



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie, indicatie, niet-
gecontracteerde zorgaanbieder

Zaaknummer : 201700227

Zittingsdatum : 21 juni 2017

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, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

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

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A., en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg,
- hierna gezamenlijk 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 PZP Zorg-op-maatpolis (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 Plus PZP 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. De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandarts PZP is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op poliklinische interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (IMSR) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 oktober 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 brief van 13 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 29 januari 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).
- 3.4. 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 28 april 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 mei 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 12 mei 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 mei 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 2 mei 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 22 mei 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017020247) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat onvoldoende is aangetoond dat sprake is van een indicatie voor IMSR. Het Zorginstituut licht dit als volgt toe: *"Niet is gebleken dat de situatie van verzoekster betrekking heeft op complexe, ingrijpende beperkingen van zowel het bewegingsvermogen als op het gebied van activiteiten en participatie. De genoemde problematiek leent zich volgens de medisch adviseur in het algemeen voor multidisciplinaire behandeling in de eerste lijn. Het is echter onduidelijk welke eerstelijnsbehandeling heeft plaatsgevonden en of dit terecht als onvoldoende effectief kan worden aangemerkt. Daarnaast is onder meer onduidelijk welke indicatie heeft geleid tot behandeling met fysiotherapie voorafgaand aan de aanvraag en met welk behandeldoel en welke interventies is behandeld. Uit de stukken blijkt bovendien niet voldoende wat de consultatie van de psycholoog heeft opgeleverd."* Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 24 mei 2017 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster is op 21 juni 2017 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.9. Tijdens de hoorzitting is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster zal oproepen op het spreekuur van zijn medisch adviseur. Indien gewenst mag de revalidatiearts hierbij aanwezig zijn. Ná het spreekuurbezoek zal de ziektekostenverzekeraar de commissie informeren over de uitkomst hiervan, hetgeen de ziektekostenverzekeraar bij brief van 26 juli 2017 heeft gedaan. Een afschrift van deze brief is op 28 juli 2017 aan verzoekster gezonden, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen veertien dagen te reageren. Bij brief van 18 augustus 2017 heeft verzoekster gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid. Een afschrift hiervan is op 24 augustus 2017 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.10. Bij brief van 24 augustus 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 4 september 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Het Zorginstituut heeft hierbij opgemerkt dat uit de aanvullende informatie blijkt dat voorafgaande aan de aanvraag fysiotherapeutische behandelingen zijn uitgevoerd vanwege lichamelijke klachten. Er is geen psychologische behandeling gestart. Op basis van de ontvangen informatie kan niet worden vastgesteld dat een multidisciplinaire behandeling in de eerste lijn heeft plaatsgevonden. Ook op basis van de nu beschikbare informatie blijkt niet dat sprake is van een complexe en samenhangende problematiek waarvoor interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie is aangewezen. Een afschrift van dit advies is op 5 september 2017 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 14 september 2017 op het advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster is op 5 juli 2016 door de internist-endocrinoloog verwezen voor revalidatiegeneeskunde in verband met: "SOLK, coping herstructurering".

4.2. De Stichting Revalidatiegeneeskunde Nederland (hierna: SRN) heeft op 3 oktober 2016 ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend voor IMSR. De aanvraag wordt als volgt onderbouwd: **"Medische motivatie voor IMSR: Sinds 2014, chronisch collapsneiging bij milde episodische hypotensie, duizeligheidsklachten en spier- en gewrichtsklachten e.c.i., secundair fors ondertraint geraakt met vermoeidheid, hoofdpijn, verminderd geheugen en oriëntatie. Vermoeidheid is laatste maanden toegenomen; valt soms in slaap op het werk, neemt niets op. Laatste 3 jr, 7 kg aangekomen. Klachten werken in toenemende mate invaliderend, zowel vwb werk, als in de voortdurende zorg voor jonge gezin, m.n. jongste kind (cerebrale- en cardiale problematiek). Recent ruim 6 weken 1e lijns FT en exploratie psy in 1e lijn: geen verbetering, advies: meervoudig complexe casus, p.m. (alleen succesvol-) interdisciplinair te benaderen.**

(...)

Stepped care: recent als stepped care langdurig ruim zes weken trainende fysiotherapie en consultatie psycholoog zonder het gewenste resultaat. I.o.m. verwijzer wordt verdere inzet 1e en 1,5e lijn kansloos geacht en wordt IMSR als meest aangewezen en doelmatig gezien. Dit o.a. vanwege de meervoudig complexe, onderling samenhangende en herstel belemmerende, problematiek waarbij uiteindelijk de fysieke aspecten toch op de voorgrond staan.

(...)

Behandeldoelen en geschatte -duur:

Kortetermijn (ca. vier weken): Belastingen/ belastbaarheid zijn inzichtelijk, evenals de fysieke belastbaarheid/trainbaarheid en huidige hanteringsstrategie i.r.t. de fysiek uiterst beperkte mogelijkheden.

Middellange termijn (ca. acht weken méér): Pat.e weet lichaamseigen (on)mogelijkheden te (h)erkennen en deze te respecteren naar eigen persoon en sociale-, arbeidsomgeving. Sec-, preventieve maatregelen zijn bekend en toepasbaar. Fysieke belastbaarheid persé is binnen mogelijkheden geoptimaliseerd. We streven binnen 5 maanden na start traject naar een klinisch relevante verbetering in score (> 10 punten per domein) op de RAND-36 op de domeinen: rolbeperkingen (fysiek)/ rolbeperkingen (emotioneel)/vitaliteit/algemene gezondheidsbeleving/ gezondheidsverandering.

Langere termijn (ca. zes maanden méér): "Bovenstaande doelen, toenemend in eigen beheer".

Behandelplan: IMSR o.l.v. revalidatiearts en in een revalidatieteam met de volgende disciplines: fysiotherapie, manuele therapie, ergotherapie, psychologie en cesartherapie

(...)"

De aanvraag is ondertekend door de revalidatiearts.

