



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 (IMSR), indicatie

Zaaknummer : 201700251

Zittingsdatum : 7 juni 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester 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: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

tegen








- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering 50+ 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op Interdisciplinaire Medisch Specialistische Revalidatie (IMSR) door Stichting Revalidatiegeneeskunde Nederland (SRN) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de kosten van deze behandeling gedeeltelijk ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering worden vergoed, namelijk tot een bedrag van € 900,--, indien de zorgaanbieder is gecontracteerd voor oncologische nazorg.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij klachtenformulier van 2 februari 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

-  3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 maart 2017 aan verzoeker gezonden.
-  3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 april 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 april 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
-  3.7. Bij brief van 28 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 15 mei 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017014670) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet voldoende is aangetoond dat verzoeker een (verzekerings)indicatie heeft voor IMSR. Het dossier geeft (onder andere) geen duidelijkheid over de juiste indicatiestelling voor de oncologische nazorg en met welke reden verzoeker geen gebruik kan maken van oncologische revalidatie. Daarnaast ontbreekt informatie over de precieze aard en de ernst van de fysieke en psychische problemen van verzoeker en de toegepaste eerstelijnszorg en de effectiviteit hiervan. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 16 mei 2017 aan partijen gezonden.
-  3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 juni 2017 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.9. Ter zitting is afgesproken dat partijen met elkaar in overleg treden met betrekking tot de indicatie van verzoeker, en dat de ziektekostenverzekeraar de commissie binnen twee weken over de uitkomst hiervan informeert.
De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 juni 2017 geïnformeerd ten aanzien van het gevoerde overleg. Een afschrift van deze brief is op 29 juni 2017 ter kennisname aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft bij brieven van 30 juni 2017 en 1 juli 2017 gereageerd op voornoemde brief.
-  3.10. Bij brief van 29 juni 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 de nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 5 juli 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.
-  3.11. Bij brief van 25 juli 2017 heeft verzoeker de commissie medegedeeld zich te laten bijstaan door een nieuwe gemachtigde, en heeft hij de commissie verzocht een nieuwe hoorzitting te plannen. Ook heeft hij verzocht om toezending van de aantekeningen van de eerdere hoorzitting. De commissie heeft verzoeker bij brief van dezelfde datum de aantekeningen van de hoorzitting op 7 juni 2017 gezonden, en verzoeker medegedeeld geen tweede hoorzitting te plannen.
Bij brief van 1 augustus 2017 heeft verzoeker de commissie erop gewezen dat tijdens de hoorzitting was afgesproken dat hij, in het kader van het bepalen van de indicatie, zou worden opgeroepen voor het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar, maar dat dit niet is gebeurd. De commissie heeft, na het dossier intern te hebben besproken, besloten de ziektekostenverzekeraar bij brief van 22 augustus 2017 te gelasten verzoeker alsnog op te roepen voor het spreekuur. Bij brief van 5 september 2017 heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar verklaard verzoeker niet op te roepen voor het spreekuur, en heeft hiervoor zijn redenen uiteengezet. Een afschrift van deze reactie is aan verzoeker gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 19 september 2017 op het stuk van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift van deze brief is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. De behandelend revalidatiearts heeft op 10 oktober 2016 ten aanzien van verzoeker verklaard: *“Medische motivatie voor IMSR: adaptatiestoornis bij st. na OK aneurysma AAA (2012), chemo i.v.m. NHL (voorjaar 2016), uitgebreide vasculaire, pulmonale co-morbiditeit, osteoporose en sec. adipositas waardoor fors beperkt in fysieke en soc/emotionele status. Cave dissimuleren! Cave "subtiële" cognitieve- en gedragsstoornissen. Anamnese: 2012: pijn in de rug waarbij D/aneurysma buikaorta, waarvoor broekprothese. Hierbij kwam Non Hodgkin Lymfoom (folliculair lymfoom) aan het licht. Aanvankelijk bleek lymfoom stabiel, laatste twee jaar meer progressief karakter. Inmiddels 21 chemokuren in twee series doorlopen; laatste ca. mei 2016. Daarnaast uitgebreide therapieresistente pijnklachten wervelkolom o.b.v. osteoporotische wervelinzakking (Th 8 en Th 12), een beperkte loopafstand vanwege claudicatio intermittens rechterbeen alsmede recent gestelde D/ COPD. Hierdoor invaliderende beperkingen, tot steeds minder in staat. Gedaald activiteitsniveau zorgde tevens voor een forse ongewilde gewichtstoename. Sociaal/emotioneel: gefrustreerd, nog zeer beperkte acceptatie, snel geïrriteerd. In 2012: 75 kg, huidig 99 kg bij 183 cm. Somatisch: Fors verstoord fysiek functioneren o.b.v. sterk verminderde inspanningscapaciteit, dyspneu d'effort bij COPD, therapieresistente pijnklachten lage rug, pijnklachten onderste extremiteit rechts o.b.v. claudicatio intermittens (aanvullende beeldvorming hiervoor volgt binnen enkele weken). Grote moeite met (h)erkennen van lichaamseigen (on)mogelijkheden. Tevens invaliderende vermoeidheid: NRS vermoeidheid gemiddeld 7/10. Beperkt in activiteiten zoals lang staan, zitten, slenteren, koken, huishoudelijke activiteiten, boodschappen dragen, autorijden. Nachtrust: wisselend. ADL: Dagdagelijkse taken in/rond de woning worden samen met en steeds meer door echtgenote gedaan, geen externe hulp in huishouden (eigenlijk wel noodzakelijk). Maatschappelijk/participatie: Getrouwd, echtgenote vormt sociale steun. 2 kinderen uit eerste huwelijk van echtgenote (1976 & 1981), 2 kleinkinderen.(...) Psychologisch: gefrustreerd over wat er allemaal niet meer gaat; kort lontje, wat zich voornamelijk uit richting echtgenote. Acceptatieproblematiek. (...) Stepped care: Pat heeft inmiddels ruim zes weken stepped care eerste lijns (oncologische) FT en explorerende psychologie gehad (andere oncologische programma's worden in de regio van pte niet aangeboden en zijn dus niet inzetbaar, verder uit de regio zijn onacceptabel lange wachttijden waardoor tevens niet inzetbaar op korte termijn); klachten blijven vrijwel onverminderd invaliderend (belastbaarheid, hanteringsvaardigheden, "subtiële" cognitieve stoornissen, gedrag en frustraties). 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 meervoudige complexe, onderling samenhangende en herstel belemmerende, problematiek waarbij fysieke aspecten op de voorgrond staan. Veel ernstige, elkaar versterkende en samenhangende co-morbiditeit. (...)*”.

