



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam

Zaak : Geneeskundige zorg, interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie, indicatie, doelmatigheid

Zaaknummer : 201801453

Zittingsdatum : 22 mei 2019

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, hierna te noemen: verzekerde

tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de DSW Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie bij de indicatie Morbus Scheuermann (hierna: de aanspraak). Bij brief van 1 mei 2018 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 7 juni 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 3 januari 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 maart 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 maart 2019 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 17 maart 2019 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 maart 2019 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 7 maart 2019 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 25 maart 2019 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2019013035) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen, omdat het gevolgde behandelprogramma niet kan worden gezien als interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie. Daarnaast blijkt uit het dossier niet dat verzekerde een indicatie heeft voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie en voorafgaande stepped-care behandelingen adequaat en dat zonder resultaat zijn doorlopen. Het Zorginstituut licht zijn advies als volgt toe: *"Uit het dossier blijkt niet dat er sprake is van complexe samenhangende problemen op meerdere ICF-domeinen van het functioneren. De revalidatiearts vermeldt alleen dat er sprake is van 'acceptatieproblemen'. In het verslag van de multidisciplinaire intake staat dat er 'matig inzicht is in de aandoening'. Ook komen er geen psychische of sociale aspecten aan bod in het verslag over de evaluatie van de behandeling. De verslaglegging over de intake en evaluatie bevat een samenvattende rapportage van de betrokken physician assistent en fysiotherapeut. Uit de verslagen blijkt geen betrokkenheid van een zorgverlener op psychologisch terrein. In het voortraject voorafgaand aan de behandeling is nergens melding gemaakt van diagnostiek of behandeling van psychologische of sociale problematiek, hetgeen wel een vereiste is in de stepped-care benadering conform het standpunt van het Zorginstituut over MSR. Er hebben wel behandelingen plaatsgevonden door een Cesartherapeut (geen verslag) en een fysiotherapeut (verslag in dossier). De fysiotherapeut heeft gerapporteerd dat er volledig herstel is gerealiseerd op het belangrijkste probleem van verzekerde, namelijk langdurig staan (PSK van 5 naar 1) en dat verzekerde uitbehandeld was. Toch zou verzekerde direct na deze behandeling naar de Scoliose Care Clinic gaan."* Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 26 maart 2019 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 mei 2019 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut. Tijdens de hoorzitting is afgesproken dat verzoekster een overzicht aan de commissie stuurt, waarin is opgenomen welke zorg is verleend door de Scoliose Care Clinic, door wie de zorg is verleend, hoeveel behandelingen hebben plaatsgevonden en gedurende welke periode(s).
- 3.10. Verzoekster heeft op 2 juni 2019 de aanvullende informatie aan de commissie gezonden. De ziektekostenverzekeraar is in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Dit heeft hij bij brief van 12 juni 2019 gedaan. Een afschrift hiervan is aan verzoekster gezonden, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 22 juni 2019 gereageerd op voornoemde brief. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.11. Bij brief van 24 juni 2019 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting, de pleitnota van verzoekster en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 25 juni 2019 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.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzekerde is al langer bekend met een kromme bovenrug. Hiervoor heeft zij verschillende therapieën gevolgd, zoals osteopathie, Cesartherapie, chiropractie en fysiotherapie. Deze behandelingen hebben niet het gewenste resultaat gehad. In maart 2018 is bij haar de diagnose Morbus Scheuermann gesteld. Verzoekster is toen direct op zoek gegaan naar de beste behandeling voor verzekerde. Zo is zij terecht gekomen bij de Scoliose Care Clinic.