4.3. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag op verkeerde gronden heeft afgewezen. Verzoekster heeft somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (hierna: SOLK). Hierbij is per definitie onduidelijk wat de aandoening is en waar de oorzaak ervan ligt. Volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar staan de SOLK en de vermoeidheid op de voorgrond. Dit is echter niet correct. De revalidatiearts is van mening dat het een meervoudig complexe, onderling samenhangende en herstel belemmerende problematiek betreft, waarbij uiteindelijk de fysieke aspecten op de voorgrond staan. Volgens verzoekster wordt door de ziektekostenverzekeraar gesuggereerd dat de revalidatiearts minder deskundig is dan de medisch adviseur. Zij merkt hierbij op dat de revalidatiearts haar - in tegenstelling tot de medisch adviseur - in persoon heeft gezien.

4.4. In de Nota van Toelichting bij het Bzv is vermeld dat de beroepsbeoefenaar vanuit zijn beroepsmatige verantwoordelijkheid in samenspraak met de patiënt de onderzoeks- of behandelwijze bepaalt. Het is dus ook de beroepsgroep die bepaalt of bepaalde zorg behoort tot

het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandel mogelijkheden. Dit geldt tevens voor zorg die revalidatieartsen plegen te bieden. Voorwaarden, zoals voor welke indicaties het recht op zorg geldt of de vergoeding van de kosten hiervan, behoren niet tot de bevoegdheid van de ziektekostenverzekeraar.

IMSR zoals revalidatieartsen plegen te bieden, richt zich op de (matig) ernstige SOLK met verschijnselen aan het houdings- en bewegingsapparaat, waarbij het functioneren ernstig is beperkt.

- 4.5. Verzoekster verwijst naar het Rapport Medisch-specialistische revalidatie van het Zorginstituut van 25 juni 2015 (en de herziening hiervan in 2016), waarin duidelijk het indicatiegebied voor IMSR is opgenomen. In de herziening van 2016 is SOLK expliciet genoemd als veel voorkomende indicatie voor IMSR.
De revalidatiearts heeft tweemaal verklaard dat verzoekster is aangewezen op IMSR.
In voornoemd rapport is het volgende vermeld: *"MSR richt zich op patiënten groepen met 'SOLK' die leiden tot complexe, ingrijpende beperkingen van zowel het bewegingsvermogen als op het niveau van activiteiten en participatie."*
- 4.6. Verzoekster stelt voorts: *"In het ZIN rapport 2015 op pag. 35 (t.a.v. par. 4.3: indicatiestelling IMSR) staat vervolgens in het commentaar op het ZIN rapport: 'De NZa acht een aantal van deze factoren multi-interpretabel en vraagt of deze ook meetbaar kunnen worden gemaakt. Ook ZN vindt deze factoren niet transparant. Dit maakt het voor zorgverzekeraars niet mogelijk om te toetsen of een medisch-specialistische revalidatiebehandeling passend wordt verstrekt. 'En toch doet CZ dit wel, terwijl CZ m.i. dus niet anders zou moeten mogen/kunnen doen dan uit moeten gaan van het professionele oordeel van de verwijzer (gerichte verwijzing voor IMSR op speciaal IMSR aanvraag formulier) en m.n. de revalidatiearts (indicatie IMSR). Op pagina 36 de reactie ZIN: 'Wellicht is het mogelijk deze factoren verder te concretiseren voor specifieke aandachtsgebieden binnen de medisch-specialistische revalidatie. Bij het opstellen of actualiseren van richtlijnen kunnen de beroepsgroep, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties hier een verdere uitwerking aan geven.' Dit heeft de NVR/VRA vervolgens gedaan middels de nota 'indicatiestelling MSR 2016' (waar SOLK prominent genoemd wordt als een IMSR indicatie) en het rapport 'algemeen beroepskader revalidatiegeneeskunde 2016'."*
- 4.7. Verder wordt door verzoekster verwezen naar de NHG-standaard waarin een stappenplan wordt beschreven voor de behandeling die binnen de eerste lijn wordt geboden door de huisarts en zo nodig andere eerstelijns zorgaanbieders. Hierbij wordt vermeld dat als de klachten hierdoor onvoldoende afnemen, de huisarts kan overwegen door te verwijzen naar multidisciplinaire zorgaanbieders. De categorie lichte SOLK en matig ernstige SOLK zal overeenkomstig de richtlijnen over het algemeen eerst binnen de eerste lijn worden behandeld.
- 4.8. Verzoekster voelt zich gediscrimineerd ten opzichte van andere verzekerden, omdat de ziektekostenverzekeraar wél goedkeuring verleent voor een IMSR-traject aan verzekerden die zowel bij SRN als bij andere zorgaanbieders onder behandeling zijn in verband met SOLK.
- 4.9. De ziektekostenverzekeraar heeft nooit bekend gemaakt welke criteria gelden voor het al dan niet goedkeuren van IMSR. Volgens SRN lijken deze criteria steeds te verschuiven.
- 4.10. Verzoekster stelt voorts: *"Op papier volgens enkel de richtlijnen lijken zo de scheidslijnen tussen al dan niet IMSR revalidatiegeneeskunde erg klein voor een medisch adviseur van CZ en relatieve buitenstaanders (zelf niet revalidatiegeneeskundig en/of internistisch gespecialiseerd). In de praktijk, verwijzend internist (incl 1e lijns fysiotherapeut en psycholoog, ook beiden IMSR adviserend) en de geconsulteerde revalidatiearts, beiden samen met de patiënt, elk de eigen regels en richtlijnen hanterend conform de wetenschappelijke vastgestelde eisen van de 'Evidence Based Medicine' is het verschil tussen al dan niet een indicatie voor IMSR revalidatiegeneeskunde voor hen als deskundigen ineens vrij simpel en levensgroot. Geen internist en/of revalidatiearts zal hier in de indicatiestelling snel fout kunnen zitten."*

De medische adviseurs van CZ handelen daarmee m.i. aantoonbaar niet op basis van Evidence Based Medicine waarop ze zich bij hun afwijzingen juist wel denken te baseren. Hun redenering in dezen is echter precies de redenering waar de grondlegger van de Evidence Based Medicine voor waarschuwde; dat regels en richtlijnen alleen te zwaar gewogen worden, maar alleen nooit leidend mogen zijn!"