4.2. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor IMSR, welke aanvraag is afgewezen op de grond dat oncologische revalidatie niet valt onder de voorwaarden die gelden voor Medisch Specialistische Revalidatiezorg (MSR). Wel kan verzoeker volgens de ziektekostenverzekeraar een oncologisch nazorgtraject volgen in Terneuzen, op grond van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit betekent voor verzoeker echter dat hij te maken krijgt met ruim een uur reistijd.

Oncologische revalidatie voldoet aan de in de zorgverzekering gestelde voorwaarden, zoals omschreven in artikel B.4.6.1. De Nederlandse Vereniging voor Revalidatieartsen (VRA) noemt IMSR als mogelijke behandeloptie, en deze wordt ook beschreven in de 'Richtlijn Oncologische Revalidatie'. In de rapporten van de VRA is toegelicht dat moet zijn voldaan aan een aantal voorwaarden. De CES-D score moet boven de 16 liggen (verzoeker scoort 17), de VAS vermoeidheidsscore moet boven de vier liggen (verzoeker scoort 7,1) en de PSK moet minimaal vier op minimaal één item zijn (verzoeker scoort op zeven items boven de vier, namelijk op lang staan, zitten, slenteren, koken, huishoudelijke activiteiten, boodschappen dragen en autorijden). Daarnaast moet sprake zijn van meervoudige klachten en complexiteit. Dat verzoeker hieraan voldoet, blijkt uit de verklaring van de revalidatiearts.

Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, is derhalve geen sprake van oncologische nazorg, maar van een revalidatietraject dat in de situatie van verzoeker is aangewezen.