- 4.2. Verzekerde heeft in de Scoliose Care Clinic een trainingsprogramma van twee weken gevolgd. Dit programma is specifiek afgestemd op de afwijking van haar rug. Hierbij zijn metingen verricht, zodat de voortgang kon worden bewaakt en duidelijk werd welke oefeningen het meest effectief zijn. Daarnaast heeft verzekerde uitleg gekregen over haar rug en de ziekte van Scheuermann, zodat zij nu weet hoe zij het beste kan omgaan met haar rug. Ook hebben gesprekken plaatsgevonden met een psycholoog, met als inzet dat zij niet of minder onzeker zou worden en haar te motiveren haar oefeningen te doen. Na afronding van het trainingsprogramma zal verzekerde tot het stoppen van de groei vijf maal per week, 45 minuten per dag, haar oefeningen moeten blijven doen om het effect van de therapie zo optimaal mogelijk te maken. Om dit te kunnen doen, heeft verzoekster een speciaal materialenpakket (waaronder een wandrek) aangeschaft en hiervoor ruimte vrij gemaakt in huis. Verzekerde is zeer gemotiveerd om de oefeningen thuis te doen.
- 4.3. Verzekerde was ten tijde van de aanvraag veertien jaar oud. Zij is nog steeds in de groei en ook haar ruggenwervels groeien dus nog. Zonder behandeling zou de kromming in haar bovenrug daarom erger worden. Verzoekster had veel vertrouwen in de behandeling die wordt aangeboden door Scoliose Care Clinic. Dit werd ondersteund door de zeer goede ervaringen van andere patiënten.
- 4.4. De behandeling in de Scoliose Care Clinic is zeer effectief gebleken. Deze was niet slechts gericht op het omgaan met de aandoening, maar ook op het zoveel mogelijk verminderen van de mate van de aandoening. Na de behandeling is verzekerde met haar sport (atletiek) met sprongen vooruit gegaan. Hieruit blijkt dat verzekerde motorisch werd gehinderd door de aandoening.
- 4.5. De kosten van de aangevraagde behandeling zijn lager dan de kosten van eenmaal per week fysiotherapie gedurende drie jaren. Verzekerde zal namelijk door de behandeling in de Scoliose Care Clinic geen fysiotherapie meer nodig hebben. Andere zorgverzekeraars vergoeden de behandeling wel (grotendeels) ten laste van de zorgverzekering.
- 4.6. Verzoekster heeft brieven overgelegd van de huisarts, de fysiotherapeut, de chiropractor, de Cesartherapeut en de osteopaat. De ziektekostenverzekeraar heeft deze echter niet meegewogen in zijn beslissing.
- 4.7. Volgens de ziektekostenverzekeraar valt de psychologische ondersteuning onder het domein van de orthopeed. Verzekerde heeft deze zorg evenwel nooit ontvangen van de orthopeed. De orthopeed heeft alleen het ziektebeeld van verzekerde gevolgd en vastgesteld. Door de Scoliose Care Clinic is wel psychologische ondersteuning verleend. De medewerkers hebben aan verzekerde theoretische uitleg van de situatie gegeven, aan positieve coaching gedaan en zij hebben met verzekerde gesproken. Verzekerde heeft nog steeds veel baat hiervan. Verzoekster merkt op dat de ziektekostenverzekeraar bij haar of verzekerde geen navraag heeft gedaan naar de psychische, sociale en/of omgevingsfactoren. Verzoekster en verzekerde zijn wel degelijk door de omgeving aangesproken op het uiterlijk van de rug van verzekerde. Ook had verzekerde te maken met onzekerheid. Zij is hiervoor onder behandeling geweest bij een sportpsycholoog. Zo durfde zij niet mee te doen aan atletiekwedstrijden, omdat dan iedereen naar haar keek. Door de therapie bij de Scoliose Care Clinic heeft verzekerde meer zelfvertrouwen, durft zij meer aan en laat zij zich meer zien.