- 4.11. De ziektekostenverzekeraar schiet volgens verzoekster tekort in zijn verantwoordelijkheden en verplichtingen als verzekeraar naar haar en naar SRN toe, omdat hij via de verplichte akkoordverklaring de aanvraag van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder afwijst. Verzoekster stelt dat zij recht heeft op IMSR. Als zij deze zorg bij een gecontracteerde zorgaanbieder zou afnemen, zou de behandeling wél worden goedgekeurd door de ziektekostenverzekeraar. Zij proeft hierin een vorm van discriminatie van gecontracteerde versus niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Dit staat haar keuzevrijheid in de weg.
- 4.12. De voorzieningenrechter van de rechtbank Zeeland-West Brabant heeft op 4 januari 2017 uitspraak gedaan in een kort geding dat aanhangig was gemaakt door een revalidatie-instelling en een drietal patiënten (ECLI:NL:RBZWB:2017:12). Verzoekster concludeert uit deze uitspraak dat het oordeel van de behandelend arts als uitgangspunt moet worden genomen door de ziektekostenverzekeraar. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar in het geval van verzoekster niet gedaan. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen zonder enig overleg met de behandelend arts. Bovendien stuurt de ziektekostenverzekeraar de afwijzing direct aan de patiënt met een kopie aan de zorgaanbieder. Als er eventuele aanvullende vragen zijn, worden deze alleen aan de patiënt gestuurd, waardoor de behandelend arts deze - als de patiënt niet alert is - niet te zien krijgt. Verzoekster zou het daarom op prijs stellen als de commissie de ziektekostenverzekeraar ook hiervoor 'op de vingers tikt'. Verzoekster vindt namelijk dat deze manier van handelen laakbaar is, en dat hiermee een administratieve vertragingstactiek c.q. ontmoedigingsbeleid wordt gevoerd. Voorts heeft de rechter bepaald dat alleen van het oordeel van de revalidatiearts mag worden afgeweken indien deze evident niet handelt overeenkomstig de normen die binnen de beroepsgroep gelden voor de indicatiestelling. Verzoekster vraagt de commissie op dit punt een duidelijke uitspraak te doen, in het belang van alle (toekomstige) patiënten en zorgaanbieders die met deze akkoordverklaringsprocedures te maken hebben, zodat voor haar en andere patiënten alsmede voor zorgaanbieders deze afwijsp Problemen tot het verleden zullen behoren. Verder vraagt verzoekster de commissie om *"aan de uitspraak van de voorzieningsrechter een algemeen geldende toevoeging op te stellen zodat dit (bewust?) verkeerd interpreteren van richtlijnen en regels en vervolgens enkel deze (verkeerd geïnterpreteerde) regels en richtlijnen (i.p.v. de mening van de IMSR indicierend arts op basis van de 3 cirkels van Sackett et al) heilig verklaren bij beoordelingen tot het verleden behoort."* De rechter gaat ervan uit dat de revalidatiearts reeds heeft onderzocht of de stepped care is toegepast. Verzoekster verzoekt de commissie daarom een eind te maken aan deze verplichte eis van stepped care. Volgens de rechter kon niet worden bewezen dat de ziektekostenverzekeraar stelselmatig overgaat tot ongemotiveerde afwijzing van aanvragen. Volgens verzoekster blijkt het tegendeel uit 48 andere casus.
- 4.13. Verzoekster heeft haar casus voorgelegd aan een andere revalidatiearts, dr. V.F. Voerman. Op 21 maart 2017 heeft zij de reactie van deze revalidatiearts van 14 maart 2017 aan de commissie gestuurd. Hierin schrijft dr. Voerman het volgende: *"(...) Nu dan de casus. Laat ik voorop stellen dat ik het geen sterke casus vind. Zoals ik de eerste aanvraag lees, heb ik ook enige twijfels over de indicatie. Niet op grond van de bovengenoemde nota's, maar persoonlijk als revalidatiearts. De nadruk lijkt te liggen op de collapsneiging en vermoeidheid. Als dit echt zo ligt zou ik er zelf denk ik niet zomaar aan beginnen. Je kunt je afvragen of de eerste aanvraag correct gesteld is. In het verweer van collega Hagedoorn wordt het wat bijgesteld en de nadruk voor mijn gevoel wat meer gelegd op het H&B. Als dat het geval is wordt de casus wel sterker. Nu de vraag: is dat alles relevant? Volgens de nota en het rapport niet, want er moet slechts sprake zijn van verschijnselen in het H&B en dat is het geval."*

Uiteindelijk op grond van de beschikbare gegevens heeft CZ naar mijn mening toch geen grond om dit af te wijzen. Het is binnen de kaders van de nota en het rapport en - nog belangrijker - de revalidatiearts is degene die de patiënt daadwerkelijk tegenover zich gehad heeft en geoordeeld heeft dat er een indicatie voor MSR is. Hierbij zich aansluitende bij de - in het traject daarvoor bij verwijzers ontstane - mening dat verdere eerstelijns bemoeienis niet zinvol meer is. Ik sluit me uiteraard aan bij de uitspraak van de rechter kortgeleden dat de zorgverzekeraar niet op de stoel van de revalidatiearts mag gaan zitten. Daarmee is wat mij betreft de kous af voor deze casus. Als de zorgverzekeraar problemen heeft met bepaalde indicaties en wil dat deze aangescherpt worden zal dat op een ander niveau moeten geschieden. Datzelfde geldt als er een structureel probleem zou zijn met de indicatiestelling van een bepaalde revalidatiearts of groep revalidatieartsen. Dit zal dan door bijvoorbeeld de VRA getoetst moeten worden."