- 4.3. Hoewel de revalidatiearts en internist een indicatie aanwezig achten voor IMSR, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten dat deze er niet is. In een commentaar van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) op een rapport van het Zorginstituut uit 2015 staat dat het voor zorgverzekeraars niet mogelijk is te toetsen of een medisch-specialistische revalidatiebehandeling passend wordt verstrekt. Een aantal van de in het rapport genoemde factoren acht de NZa multi-interpretabel. Ook ZN vindt deze factoren niet transparant. De ziektekostenverzekeraar voert deze toets echter wel uit, en gaat hiermee op de stoel van de arts zitten. Hij legt bovendien de regels anders uit dan andere zorgverzekeraars. Het is verzoeker bekend dat diverse andere patiënten in een vergelijkbare situatie wel een IMSR-traject hebben gevolgd waarvan de kosten ten laste van de zorgverzekering zijn gebracht. Er zijn verzoeker zelfs gevallen bekend van patiënten die bij de ziektekostenverzekeraar zijn verzekerd, en bij wie voor de behandeling wel een vergoeding is verleend. De afwijzing heeft tot gevolg dat verzoeker is aangewezen op eerstelijns zorg, die in het verleden niets heeft geholpen. Zijn klachten zullen daarom verergeren. Het functioneren van verzoeker is zowel op fysiek, maatschappelijk als sociaal vlak beperkt, en de ziektekostenverzekeraar ontzegt hem de mogelijkheid hieraan iets te doen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar ten onrechte geen rekening heeft gehouden met de bestaande wetgeving en jurisprudentie. Verzoeker verwijst hierbij naar de uitspraken van de voorzieningenrechter van de rechtbank Zeeland-West-Brabant van 4 januari 2017, en van de kantonrechter van dezelfde rechtbank van 15 februari 2017. Uit deze uitspraken blijkt dat de ziektekostenverzekeraar niet op de stoel van de arts mag gaan zitten. Bij twijfel dient de ziektekostenverzekeraar nadere informatie op te vragen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker voor een oncologisch nazorgprogramma verwezen naar een zorgaanbieder in Terneuzen. Volgens de website van de ziektekostenverzekeraar is dit de enige zorgaanbieder in Zeeland die deze zorg aanbiedt. Eveneens volgens voornoemde website worden de reiskosten naar deze zorgaanbieder niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Gezien de medische situatie van verzoeker zou hij per taxi naar Terneuzen moeten reizen, hetgeen hem per keer ongeveer € 235,- zou kosten. Verzoeker kan deze kosten niet dragen, waardoor hij niet bereid en niet gemotiveerd is deze behandeling te ondergaan, hetgeen een absolute contra-indicatie inhoudt. Op de website van de ziektekostenverzekeraar is vermeld dat het oncologische nazorgprogramma, dat verzoeker zou moeten volgen, fysiotherapie en/of psychologie betreft. Dit hoeft dus niet multidisciplinair te zijn, terwijl dit door de ziektekostenverzekeraar wel wordt geëist. Bij eerder genoemde zorgaanbieder wordt deze zorg overigens niet multidisciplinair aangeboden; met ingang van 1 januari 2016 worden daar alleen nog enkelvoudige groepsoefenprogramma's aangeboden onder de naam oncologische nazorg. Verzoeker heeft, voorafgaand aan de aanvraag voor IMSR bij SRN, een multidisciplinair programma met fysiotherapie en psychologie gevolgd. Evenwel zonder resultaat. Het is derhalve zinloos dit programma in het kader van de stepped care nogmaals te volgen. Daarnaast gevraagd heeft verzoeker medegedeeld bereid te zijn te overleggen met de ziektekostenverzekeraar teneinde de indicatie helder te krijgen.
- 4.5. Bij brief van 19 september 2017 heeft verzoeker erop gewezen dat de ziektekostenverzekeraar de concrete instructie van de commissie ter zitting in de wind heeft geslagen, waarmee hij de indruk wekt beter dan de commissie te weten wat van hem mag worden verlangd. Dat verzoeker twee weken lang in afwachting is geweest van een uitnodiging in de hoop alsnog een goedkeuring te krijgen, is kennelijk niet van belang voor de ziektekostenverzekeraar. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar de door de commissie gestelde termijn genegeerd, hetgeen betekent dat zijn reactie als tardief moet worden aangemerkt. Indien de commissie de reactie van de ziektekostenverzekeraar ondanks het tardieve karakter accepteert, merkt verzoeker op dat het door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar veronderstelde gebrek aan complexiteit en samenhang voor deze blijkbaar beslissend is. Tegelijkertijd erkent hij uitdrukkelijk niet over de competenties te beschikken om een