- 4.8. Ten aanzien van de door de ziektekostenverzekeraar genoemde, door verzekerde gewenste sociaal maatschappelijke rol, merkt verzoekster het volgende op: *"hoe krommer de rug is, des te zwaarder het is rechtop te lopen, des te minder gewicht je kan dragen, des te minder zelfvertrouwen je uitstraalt, des te minder lang je kan staan."* Het verloop van de aandoening heeft dus invloed op welke rol verzekerde kan (gaan) vervullen in de maatschappij.
- 4.9. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht hoe een en ander is verlopen, en welke impact de scoliose heeft gehad op verzekerde. Zij heeft benadrukt dat de behandeling een goed resultaat heeft gehad bij verzekerde. Ook heeft verzoekster verklaard dat verzekerde in de Scoliose Care Clinic regelmatig sessies had met een psycholoog. Er was wel degelijk sprake van problematiek op verschillende domeinen.
- 4.10. Bij brief van 2 juni 2019 heeft verzoekster de commissie overzichten gestuurd van de behandelingen die tijdens het tweeweekse programma en de terugkomdagen hebben plaatsgevonden. In deze brief is ook vermeld dat de reisafstand 145 km per dag bedroeg, en wat de kosten van het materialenpakket en de bezorgkosten hiervan waren.
- 4.11. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. In het kader van de toepasselijke wet- en regelgeving valt medisch-specialistische revalidatie onder geneeskundige zorg. Dit is zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het wettelijk beoordelingskader voor medisch-specialistische revalidatie nader wordt ingevuld door het standpunt van het Zorginstituut hierover en de van toepassing zijnde VAGZ Werkwijzer. Uit deze stukken blijkt dat onder meer aan de volgende vier voorwaarden moet zijn voldaan voordat medisch-specialistische revalidatie kan worden aangemerkt als geneeskundige zorg die voor vergoeding in aanmerking komt:
- een revalidatiearts stelt gemotiveerd vast dat de hulpvraag van de patiënt ziet op meervoudig complexe problematiek;
 - een revalidatiearts geeft gemotiveerd weer dat bij de hulpvraag van de patiënt het stepped care-principe is toegepast (de toegepaste behandeling is niet zwaarder dan strikt noodzakelijk);
 - de revalidatiegeneeskundige zorg wordt geleverd door een interdisciplinair behandelteam onder directe leiding van een revalidatiearts;
 - een revalidatiearts is betrokken bij en heeft de regie over alle fasen van het behandeltraject. Hij is medisch eindverantwoordelijk voor de inhoud en de kwaliteit van de revalidatiegeneeskundige zorg.
- Er bestaat een indicatie voor interdisciplinaire behandeling als door een ziekte of aandoening sprake is van complexe, met elkaar samenhangende problemen van functies als motoriek, sensoriek (zintuiglijke waarneming), spraak, taal en gedrag, waardoor betrokkene niet meer in staat is (of zal zijn) de door hem gewenste sociaal maatschappelijke rol te vervullen. Bovendien worden de lichamelijke klachten in stand gehouden en/of versterkt door andere (psychische, sociale en/of omgevings-) factoren.
- 5.2. Bij verzekerde is sprake van een progressieve aandoening. De aangevraagde behandeling is gericht op het omgaan met deze aandoening en oefeningen leren. Het leren omgaan met de aandoening is in beginsel medische psychologie en valt onder het domein van de medisch specialist. De oefeningen kunnen worden gegeven door een fysiotherapeut. Er is geen sprake van psychische en sociale factoren die de klachten in stand houden. De klachten worden namelijk in stand gehouden door de progressieve aandoening. Er is niet gebleken dat bij verzekerde complexe samenhangende problemen op meerdere ICF-domeinen (International Classification of Functioning, Disability and Health) van het functioneren (bijvoorbeeld mobiliteit, communicatie, zelfverzorging en participatie) bestaan, waarvoor interdisciplinaire revalidatie noodzakelijk is. Daarom betreft het geen multidisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. De door verzoekster overgelegde informatie van de behandelaars van verzekerde maakt dit niet anders.