- 4.14. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt aan de hand van een pleitnota toegelicht. Verzoekster heeft in dat verband ter aanvulling aangevoerd dat zij ernstig twijfelt aan de juistheid van het advies van het Zorginstituut. Het is niet de taak of de bevoegdheid van het Zorginstituut om op de stoel van de revalidatiearts te gaan zitten, en in haar individuele zaak te beoordelen of de situatie voldoende meervoudig complex en samenhangend is. Hiermee heeft het Zorginstituut de professionele mening van de indicierend revalidatiearts en de voorschrijvend internist tegengesproken op basis van niet transparant meetbare parameters. Het Zorginstituut heeft hiermee de grenzen van zijn taken en bevoegdheden aantoonbaar overschreden. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie de aanvraag afgewezen op een verkeerde grond, namelijk dat SOLK geen indicatie voor IMSR zou zijn. Vervolgens is in de heroverweging het standpunt ingenomen dat er geen indicatie is, omdat de collapsneiging en vermoeidheid op de voorgrond lijken te staan. Nadat was gebleken dat de eerste afwijzingsgrond niet houdbaar was, had de aanvraag moeten worden goedgekeurd. Het Zorginstituut heeft geoordeeld dat de eerste afwijzingsgrond van de ziektekostenverzekeraar onjuist was. Hieruit volgt dat verzoekster in het gelijk moet worden gesteld. Het Zorginstituut heeft evenwel eigenhandig een andere (eveneens onterechte) afwijzingsgrond verzonnen. Door de hele gang van zaken heeft verzoekster vanaf 21 september 2016 geen zinvolle zorg meer kunnen ontvangen. Hierdoor zijn haar klachten verergerd en is zij zelfs haar baan kwijtgeraakt. Verzoekster benadrukt dat zij in de eerstelijns multidisciplinair is behandeld door een fysiotherapeut en een psycholoog, maar dat deze behandeling onvoldoende resultaat heeft gehad. Zowel de revalidatiearts als de eerstelijnsbehandelaars zijn van oordeel dat zij is aangewezen op IMSR.
- 4.15. Verzoekster heeft bij brief van 18 augustus 2017 gereageerd op het verslag van het spreekuurbezoek van 17 juli 2017. Verzoekster stelt dat de medisch adviseur het spreekuurbezoek niet heeft benut om haar daadwerkelijk te zien en te beoordelen, zoals volgens verzoekster de strekking was van de uitdrukkelijke opdracht van de commissie, maar alleen om nogmaals het afwijzende standpunt van de ziektekostenverzekeraar kenbaar te maken aan verzoekster. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar volgens haar evident in strijd gehandeld met de opdracht die zij heeft gehad van de commissie. Zij verzoekt de commissie daarom aan de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar de consequenties te verbinden die de commissie onder de gegeven omstandigheden passend acht. Ter zake van de inhoud van het verslag van het spreekuurbezoek stelt verzoekster dat de medisch adviseur verwijst naar "onderzoeken en richtlijnen", maar dat niet wordt vermeld welke onderzoeken en richtlijnen worden bedoeld. Evenmin wordt onderbouwd of aannemelijk gemaakt dat de revalidatiearts zou zijn afgeweken van een richtlijn. Verzoekster verwijst hierbij wederom naar de eerder genoemde uitspraak ECLI:NL:RBZWB:2017:12. Het oordeel van de revalidatiearts moet het uitgangspunt zijn. Indien de ziektekostenverzekeraar hiervan wil afwijken, ligt de bewijslast bij de ziektekostenverzekeraar. In de onderhavige kwestie is de ziektekostenverzekeraar hierin niet geslaagd. De ziektekostenverzekeraar wijst de aanvraag steeds af op de diagnosegroep 'SOLK'. Echter, in het VRA-rapport 'Indicatiestelling Medisch Specialistische Revalidatie' (april 2016) is SOLK opgenomen als één van de voorkomende diagnosegroepen (als onderdeel van 'SOLK'/ Chronische Pijn). Het is daarom fundamenteel onjuist dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag heeft afgewezen. Zelfs als sprake zou zijn van het afwijken van een richtlijn, zou hiermee niet vaststaan dat de aangevraagde zorg niet voor vergoeding in aanmerking komt. In de uitspraak van de Rechtbank

Zeeland-West-Brabant van 15 februari 2017 (ECLI:NL:RBZWB:2017:917) heeft de rechter overwogen dat de behandelend arts een eigen beslissing moet nemen over de behandeling en dat het enkele feit dat wordt afgeweken van die richtlijn geen reden kan zijn voor de zorgverzekeraar om vergoeding te weigeren.

Het valt verzoekster verder op dat de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar, blijkens het gespreksverslag, heeft opgemerkt dat de aanvraag voor IMSR mogelijk wél zou zijn goedgekeurd als 'whiplash' de indicatie zou zijn geweest. Dit is opvallend, omdat SOLK een 'plakkertje' is dat gebruikt kan worden bij een samengesteld ziektebeeld, waarbij vaak pijnklachten met beperkingen de boventoon voeren. Er wordt dan gesproken van chronische pijn (WPN 3 of 4) en soms van vermoeidheidsklachten met beperkingen en pijn. Of in een concreet geval wordt gekozen voor IMSR hangt niet af van de diagnosecode, maar van de feitelijke bevindingen en de beoordeling door de revalidatiearts. Verzoekster benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar nimmer heeft gesteld dat bij haar geen sprake is van complexiteit en beperkingen.

Verzoekster heeft afschriften van het patiëntdossier van de fysiotherapeut en van de brief van de psycholoog van 12 augustus 2016 meegestuurd. Deze stukken zijn relevant voor de beoordeling of IMSR is aangewezen, aangezien daarbij óók moet worden beoordeeld of, en zo ja in hoeverre, behandelingen in de eerste lijn soelaas boden. Deze behandelingen zijn genoemd in de machtigingsaanvraag. Verzoekster acht het onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar de informatie over deze behandelingen niet heeft opgevraagd.

4.16. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut stelt verzoekster dat zij de stelling van het Zorginstituut dat op basis van de ontvangen informatie niet kan worden vastgesteld dat er een multidisciplinaire behandeling in eerste lijn heeft plaatsgevonden, niet kan plaatsen. Uit het rapport van het Zorginstituut 'Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden' blijkt geenszins dat éérs een multidisciplinaire behandeling in de eerste lijn zou moeten plaatsvinden bij soortgelijke klachten als die van verzoekster. Het Zorginstituut motiveert in zijn advies ook niet om welke reden dit zou moeten plaatsvinden.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch specialistische revalidatie indien sprake is van een handicap die het gevolg is van (i) stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen, of (ii) een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag. Door de revalidatie dient de verzekerde een bepaalde mate van zelfstandigheid te bereiken of behouden die in relatie tot de beperkingen mogelijk is.