revalidatiegeneeskundige intake te doen. Tegen de achtergrond van het stelselmatig op de stoel van de indicierend revalidatiearts gaan zitten, is die uitspraak op zijn minst opvallend te noemen. Uit het rapport van het Zorginstituut: 'Medisch specialistische revalidatie; zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden' (2015) blijkt dat het aan de revalidatiearts is de complexiteit te beoordelen. Het is niet mogelijk complexiteit in maat en getal uit te drukken, hetgeen betekent dat dossieraantekeningen nimmer kunnen aantonen dat hiervan wél of niet sprake is. Zoals ook de rechter op 4 januari 2017 oordeelde, zijn dit beslissingen die bij uitstek behoren tot de expertise van de revalidatiearts. De revalidatiearts moet beoordelen of sprake is van de vereiste complexiteit en samenhang. Als de revalidatiearts tot de conclusie komt dat dit het geval is, zal de ziektekostenverzekeraar die uitkomst in beginsel moeten accepteren. Uit de verschillende stukken blijkt expliciet dat de revalidatiearts tot de conclusie is gekomen dat sprake is van de benodigde complexiteit en samenhang. Een derde, zoals een medisch adviseur van een zorgverzekeraar, kan deze beoordeling slechts marginaal toetsen. De ziektekostenverzekeraar licht ook niet toe waarom en op basis waarvan volgens hem geen sprake is van de vereiste complexiteit en samenhang. Dit is opvallend tegen de achtergrond van alles wat verzoeker heeft ingebracht teneinde gemotiveerd aan te tonen dat daarvan wél sprake is.

Uit genoemd rapport van het Zorginstituut uit 2015 blijkt dat in geval van SOLK een indicatie kan bestaan voor medisch specialistische revalidatie, namelijk indien sprake is van "complexe ingrijpende beperkingen van zowel het bewegingsvermogen als op het niveau van activiteiten en participatie". Op basis van de indicatiestelling, de machtigingsaanvraag, het heroverwegingsverzoek en alle in het geding gebrachte medische stukken is evident dat sprake is van "complexe, ingrijpende beperkingen van zowel het bewegingsvermogen als op het niveau van activiteiten en participatie". In paragraaf 7.3.4 van het rapport merkt het Zorginstituut op dat ZN en de NZa het criterium 'complexe samenhangende problematiek' een onderdeel vinden waarop niet kan worden getoetst door een zorgverzekeraar, omdat het niet transparant en/of meetbaar gemaakt kan worden. Het Zorginstituut geeft vervolgens aan dat een nadere concretisering op dit moment niet mogelijk is en dat een en ander nader ingevuld kan worden bij het actualiseren van de richtlijnen en daarom overgelaten wordt aan de beroepsgroep, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. Waarom het Zorginstituut thans wél een uitspraak meent te kunnen doen over de complexiteit, is verzoeker een raadsel. Er zijn sinds de totstandkoming van het rapport van het Zorginstituut geen richtlijnen geactualiseerd of verschenen die invulling geven aan het begrip 'complex en samenhangend'. In de nieuwe nota indicatiestelling van de VRA is dit juist bewust achterwege gelaten, omdat enkel de behandelend arts zulks kan beoordelen.

4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De zorgverzekering biedt dekking voor medisch-specialistische revalidatie als sprake is van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen dan wel van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag. Door de revalidatie kan de verzekerde een bepaalde mate van zelfstandigheid bereiken of behouden die in relatie tot zijn beperkingen mogelijk is.

Medisch-specialistische revalidatie betreft de behandeling door een team van verschillende deskundigen 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. Indien sprake is van problemen op meerdere terreinen moet worden gekozen uit drie opties:

- enkelvoudige problematiek met verwijzing naar de fysiotherapeut of psycholoog;
- meervoudige problematiek met verwijzing voor oncologische revalidatie door een multidisciplinair revalidatieteam;
- complexe problematiek met verwijzing voor revalidatiegeneeskunde.

De richtlijn beveelt aan de 'Lastmeter' te hanteren voor het signaleren van klachten, waarbij gebruik wordt gemaakt van een aantal specifieke meetinstrumenten (CES-D, VAS, PSK). Eerst indien sprake is van een complexe problematiek zal verwijzing naar de revalidatiearts aan de orde zijn. Als complexe problematiek wordt gedefinieerd: *"Bij complexe problematiek (...) is sprake van een sterke interactie tussen problemen op fysiek gebied en psychosociaal gebied en/of van zeer uitgebreide functiestoornissen [zo]dat interdisciplinaire behandeling door een revalidatiegeneeskundig team noodzakelijk is. Bij complexe problematiek zal verwijzing naar de revalidatiearts plaatsvinden voor revalidatiegeneeskunde"*.