- 5.3. Interdisciplinaire medische specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen die plegen te bieden is het omgaan/participeren in de samenleving met een aandoening waarbij meervoudige complexe factoren op alle terreinen een rol spelen. Hiervan is in de situatie van verzekerde geen sprake. Wel is sprake van medisch specialistische zorg (de behandeling van de aandoening) of hoogstens van algemene medisch specialistische revalidatie (de intake door de revalidatiearts met een behandeladvies voor de eerste lijn).
- 5.4. Verzekerde zou problemen kunnen ondervinden op het psychisch vlak, zoals acceptatie van en het omgaan met de ziekte. Deze spelen evenwel bij elke ernstige aandoening. Voor laatstgenoemde problemen is psychologische ondersteuning via de orthopeed (medische psychologie in het ziekenhuis) of via de huisarts (eerstelijns psycholoog) aangewezen. De revalidatiearts heeft hierbij een zeer beperkte tot geen rol. Als de behandelend orthopeed geen psychologische ondersteuning heeft aangeboden, zoals door verzoekster is gesteld, maakt dit niet dat automatisch aanspraak bestaat op medisch specialistische revalidatie.
- 5.5. In reactie op de stelling van verzoekster, dat hij vele documenten (waaronder de behandelplannen) niet heeft betrokken in de besluitvorming, merkt de ziektekostenverzekeraar het volgende op: *"Het is juist (en ook logisch) dat wij enkel de aanvraag voor medisch specialistische revalidatie van de Scoliosis Care Clinic hebben beoordeeld. Uit voornoemde aanvraag moet namelijk blijken of er sprake is van medisch specialistische revalidatie, die revalidatieartsen plegen te bieden. De diverse behandelverslagen zijn voor de behandelend arts van belang voor het stellen van het diagnose- en/of behandelplan. Wij zijn niet de behandelend arts van de dochter van [verzoekster], waardoor de overige documenten voor ons niet relevant zijn."*
- 5.6. Een aanvraag voor medisch-specialistische revalidatie wordt inhoudelijk beoordeeld en getoetst aan de toepasselijke wet- en regelgeving. Het kostenaspect is hierbij niet relevant. Afgezien hiervan kan de ziektekostenverzekeraar zich niet voorstellen dat een dure DBC in het kader van medisch-specialistische revalidatie goedkoper zou zijn dan eerstelijns fysiotherapie, zoals verzoekster suggereert.
- 5.7. Gezien het bovenstaande vindt de ziektekostenverzekeraar de aangevraagde behandeling niet doelmatig. Daarom komt deze niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.8. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat het bij interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie moet gaan om problemen op verschillende terreinen, die met elkaar verband houden, en die elkaar versterken. Het gaat in deze zaak niet om de zorg, maar om hoe wordt gedeclareerd. Nadat de commissie daarom had gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard bereid te zijn te kijken of er mogelijk behandelingen zijn die afzonderlijk kunnen worden vergoed. Hiervoor heeft hij een overzicht nodig van welke zorg is verleend, door wie de zorg is verleend, hoeveel behandelingen hebben plaatsgevonden en gedurende welke periode(s).
- 5.9. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 12 juni 2019 aan de commissie het volgende meegedeeld. Voor de 27 sessies fysiotherapie, alsmede de hierbij behorende intake en het onderzoek, kan een vergoeding worden toegekend. De aandoening Morbus Scheuermann is namelijk opgenomen in bijlage 1 Bzv. Voor de vergoeding gaat de ziektekostenverzekeraar uit van het tarief dat hij betaalt aan de door hem gecontracteerde fysiotherapeuten. Dit is € 29,25 voor de intake en het onderzoek, en € 29,75 voor de sessies. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat op grond van de 'Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor fysiotherapie' (BR/REG-19101) van de Nederlandse Zorgautoriteit maximaal één sessie fysiotherapie per dag in rekening mag worden gebracht en derhalve mag worden vergoed. Op deze beperking kan een uitzondering worden gemaakt als sprake is van een medische noodzaak hiertoe, die moet worden vastgesteld door een arts. Hoewel de medische noodzaak niet concreet wordt aangeduid in de documenten, is de ziektekostenverzekeraar hiervan toch uitgegaan. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar de beperking tot één enkele sessie per dag losgelaten.