Medisch specialistische revalidatie betreft behandeling door een team van verschillende deskundigen (multidisciplinair team) onder leiding van een medisch specialist of revalidatiearts. De revalidatiezorg wordt geleverd door een samenhangend, interdisciplinair team, dat in intensieve samenwerking werkt aan hetzelfde behandel doel van de patiënt, onder eindverantwoordelijkheid van de revalidatiearts. De revalidatie kan zowel een opname als een deeltijd- of dagbehandeling betreffen en moet plaatsvinden in een instelling voor revalidatie.

5.2. In de aanvraag is ten aanzien van verzoekster vermeld: "chronisch collapsneiging bij milde episodische hypotensie, duizeligheidsklachten en spier- en gewrichtsklachten e.c.i., secundair fors ondertraint geraakt met vermoeidheid, hoofdpijn, verminderd geheugen en oriëntatie". Er is sprake van een grote draaglast. Verzoekster kan het huishouden en werk met moeite verrichten en is angstig voor de toekomst. In de verwijzing door de internist staat: "SOLK".

De medisch adviseur wijst erop dat SOLK (collaps neiging) en ook vermoeidheid op de voorgrond lijken te staan. Verzoekster valt niet onder de doelgroepen voor MSR zoals beschreven in het rapport van het Zorginstituut 'Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden' van 22 juni 2015. Er is sprake van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK), maar deze betreffen niet een aandoening van het houdings- en bewegingsapparaat.

De medisch adviseur komt tot de conclusie dat uit de beschikbare informatie geen medische indicatie blijkt voor IMSR.

- 5.3. Op 28 maart 2017 heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar gereageerd op onder meer de verklaring van dr. Voerman. Hij merkt op dat dr. Voerman verklaart het in eerste instantie geen sterke casus te vinden. Na de bijstelling in het verweer van de heer Hagedoorn, waardoor de nadruk meer wordt gelegd op het houdings- en bewegingsapparaat, wordt de casus sterker. De medisch adviseur heeft de volgende toelichting gegeven: *"Voerman acht de indicatiestelling van de verwijzend internist (collapsneiging en vermoeidheid) niet relevant. Hij stelt dat er slechts sprake moet zijn van verschijnselen in het houdings- en bewegingsapparaat. Ik ben het niet eens met deze stelling. De indicatiestelling is gebaseerd op de hoofddiagnose en hoofdklachten van verzekerde en dit betreft niet het houdings- en bewegingsapparaat. Er bestaan verschillende soorten SOLK. Sommige (zoals Fibromyalgie) zijn klachten van het houdings- en bewegingsapparaat, andere klachten hebben betrekking op andere systemen, zoals buikklachten, hoofdpijn, vermoeidheid, collaps enz. De reden dat het houdings- en bewegingsapparaat moet zijn aangedaan bij MSR, is omdat hierbij de expertise van een revalidatiearts van pas komt. Secundair kunnen er ten gevolge van de SOLK wel klachten van het houdings- en bewegingsapparaat ontstaan. Zolang dit echter secundair is aan de hoofddiagnose is medisch inhoudelijk MSR niet geïndiceerd. Daarbij zijn ook niet de pijn en de klachten van het houdings- en bewegingsapparaat de beperkende factoren in haar dagelijks leven. De beperkingen die verzekerde in het dagelijks leven ervaart, worden veroorzaakt door vermoeidheid en collapsneiging.*

De redenen van afwijzing kloppen niet volgens Voerman:

- Rapport indicatiestelling MSR (versie april 2016) Bijlage 2 veel voorkomende diagnosegroepen blz 16 onderaan. Chronische pijn 'SOLK' staat daar simpelweg genoemd als MSR indicatie?'
- Rapport ZIN 2015 waar CZ zelf naar verwijst in haar afwijzing blz 12 punt 8 'MSR richt zich op patiënten groepen met 'SOLK' die leiden tot complexe, ingrijpende beperkingen van zowel het bewegingsvermogen als op het niveau van activiteiten en participatie '
- Rapport ZIN 2015 waar CZ zelf naar verwijst in haar afwijzing blz 31 'MSR zoals revalidatieartsen plegen te bieden richt zich op de (matig) ernstige SOLK, met verschijnselen in het houdings- en bewegingsapparaat, waarbij het functioneren ernstig is beperkt. Het IMSR team zal zich vooral richten op de in stand houdende factoren '

Mijn commentaar

Zie hier boven

Aanvullend Rapport indicatiestelling MSR (versie april 2016): Voerman geeft zelf ook aan dat het hier om chronische pijn gaat. Chronisch pijn problematiek van het houdings- en bewegingsapparaat is in principe een indicatie voor MSR. Het betreft hier echter niet een chronisch pijn probleem van het houdings- en bewegingsapparaat, maar SOLK met chronische vermoeidheid en collapsneiging.

Conclusie

SOLK (collaps neiging) en ook vermoeidheid lijken op de voorgrond te staan. Verder konden wij niet meer informatie inwinnen bij de huisarts omdat verzekerde niet reageerde op ons verzoek om toestemming hiervoor. Uit bovenstaande blijkt dat verzekerde niet onder de doelgroepen voor MSR valt zoals beschreven in het Zorginstituut rapport Medisch-specialistische revalidatie zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden d.d. 22 juni 2015. Er is sprake van [een] somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK), maar deze betreffen niet een aandoening van het houdings- en bewegingsapparaat."

