonden in Spanje (Medifit) waar zij nog een aantal weken klinisch heeft gerevalideerd. Gedurende deze weken was dit heel erg prettig: zij volgde een zeer intensief programma met therapie, 3x psychologie, massages. Ze verbleef in een appartement dat zij niet zelf hoefde schoon te maken en kon zich volledig focussen op haar therapie. Ze is hiervan opgeknapt, maar sinds zij weer thuis is merkt zij weer een achteruitgang in haar functioneren. Zij heeft momenteel 2x per week fysiotherapie en zwemt 1x per week en zou graag meer therapie hebben. Ook mist zij iemand, een coach, die haar begeleidt. Patiënte vindt het lastig om klussen in huis te laten liggen, zij omschrijft zichzelf als perfectionistisch en legt de lat te hoog voor zichzelf. Zij was altijd druk met werk, sociale activiteiten en haar uiterlijk. Zij kan nu niet op hetzelfde niveau functioneren als voorheen en zij vindt dit heel moeilijk te accepteren. Zij heeft begeleiding van een psycholoog, maar ervaart hier geen meerwaarde van. Patiënt is regelmatig overprikkeld en somber. Ook zijn er pijnklachten van haar rechter lichaamshelft, neuropathische pijn. Deze voelt brandend en is voornamelijk overdag aanwezig. Zij heeft in het verleden lyrica gebruikt, maar werd hier nog duizeliger van. Ook heeft zij veel last van duizeligheid. Zij vindt zichzelf depressief. Ze zou graag opnieuw een periode revalideren in Spanje. (...) Ik vraag de collega's van Medifit Reha om patiënte op te roepen voor klinische revalidatie en ik adviseer een goede afstemming met de ambulante begeleider van Hersenz te zoeken ten aanzien van het natraject. (...)"*

- 4.2. Op 10 april 2018 heeft de arts over verzoekster verklaard:
"Patiënte heeft in juni 2017 een herseninfarct doorgemaakt type Wallenberg. Zij ervaart hier nog veel restklachten van, met name is zij erg vermoeid. Zij merkt dat haar balans verminderd is, zij minder ver kan lopen dan voorheen door minder kracht beiderzijds en snel last heeft van overprikkeling. Hierdoor mijdt zij drukke sociale gelegenheden. Patiënte heeft moeite met haar dagindeling, is geneigd teveel te doen en heeft hierna een grote terugslag. Zij heeft vorig jaar een periode klinisch gerevalideerd bij Medifit in Spanje en dit is haar erg goed bevallen. Zij heeft daar intensieve therapie gevolgd en dit heeft haar op bovengenoemde punten goed geholpen. Helaas heeft zij een terugval ervaren en graag zou zij nog een periode klinische revalidatie willen volgen aldaar. Belangrijk is wel dat zij na klinische revalidatie een vervolgtraject alhier in kan gaan. Zij heeft zichzelf hiervoor aangemeld bij Hersenz en kan hier over 10 weken starten. (...) 54-jarige vrouw met status na een herseninfarct type Wallenberg d.d. juni 2017 met als gevolg klachten van sensibiliteitsstoornissen en pijn in de rechter lichaamshelft, overprikkeling en vermoeidheid. Zij voelt zich hierbij somber. Patiënte heeft vorig jaar met goed resultaat gerevalideerd bij Medifit in Spanje en ik meld haar aan voor opnieuw een traject klinische revalidatie met de volgende doelstellingen: optimaliseren van kracht, balans en conditie, aandacht voor energieverdeling over de dag en een adequate dagindeling met als doel hobbies en sociale contacten weer op te pakken, omgang met prikkels en begeleiding van stemming (...)"
- 4.3. De revalidatiearts in Nederland heeft verzoekster verwezen naar Medifit in Spanje omdat verzoekster graag beter wil worden. Zij gaat niet naar Spanje omdat zij dit leuk vindt. Het komt verzoekster vreemd voor dat de ziektekostenverzekeraar vergoeding kan afwijzen op de grond dat zij zelf om revalidatie heeft verzocht. In Nederland wordt verzoekster niet goed begeleid, terwijl haar situatie ernstig is. De ziektekostenverzekeraar biedt verzoekster geen alternatief, maar wijst puur af op grond van de hoogte van de kosten.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij al eerder bij Medifit is geweest, maar toen had de verzekering een andere risicodrager. De nieuwe risicodrager heeft geen contract met Medifit. Verzoekster heeft veel baat gehad bij de eerdere revalidatie. De specialisten in Spanje zijn veel beter dan in Nederland. Verzoekster neemt nu nog deel aan een revalidatietraject.
- 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 is tot de conclusie gekomen dat bij verzoekster geen (verzekerings)indicatie aanwezig is voor revalidatie bij Medifit in Spanje. Door de revalidatiearts in Nederland wordt geen indicatie voor klinische revalidatie gegeven, maar wordt opgemerkt dat verzoekster zelf graag weer een periode wil gaan revalideren. Verder heeft verzoekster toegelicht dat het appartement waarin zij eerder in Spanje verbleef, voor haar werd schoongehouden. Indien het schoonhouden van het huis door verzoekster als een probleem wordt ervaren, kan zij via de gemeente verzoeken om thuiszorg. Dit vormt geen indicatie voor een klinische opname. Ook het missen van een coach kan niet als valide argument worden gezien.
- 5.2. Bij de aanvraag door Medifit ontbreekt een evaluatie van het vorige traject. Het behandeldoel ontbreekt, alsmede een uitgewerkt behandelplan. Medifit stuurt slechts een overzicht van de diagnose en het te verwachten tijdsbeslag.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar had verzoekster kunnen wijzen op alternatieven. Een alternatief zou kunnen zijn het aan het UMCU gelieerde Revalidatiecentrum De Hoogstraat in Utrecht, dat onder andere voor deze problematiek een zorgaanbod heeft geformuleerd.