- 5.3. Bij verzoeker betreft het met name een sterk verminderde inspanningscapaciteit op basis van recente chemotherapie in verband met het Non Hodgkinlymfoom, in combinatie met dyspneu d'effort bij recent geconstateerde COPD. Daarnaast bestaan therapieresistente pijnklachten in de lage rug en pijnklachten in het rechterbeen op basis van claudicatio intermittens. Op psychologisch gebied bestaat frustratie over hetgeen niet meer gaat en onzekerheid over de toekomst. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar komt op grond van de beschikbare informatie tot het oordeel dat bij verzoeker geen sprake is van complexe (en samenhangende) problematiek met zeer uitgebreide functiestoornissen waarvoor medisch specialistische revalidatie kan worden aangemerkt als gepaste zorg. Wel bestaat bij hem meervoudige problematiek waarvoor, mede ten gevolge van de recente oncologische behandeling, in het kader van de oncologische nazorg multidisciplinaire behandeling onder verantwoordelijkheid van een oncoloog is aangewezen. Het kan zijn dat andere zorgverzekeraars in een vergelijkbare situatie wel een vergoeding verlenen ten laste van de zorgverzekering. Hieraan is de ziektekostenverzekeraar echter niet gebonden.
- 5.4. Met de komst van de multidisciplinaire richtlijn 'oncologische revalidatie' is nader omschreven wat hieronder wordt verstaan, hoe de indicatie wordt gesteld en wat de bijpassende behandeling is. Daarin wordt ook uitgelegd wanneer sprake is van mono- dan wel multidisciplinaire behandeling, of van medisch specialistische revalidatie. De Stichting Herstel en Balans heeft zichzelf als licentiehouders opgegeven, met als redenering dat met het verschijnen van de richtlijn het programma overbodig werd. Omdat de ziektekostenverzekeraar het met deze stelling oneens is, heeft deze bepaalde instellingen die het programma aanboden, voorgesteld hiermee door te gaan, met de mogelijkheid van vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Volgens verzoeker past de ziektekostenverzekeraar het begrip 'stepped care' foutief toe. Bij 'stepped care' wordt altijd de meest doelmatige behandeling aangeboden. Het gaat dan om een effectieve behandeling, die het minst belastend, het goedkoopst en het kortst 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. De ziektekostenverzekeraar heeft deze systematiek op de juiste wijze op de situatie van verzoeker toegepast.
- 5.5. Daarnaast gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar ter zitting medegedeeld met zijn medisch adviseur te willen overleggen ten aanzien van het vaststellen van de indicatie van verzoeker. Na dit overleg zal de ziektekostenverzekeraar contact opnemen met SRN om een en ander te bespreken.
- 5.6. Bij brief van 21 juni 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de medisch adviseur telefonisch contact heeft opgenomen met SRN en de revalidatiearts, en dat het dossier van verzoeker uitgebreid is besproken. Tijdens dit gesprek is ter sprake gekomen dat de oncologische nazorg voor verzoeker niet mogelijk was, gelet op de reisafstand. Omdat de reisafstand inderdaad een probleem is, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten alsnog een vergoeding te verlenen voor een oncologisch nazorgprogramma. SRN kan hiervoor een nota indienen bij de ziektekostenverzekeraar. De medisch adviseur heeft verder met de revalidatiearts gesproken over de complexiteit van de problematiek van verzoeker. De revalidatiearts heeft hierbij toegelicht dat de multimorbiditeit in combinatie met de recente oncologische behandeling aanleiding is voor het disfunctioneren van verzoeker. Er zou sprake zijn van een complexe samenhangende problematiek en daarom zou interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie zijn aangewezen.

De medisch adviseur is daarentegen van oordeel dat weliswaar sprake is van meerdere klachten, maar dat niet duidelijk is dat het een complex en samenhangend probleem betreft. De onderbouwing van de verschillende aspecten is ook tijdens het telefonisch onderhoud niet naar voren gekomen. De medisch adviseur blijft dan ook van oordeel dat onvoldoende is aangetoond dat verzoeker een indicatie heeft voor de aangevraagde IMSR.