- 5.4. Verzoekster verwijst naar de uitspraak van de voorzieningenrechter van de rechtbank Zeeland/West-Brabant van 4 januari 2017. In reactie hierop merkt de ziektekostenverzekeraar op dat op grond van de Zvw sprake dient te zijn van zorg waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Dit is het doelmatigheids criterium. Zoals is vastgesteld in voornoemde uitspraak, is het oordeel van de arts die de indicatie stelt, het uitgangspunt. Een zorgverzekeraar heeft echter een zelfstandige taak om een aanvraag te toetsen aan de verzekeringsvoorwaarden en de onderliggende wet- en regelgeving die de aanspraak op basis van de zorgverzekering bepalen. De uitspraak van de voorzieningenrechter van de rechtbank

Zeeland/West Brabant vormt geen ander toetsingskader dan de ziektekostenverzekeraar reeds hanteert. Er wordt onderschreven dat de zorgverzekeraar niet blind hoeft te varen op het oordeel van de behandelend arts. Wel is van belang dat de zorgverzekeraar, als hij de indicatie van de behandelend arts niet volgt, dit voldoende onderbouwt.

In de betreffende rechtszaak ging het met name om de omstandigheid dat de onderbouwing van de afwijzing niet voldoende was. Er bestonden ook twijfels over de situatie: er waren onduidelijkheden, waarbij door de ziektekostenverzekeraar niet was overgegaan tot het opvragen van nadere informatie bij de arts. Hiervan is in het dossier van verzoekster geen sprake. Er vindt tussen SRN en de ziektekostenverzekeraar ad hoc overleg plaats over de dossiers in gevallen waarin dat nodig wordt geacht. De afspraak die hierbij geldt is dat, indien nodig, er rechtstreeks contact zal zijn tussen de revalidatiearts en twee medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar. De opmerking dat de ziektekostenverzekeraar aanvragen zonder overleg met de zorgaanbieder afwijst, kan de ziektekostenverzekeraar dan ook niet plaatsen.

Volgens verzoekster is het overleg tussen de medisch adviseur en de revalidatiearts in oktober 2016 eenzijdig opgezegd. Dit is feitelijk onjuist. Tot en met de zomervakantie gold de afspraak voor een structureel overleg over 'oude' casuïstiek. Dit is nadien vervangen door ad hoc overleg over casuïstiek wanneer dat van belang wordt geacht. Dit gebeurt zelfs ook voordat een aanvraag wordt ingediend. Verder is nooit met SRN besproken of geïnsinueerd dat de ziektekostenverzekeraar SRN weinig toekomst meer zal bieden bij een eventuele rechtszaak.

5.5. Verzoekster is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar niet op de juiste wijze de machtigingsaanvragen toetst, namelijk niet volgens de EBM methode. De medisch adviseur beoordeelt een aanvraag aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden. Getoetst wordt onder meer of sprake is van 'zorg die (...) plegen te bieden', op doelmatigheid, maar ook of sprake is van een behandeling die voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit verband naar de rapporten die hierover door het Zorginstituut Nederland zijn uitgebracht, waarin onder meer EBM en de toepassing hiervan bij beoordelingen van zorg worden besproken. De ziektekostenverzekeraar hanteert deze uitgangspunten consequent. De beoordeling is gebaseerd op standpunten van het Zorginstituut, (internationale) richtlijnen van beroepsgroepen, studies, zorgstandaarden enzovoorts, en is dus niet volkomen subjectief zoals verzoekster stelt.

5.6. Volgens verzoekster past de ziektekostenverzekeraar het begrip stepped care foutief toe, namelijk als het verplicht doorlopen van eerste- en/of tweedelijns activiteiten voordat IMSR wordt ingezet. Dit is niet het geval. Binnen de revalidatiezorg is stepped care een belangrijk begrip dat mede wordt onderbouwd door de VRA Nota Indicatiestelling medisch specialistische revalidatie en het VRA Algemeen Beroepskader revalidatiegeneeskunde die door de beroepsgroep zijn vastgesteld, en zijn overgenomen door het Zorginstituut in zijn duidingsrapport, waarbij 'stepped care' als uitgangspunt is neergelegd.

Op basis van de VRA position paper Revalidatiegeneeskunde en het rapport van het Kwaliteitsinstituut wordt onder stepped care het volgende verstaan: Stepped care is een zorgmethode volgens het principe van getrapte zorg. Het betreft een stappenplan van steeds intensievere vormen van zorg, waarbij het niet de bedoeling is om alle stappen af te lopen, maar juist om met zo weinig mogelijk stappen resultaat te boeken. Het stepped care principe betekent zo licht als mogelijk en zo intensief als nodig. De revalidatiearts adviseert derhalve de meest doelmatige behandeling die mogelijk is, gezien de aard en de ernst van de problematiek. Volgens het uitgangspunt van stepped care wordt altijd de meest doelmatige behandeling aangeboden. Het gaat dan om een effectieve behandeling, die het minst belastend, het goedkoopst en het kortstdurend is, passend bij de aard en de ernst van de problematiek. Pas als een minder intensieve interventie onvoldoende effect heeft, wordt naar een meer intensieve interventie overgegaan.

Voor het recht op vergoeding is relevant of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de voorgestelde behandeling en deze ook niet verder gaat dan nodig. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar toetst of bij de voorgestelde behandeling en de keuze van verschillende zorgverleners, gehandeld is volgens stepped care. Pas als de behandeling in een lager echelon (bijvoorbeeld de eerste lijn) onvoldoende resultaat heeft gehad of niet tot voldoende resultaat zal leiden, kan men aangewezen zijn op behandeling in een hoger echelon, in dit geval de medisch specialistische revalidatie.

Overigens moet nadrukkelijk worden vermeld dat de patiënt niet alle stappen volgorde-lijk moet hebben doorlopen; het gaat om de meest passende zorg bij de zwaarte en ernst van de problematiek.

Afwijzing op stepped care is dus geen automatisme zoals verzoekster suggereert.

5.7. De ziektekostenverzekeraar kan de opmerking van verzoekster, dat hij de eigen verzekerden discrimineert, niet plaatsen. De ziektekostenverzekeraar handelt steeds op bovenstaande wijze.

5.8. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het Zorginstituut zijn standpunt onderschrijft. Daarnaast gevraagd, verklaart de ziektekostenverzekeraar dat hij bereid is verzoekster op te roepen op het spreekuur van de medisch adviseur.