5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft een eerder revalidatietraject bij Hospital Clinica Benidorm vergoed conform het contract dat in 2017 met dit ziekenhuis was afgesproken. Volgens die contractafpraak was er in 2017 geen machtiging nodig voor dit traject. Voor 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar geen contract met het ziekenhuis gesloten, zodat verzoekster voor het nu te volgen revalidatietraject een machtiging moest aanvragen. De informatie uit 2017 is niet relevant voor de beoordeling van de huidige aanvraag. Een bevredigende onderbouwing voor een nieuw revalidatietraject ontbreekt.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat het niet ligt aan de wijziging van de risicodrager. Alle verzekeraars hebben sinds dit jaar voor klinische revalidatie een machtiging verplicht gesteld. Er ontbreekt vanuit Nederland een duidelijke indicatie voor opname en vanuit Medifit is geen behandelplan aangeleverd. Er is contact geweest met de behandelend arts, maar hieruit is niet de gewenste informatie naar voren gekomen.

5.6. 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 1.15 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 39 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:

“Omschrijving

Uw recht op 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. De quickscan zoals hiervoor omschreven moet onder

leiding van een revalidatiearts worden uitgevoerd. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. (...)"

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

"Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan 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;*
- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.*

Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)"

- 8.5. Artikel 1.1 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"U hebt recht op zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. (...)"

- 8.6. De artikelen 1.1, 9 en 16 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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 revalidatie, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Verblijf is geregeld in artikel 2.12 Bzv.

Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 8.8. 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.

8.9. 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. Verzoekster wenst naar een andere EU-lidstaat, namelijk Spanje, te gaan met het doel daar revalidatiezorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van 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. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

9.2. Gelet op artikel 16 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 deze zorg instaat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven de beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

In de procedure is door verzoekster, ter zake van de indicatie, verwezen naar de verklaringen van de behandelend revalidatiearts in Nederland. Volgens de ziektekostenverzekeraar kan hier geen (verzekerings)indicatie voor klinische revalidatie uit worden opgemaakt en zijn bij de keuze voor Medifit de wensen van verzoekster leidend geweest.