- 5.7. Bij brief van 5 september 2017 heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar toegelicht: *"Het geschil betreft de vraag of de problematiek van verzoeker kan worden aangemerkt als dermate complex en samenhangend dat interdisciplinaire zorg onder behandeling van de revalidatiearts is aangewezen. Het is primair de revalidatie arts die zich, gezien diens opleiding en competenties, een oordeel vormt over de medische problematiek van verzekerde en daar een conclusie aan verbindt met het oog op een (revalidatie)behandeling. De rol van de medisch adviseur is om te toetsen of deze indicatie en revalidatiebehandeling voldoen aan de verzekeringsvoorwaarden. Daarbij wordt o.a. gebruik gemaakt van de duiding van het ZIN uit 2015 betreffende de medisch specialistische revalidatie. In de onderhavige casus was mijn eerste conclusie in november jl. na bestudering van het indicatierapport d.d. 10-10-2016 van dr. (...), revalidatiearts, dat de beschreven aard en ernst van de (medische) problematiek niet voldeed aan de vergoedingsvoorwaarden van de zorgverzekering. Hoewel sprake was/is van een combinatie van meerdere medische problemen, werd in het indicatierapport geen informatie verstrekt over de complexiteit en samenhang tussen de verschillende gezondheidsaspecten. De medisch adviseur van ZIN komt in diens advies van 15-05 jl. tot eenzelfde conclusie. In geschil wordt slechts volstaan met een opsomming van de verschillende medische problemen en een globale beschrijving van de fysieke en lichamelijke beperkingen, zonder dat een complexe samenhang tussen de verschillende aspecten werd beschreven, noch welke specifieke beperkingen hieruit voortvloeien die inzet van een interdisciplinaire medisch specialistische revalidatiebehandeling rechtvaardigen. Een uitgebreid telefoongesprek met de heren (...) op 16 juni jl. leidde op dat punt niet tot nieuwe inzichten. Hoewel aan de bevindingen van de revalidatiearts, zoals in de diverse documenten en tijdens het telefoongesprek op 16-06 verwoord, op zich niet wordt getwijfeld, is er verschil van inzicht in de conclusie die hieraan wordt verbonden ten aanzien van de aanspraak op vergoeding van interdisciplinaire medische specialistische revalidatie. Uit het telefoongesprek met mw. (...) op 5-9-2017 bleek dat het kennelijk de bedoeling en verwachting van de SKGZ is dat ik mij als medisch adviseur tijdens een spreekuur met verzekerde en diens revalidatiearts een beeld vorm van de medische problematiek en daarmee samenhangende beperkingen van verzekerde. Een en ander suggereert dat ik als medisch adviseur het indicatie onderzoek van de revalidatie arts, in diens bijzijn, over doe. Ik beschik echter als sociaal geneeskundige niet over de specifieke competenties om een revalidatiegeneeskundige intake te doen. Het verschil van mening tussen CZ en SRN gaat niet over de bevindingen van de revalidatie arts, maar over diens conclusie ten aanzien van de inzet en aanspraak op vergoeding van IMSR. De recente ervaring van mijn collega dr. (...) met eenzelfde, voor ons ongebruikelijk, spreekuur op verzoek van de SKGZ, leert bovendien dat een dergelijk onderzoek emotioneel heel zwaar is voor de verzekerde. Een open, rechtstreeks gesprek met de verzekerde over diens klachten en beperkingen is door de inmenging van de revalidatiearts niet mogelijk. De verzekerde zit dan tussen de inhoudelijke argumentatie van de revalidatie arts m.b.t. de medische indicatie en de adviserend geneeskundige m.b.t. de verzekeringsindicatie in. Naar mijn overtuiging draagt een dergelijk spreekuur voor geen van de partijen bij aan consensus over een oplossingsrichting. Gezien de negatieve gevolgen voor de patiënt vind ik het daarom als medicus ethisch niet verantwoord om hier aan mee te werken. Ten aanzien van de suggestie dat onvoldoende effect van een eerstelijns behandeling per definitie aanleiding is tot een MSR traject wil ik tenslotte het volgende opmerkingen. Aanspraak op vergoeding van een MSR traject wordt primair getoetst aan de kaders zoals beschreven in het eerder genoemde ZIN rapport uit 2015. Dat wil zeggen dat met name aard en ernst van de complexe, samenhangende medische problematiek de basis vormt voor het inzetten van een gespecialiseerd multidisciplinair team onder leiding van een revalidatie arts. Wanneer hiervan, zoals in onderhavige casus, geen sprake is, is ook bij onvoldoende resultaat van een eerstelijnsbehandeling een IMSR traject niet aan te merken als gepaste zorg en komt een dergelijke behandeling niet in aanmerking voor vergoeding uit de zorgverzekering. (...)"*
- 5.8. 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 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.