5.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 juli 2017 het verslag van het spreekuurbezoek van verzoekster gezonden, welk bezoek op 17 juli 2017 heeft plaatsgevonden. Uit het verslag blijkt dat de revalidatiearts bij het spreekuurbezoek aanwezig is geweest. Tijdens het spreekuur heeft verzoekster uitgelegd dat zij niet meer normaal kan functioneren. Zij is haar baan kwijt, kan haar opleiding niet afronden, kan haar hobby's niet meer uitoefenen en kan niet meer goed voor haar dochtertje zorgen. Zij heeft het gevoel dat medisch specialistische revalidatie het enige is dat haar nog kan helpen, of haar in ieder geval kan leren hoe zij met deze situatie en beperkingen moet omgaan. Verzoekster wil alles aangrijpen wat haar mogelijk zou kunnen helpen. Voorts heeft verzoekster verklaard dat zij de kosten van fysiotherapie en psychologische hulp voor een groot deel zelf moet betalen, en zij kan zich dit niet veroorloven.

Verzoekster heeft toegelicht dat zij is behandeld door een fysiotherapeut en een psycholoog, maar dat beide vormen van therapie voortijdig zijn afgebroken. Volgens de arts bieden deze vorm van therapie geen uitkomst voor verzoekster. Zorgaanbieders hebben verklaard dat de klachten van verzoekster niet psychisch zijn.

De revalidatiearts heeft tijdens het spreekuurbezoek verklaard dat volgens hem en andere zorgaanbieders is voldaan aan de geldende wet- en regelgeving. Er is meermaals toegelicht waarom verzoekster is aangewezen op IMSR.

De medisch adviseur heeft tijdens het spreekuur de indruk gekregen dat de situatie van verzoekster verslechterd lijkt ten opzichte van november/december 2016. Zij heeft daarom kenbaar gemaakt de casus van verzoekster te willen bespreken met de andere medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar die zich bezig houden met IMSR alvorens een uitspraak te doen.

De medisch adviseur heeft uit het gesprek met verzoekster geconcludeerd dat de collapsneiging, vermoeidheid en hoofdpijnaanvallen op de voorgrond staan, en dat dus sprake is van SOLK-klachten, niet zijnde houding en bewegingsapparaat of neurologische aandoening.

De medisch adviseur heeft na het overleg met haar collega's besloten dat verzoekster ondanks de toegenomen beperkingen, ook nu geen indicatie heeft voor IMSR. Daarnaast wordt geen coulancevergoeding verleend in verband met een te grote precedentwerking.

5.10. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22 van de zorgverzekering en 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 verzoekster aanspraak heeft op interdisciplinaire poliklinische medisch specialistische revalidatie, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.6.1 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische revalidatie bestaat en luidt:

“Zorg: waar hebt u recht op?

Medisch specialistische revalidatie omvat de zorg die voor u de beste methode is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen.

Deze zorg omvat:

- *opname: het gaat hier om revalidatie waarvoor u meerdere dagen opgenomen wordt. Deze meerdaagse opname vindt plaats als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname;*
- *deeltijd- of dagbehandeling: het gaat hier om revalidatie zonder opname.*

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om een handicap die het gevolg is van:

- *stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;*
- *een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag.*

Door de revalidatie kunt u een bepaalde mate van zelfstandigheid bereiken of behouden die in relatie tot uw beperkingen mogelijk is.

Zorgverlener

Een samenhangend, interdisciplinair team, dat in intensieve samenwerking werkt aan hetzelfde behandel doel van de patiënt, onder eindverantwoordelijkheid van de revalidatiearts.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant of sportarts.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet voorafgaand aan een revalidatiebehandeling zonder opname bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor revalidatie”

8.4. In artikel A.3.2 van de zorgverzekering is bepaald dat de verzekerde gelet op zijn indicatie naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen moet zijn op de zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

8.5. In artikel A.18 van de zorgverzekering is het zorgadvies en de akkoordverklaring geregeld. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Zorgverleners die wij hebben gecontracteerd, beoordelen (namens ons) of u voldoet aan de voorwaarden voor (vergoeding van) zorg en op welke zorg u in uw situatie bent aangewezen. Zij geven dan eventueel ook de akkoordverklaring namens ons af.

(...)

• verplicht zorgadvies en akkoordverklaring: u bent verplicht daarvan gebruik te maken voordat de zorg aan u wordt verleend. Dit staat als voorwaarde vermeld bij de beschreven zorg in hoofdstuk B en/of D. Als u ons zorgadvies opvolgt, krijgt u van ons de garantie dat zorg geheel of gedeeltelijk onder de dekking van uw verzekering valt.

(...)"

- 8.6. De artikelen A.3.2, A.18 en B.4.6.1 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, eerste lid, onderdeel a, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Medisch specialistische zorg, waaronder revalidatie, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat op grond van artikel B.4.6.1 van de zorgverzekering aanspraak bestaat op medisch specialistische revalidatie, indien sprake is van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen, of een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag. Hiermee is ten aanzien van IMSR voldaan aan het criterium 'plegen te bieden'. Aangezien voorts sprake is van verzekerde zorg, is tevens voldaan aan het criterium 'conform de stand van de wetenschap en praktijk', zodat hetgeen door verzoekster is aangevoerd met betrekking tot de EBM-methode geen verdere bespreking behoeft. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of verzoekster is aangewezen op de aangevraagde IMSR. Hierbij gaat het niet om de medische indicatie, maar om de verzekeringsindicatie zoals bedoeld in artikel A.3.2 van de zorgverzekering. Het is aan de ziektekostenverzekeraar te beoordelen of een zodanige indicatie bestaat. Met betrekking tot de verzekeringsindicatie overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Het Zorginstituut heeft op basis van het dossier beoordeeld of verzoekster is aangewezen op IMSR. In zijn advies van 22 mei 2017 heeft het Zorginstituut overwogen dat onvoldoende is aangetoond dat verzoekster een indicatie heeft voor IMSR, omdat onduidelijk is welke eerstelijnsbehandeling heeft plaatsgevonden en of deze terecht als onvoldoende effectief kan worden aangemerkt.