9.3. Met betrekking tot de indicatiestelling sluit de commissie aan bij een uitspraak van de Rechtbank Zeeland (ECLI:NL:RBZWB:2017:12). Hierin overweegt de rechter (r.o. 4.6):

“De voorzieningenrechter onderschrijft dat zorgverzekeraars niet gehouden zijn om “blind te varen” op het oordeel van de behandelend medisch specialist, maar dit laat onverlet dat het in beginsel slechts de behandelend arts is die de beslissing neemt of de patiënt al dan niet is aangewezen op medisch specialistische revalidatiezorg.

Indien een revalidatiearts op basis van zijn specialistische deskundigheid heeft getoetst of er een indicatie is voor medische specialistische revalidatiezorg en tot de conclusie komt dat de

patiënt daarop is aangewezen, dan dient de zorgverzekeraar dit oordeel van de revalidatiearts als uitgangspunt te nemen. Indien een zorgverzekeraar twijfels heeft over de door de behandelend arts gegeven indicatie, dient zij zich te richten tot die behandelend arts die de indicatie heeft afgegeven. Het staat een zorgverzekeraar niet vrij om de indicatie van de behandelend arts niet te volgen, zonder te motiveren waarom en op basis waarvan.

Voor afwijking van het oordeel van de revalidatiearts is slechts plaats indien de revalidatiearts evident niet blijkt te handelen overeenkomstig de normen die binnen de beroepsgroep gelden voor de indicatiestelling. De voorzieningenrechter verwijst naar de citaten die OCA ten aanzien van de wetsgeschiedenis van artikel 14 Zorgverzekeringswet in de dagvaarding heeft vermeld uit de Kamerstukken II 2003-2004 en I en II 2004-2005, 29 763:

“(...) dat duidelijk is dat de zorgverzekeraar zich in deze door het oordeel van de zorgaanbieders laat leiden.”

en

“Doorgaans zal de zorgverzekeraar ervan uitgaan dat een verzekerde behoefte aan een bepaalde vorm van zorg heeft indien een door hem geconsulteerde arts die mening is toegedaan.”

en

“heeft de zorgverzekeraar het recht op een prestatie afhankelijk gesteld van een verwijzing of oordeel van een behandelend arts, dan is het oordeel van die arts bepalend.”

- 9.4. Gelet op het voorgaande moet het oordeel van de behandelend arts in beginsel als uitgangspunt worden genomen, tenzij dit oordeel niet goed is onderbouwd en de ziektekostenverzekeraar motiveert waarom geen indicatie aanwezig is. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 5 oktober 2018 hieromtrent het volgende opgemerkt:

"De medisch adviseur constateert dat er geen informatie aanwezig is in het dossier met betrekking tot de afweging tussen een poliklinische versus een klinische revalidatiebehandeling. De door de Nederlandse revalidatiearts aangegeven behandeldoelen passen bij een poliklinisch programma. Het belang van een klinische behandeling wordt niet onderbouwd. Daarnaast is niet aangetoond dat de behandeling bij Medifit een medisch specialistische revalidatiebehandeling betreft. Er is namelijk geen behandelprogramma opgesteld met specifieke op verzoekster afgestemde behandeldoelen en daarbij passende therapieën. In het aangegeven overzicht van behandeluren door verschillende zorgverleners is geen sprake van interdisciplinariteit noch van inbreng van een revalidatiearts. (...)". Het Zorginstituut adviseert tot afwijzing van het verzoek. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.


Dit betekent dat de gevraagde toestemming op grond van de verordening terecht werd geweigerd en dat ook op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding van de klinische revalidatiebehandeling bij Medifit in Spanje. Dat een eerder (revalidatie)traject bij deze zorgaanbieder wel is vergoed maakt het voorgaande niet anders. Bij de start van dat traject zullen bepaalde behandeldoelen zijn gesteld. Naar mag worden aangenomen zijn deze althans ten dele behaald. Een evaluatie ontbreekt evenwel. Hoe dan ook zullen de behandeldoelen voor het onderhavige (revalidatie)traject zijn bijgesteld, zodat sprake is van een andere situatie. Het bestaan van een (verzekerings)indicatie voor een klinische revalidatiebehandeling kan derhalve niet zonder meer worden aangenomen.

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.




Conclusie




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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 28 november 2018,



L. Ritzema