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. tot en met B.26. 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, voor zover hier van belang:

“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. (...)*

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 behandeldoel van de patiënt, onder eindverantwoordelijkheid van de revalidatiearts. (...)

- 8.4. Artikel A.3.2. van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“(...) u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn. (...)”

- 8.5. De artikelen A.3.2. en B.4.6. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. 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 een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 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 D.6.1. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op een oncologisch nazorgprogramma en luidt, voor zover hier van belang:

"Voor patiënten die na behandeling van kanker een goede levensverwachting hebben bestaat een landelijk reactiverings- en nazorgprogramma van 3 maanden. Wij vergoeden dit programma ofmodulaire onderdelen daarvan. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. (...)"

Op het Vergoedingen Overzicht is, voor zover hier van belang, bepaald:

"Oncologisch nazorgprogramma maximaal € 900,- per behandelprogramma. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. In geschil is de vergoeding van revalidatiezorg, verleend door SRN. De zorgverzekering biedt, gelet op het bepaalde in artikel B.4.6., dekking voor revalidatiezorg indien een handicap bestaat die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen dan wel een aandoening van het centrale zenuwstelsel, die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag. Verder is vereist dat met de revalidatie een bepaalde mate van zelfstandigheid kan worden bereikt of behouden die in relatie tot de beperkingen van de verzekerde mogelijk is.
Uit de stukken blijkt dat verzoeker is gediagnosticeerd met het Non Hodgkinlymfoom, waarvoor hij onder andere een behandeling met chemotherapie heeft ondergaan. Verder is hij bekend met dyspneu d'effort bij COPD. Als gevolg van deze aandoeningen heeft verzoeker beperkingen bij het fysieke functioneren. Bij hem is sprake van een sterk verminderde inspanningscapaciteit en invaliderende vermoeidheid. Mede als gevolg van zijn beperkingen heeft verzoeker psychische klachten. Het geschil spitst zich toe op de vraag of in zijn situatie kan worden gesproken van een complexe en samenhangende problematiek, waarbij - althans naar de commissie begrijpt - dit criterium nog niet volledig is uitgekristalliseerd en bovendien niet goed meetbaar.
Verzoeker heeft aangevoerd dat in zijn geval een zodanige problematiek aan de orde is, en heeft een en ander onderbouwd met stukken van zijn revalidatiearts. Door de ziektekostenverzekeraar is weliswaar erkend dat verzoeker diverse gezondheidsklachten heeft, maar wordt bestreden dat deze complex en samenhangend zijn. Aangezien dit oordeel uitsluitend was gebaseerd op het dossier is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld verzoeker uit te nodigen voor het spreekuur van zijn medisch adviseur teneinde deze in staat te stellen zich een oordeel te vormen over de medische situatie van verzoeker en de door de revalidatiearts gestelde indicatie. De ziektekostenverzekeraar heeft van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt, en heeft

terugverwezen naar de revalidatiearts, zodat het oordeel van deze arts door de commissie als leidend wordt gezien. De commissie realiseert zich dat zij hiermee afwijkt van het advies van het Zorginstituut. Hiertoe bestaat evenwel aanleiding gegeven de hiervóór geschetste onduidelijkheid rond het beoordelingskader en het feit dat het primaat, als het gaat om de indicatiestelling, in beginsel ligt bij de revalidatiearts, die - anders dan het Zorginstituut - verzoeker ook heeft gezien. Het voorgaande leidt ertoe dat aannemelijk is dat bij verzoeker sprake is van een complexe en samenhangende problematiek, zodat hij een indicatie heeft voor revalidatiezorg als bedoeld in voornoemd artikel B.4.6., en hij aanspraak heeft op vergoeding van de onderhavige kosten, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. Gelet op hetgeen hiervóór is overwogen, behoeft de aanvullende ziektekostenverzekering verder geen bespreking.

Conclusie

- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.4. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 8 november 2017,

A.I.M. van Mierlo