Daarnaast is onduidelijk welke indicatie heeft geleid tot behandeling met fysiotherapie voorafgaand aan de aanvraag en met welk behandeldoel en welke interventies is behandeld. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoekster niet bestreden, dat zij heeft geweigerd toestemming te verlenen voor het opvragen van nadere informatie.

Op verzoek van de commissie is verzoekster uitgenodigd op het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Het spreekuur heeft plaatsgevonden op 17 juli 2017, en hierbij is gekeken naar de indicatie voor IMSR. Op dit punt is uit het spreekuurbezoek niets nieuws naar voren gekomen. In reactie op het spreekuurverslag heeft verzoekster aan de commissie afschriften van het patiëntdossier van de fysiotherapeut en van de brief van de psycholoog van 12 augustus 2016 gestuurd. Deze aanvullende informatie is door het Zorginstituut beoordeeld en betrokken in het definitieve advies van 4 september 2017. Het Zorginstituut handhaaft zijn eerdere conclusie en advies tot afwijzing van het verzoek, en voegt hieraan toe dat uit de nagekomen informatie niet blijkt dat sprake is van een complexe en samenhangende problematiek waarvoor interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie is aangewezen. Uitgaande van de informatie die in het dossier aanwezig is, neemt de commissie de conclusie van het Zorginstituut over en maakt zij deze tot de hare, met als consequentie dat de aangevraagde IMSR ten laste van de zorgverzekering moet worden afgewezen.

Hetgeen door verzoekster is aangevoerd met betrekking tot de reikwijdte van de adviestaak van het Zorginstituut kan niet leiden tot een andere uitkomst. De commissie verwijst hierbij naar artikel 114, derde lid, Zvw waarin geen beperking ten aanzien van de adviestaak is opgenomen, anders dan dat het geschil betrekking moet hebben op de verzekerde zorg of diensten.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.

Uitspraak voorzieningenrechter

- 9.4. Verzoekster heeft zich beroepen op de uitspraak van de voorzieningenrechter van de rechtbank Zeeland/West Brabant van 4 januari 2017 (ECLI:NL:RBZWB:2017:12). De commissie stelt vast dat de voorzieningenrechter in voornoemde uitspraak twee casus heeft beoordeeld. In de ene casus stond de indicatie van de betreffende verzekerde niet ter discussie, in de andere casus wel. De voorzieningenrechter heeft in de tweede casus vastgesteld dat de betreffende zorgverzekeraar de indicatie van de revalidatiearts zonder enige motivering in twijfel had getrokken. Daarom diende de zorgverzekeraar de kwestie opnieuw te beoordelen. In het geval van verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar evenwel gemotiveerd toegelicht waarom in haar situatie geen sprake is van een (verzekerings)indicatie voor IMSR. Aangezien hiervoor is geoordeeld dat verzoekster geen (verzekerings)indicatie heeft voor de aangevraagde IMSR, kan de beoordeling, of zij heeft voldaan aan de door de ziektekostenverzekeraar vereiste stepped care en of de ziektekostenverzekeraar deze eis mocht stellen, achterwege blijven.
- 9.5. Verzoekster heeft voorts - mede onder verwijzing naar de in 9.4 genoemde uitspraak van de voorzieningenrechter - aan de commissie gevraagd om de ziektekostenverzekeraar 'op de vingers te tikken' omdat hij de afwijzing rechtstreeks aan de patiënt stuurt (met een kopie aan de zorgaanbieder) en eventuele aanvullende vragen alleen aan de patiënt zendt. De commissie ziet niet in waarom de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar in deze laakbaar zou zijn. De betrokken patiënt is immers degene die een contractuele relatie heeft met de ziektekostenverzekeraar, en niet de bedoelde (niet-gecontracteerde) zorgaanbieder. Het is de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt om - indien hij dit wenst - eventuele vragen van de ziektekostenverzekeraar te bespreken met de zorgaanbieder.

Werking privaatrecht

- 9.6. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat zij zich gediscrimineerd voelt, omdat (i) andere zorgverzekeraars minder kritisch zouden zijn bij de indicatiestellingen dan de ziektekostenverzekeraar, (ii) er een verschil zou zijn tussen de beoordeling van niet-gecontracteerde versus gecontracteerde zorgaanbieders, en (iii) andere verzekerden van de ziektekostenverzekeraar met de zelfde indicatie wél IMSR mochten volgen bij SRN.
- De commissie overweegt ten aanzien van punt (i) dat iedere zorgverzekeraar op grond van de Zvw verplicht is te toetsen of de aangevraagde zorg voldoet aan de geldende voorwaarden. Als andere zorgverzekeraars de voorwaarden minder strikt hanteren, betekent dit niet dat de ziektekostenverzekeraar om die reden gehouden is de geldende voorwaarden eveneens minder strikt toe te passen. Daarnaast dient de ziektekostenverzekeraar iedere aanvraag individueel te beoordelen, zoals ook in de onderhavige kwestie is gebeurd.
- Ten aanzien van punt (ii) heeft verzoekster geen stukken overgelegd die haar standpunt onderbouwen. Het enkele feit dat er tussen de betrokken zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar meer zake spelen is onvoldoende om deze stelling aannemelijk te maken. Daarom neemt de commissie het gestelde voor kennisgeving aan. Met betrekking tot punt (iii) heeft verzoekster meerdere geanonimiseerde toewijzende beslissingen van de ziektekostenverzekeraar aan de commissie gestuurd alsmede een aantal geanonimiseerde behandelplannen. Aangezien zowel de beslissingen als de behandelplannen geanonimiseerd zijn, kan de commissie deze niet naast elkaar leggen om te controleren of bij dezelfde indicatie al dan niet een machtiging is verleend voor IMSR, nog daargelaten dat het volledige dossier van voornoemde zaken ontbreekt, zodat onvoldoende aannemelijk is gemaakt dat het hier inderdaad identieke althans met de situatie van verzoekster vergelijkbare gevallen betreft, en ook dit punt niet kan leiden tot een andere uitkomst. Het laatste geldt ook voor hetgeen overigens door verzoekster naar voren is gebracht.

Conclusie

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

Zeist, 27 september 2017,

A.I.M. van Mierlo