De sessies psychologie kunnen niet als eerstelijnszorg worden vergoed. De zorgverzekering biedt geen aanspraak op eerstelijns psychologie voor jeugdigen. Deze aanspraak valt onder de Jeugdwet.

Buiten lopen en hardlopen is geen verzekerde zorg onder de Zvw, waardoor voor deze sessies geen vergoeding kan worden toegekend.

Het wandrek en de toebehoren, waarmee door verzekerde thuis zelfstandig kan worden getraind, behoren niet tot de verzekerde hulpmiddelenzorg onder de Zvw. Daarom kan voor deze materialen geen vergoeding worden toegekend. Hetzelfde geldt voor de kosten van bezorging.

Omdat niet wordt voldaan aan de wettelijke voorwaarden voor vergoeding van ziekenvervoer, komt het vervoer van en naar de kliniek niet voor vergoeding in aanmerking.

De ziektekostenverzekeraar biedt verzoekster daarom een vergoeding aan van € 861,75 voor de fysiotherapie. Dit is een eenmalige en onverplichte vergoeding (coulance). De sessies fysiotherapie zijn immers niet als zodanig gedeclareerd, maar tezamen met de overige onderdelen als interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen 14 van de zorgverzekering en 13 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 verzekerde aanspraak heeft op interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie bij de indicatie Morbus Scheuermann, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 15 e.v. van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 23 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische revalidatie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“lid 1 Te vergoeden zorgkosten

Vergoed wordt interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Wij vergoeden revalidatie in de volgende vormen:

- a. revalidatie met verblijf;*
- b. revalidatie zonder verblijf (deeltijd- of dagbehandeling).*

lid 2 Voorwaarden

Algemeen

Wij vergoeden de kosten van revalidatie alleen wanneer:

- a. deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen om een handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen. Het gaat om een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van*

het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, verstandelijk vermogen of gedrag; en

b. u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven de beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is; en

c. de zorg plaats vindt in een instelling voor revalidatie.

Machtiging

Voor een behandeling in een niet door ons gecontracteerde instelling voor revalidatie moet u vooraf van ons een machtiging hebben ontvangen. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt uitgevoerd door een team van verschillende soorten zorgaanbieders (multidisciplinair team) onder leiding van een medisch specialist of revalidatiearts.

(...)"

- 8.4. Artikel 2, vijfde lid, van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

U heeft recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Dit wordt mede bepaald op basis van doelmatigheid en doeltreffendheid. Daarnaast mag de zorg of dienst niet onnodig kostbaar en/of onnodig gecompliceerd zijn.

(...)"

- 8.5. De artikelen 2, vijfde lid, en 23 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2, eerste lid, van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

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

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

- 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Op grond van artikel 23 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch specialistische revalidatie. In artikel 2, vijfde lid, is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op de verzekerde zorg indien betrokkene hierop gezien zijn indicatie naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 25 maart 2019 vastgesteld dat onvoldoende is aangetoond dat bij verzekerde een indicatie voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie bestond, omdat uit de beschikbare informatie niet is op te maken dat een complexe samenhangende problematiek bestond op meerdere ICF-domeinen (International Classification of Functioning, Disability and Health) van het functioneren (bijvoorbeeld mobiliteit, communicatie, zelfverzorging en participatie). Uit het dossier kan niet worden afgeleid dat sprake was van concrete psychologische problemen die een belangrijke onderhoudende factor vormden voor de klachten van verzekerde. Daarnaast is niet gebleken dat verzekerde last had van beperkingen in het dagelijks fysiek of psychisch functioneren, dan wel van participatieproblemen. Voorts is uit het dossier niet gebleken dat voorafgaande stepped-care behandelingen adequaat en zonder resultaat zijn doorlopen. De commissie maakt het oordeel van het Zorginstituut tot het hare. Dit betekent dat verzekerde geen (verzekerings)indicatie had voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie, en dat de hiermee gemoeide kosten niet ten laste van de zorgverzekering kunnen worden vergoed. Dat verzekerde na de behandeling goed vooruit is gegaan met het sporten - waaruit door verzoekster wordt afgeleid dat zij motorisch werd gehinderd door haar aandoening -, maakt het voorgaande niet anders.

9.2. De reiskosten, het materialenpakket en de daarbij behorende bezorgkosten zijn ná de hoorzitting in de procedure gebracht. De commissie oordeelt dat de verzekerde geen aanspraak heeft op ziekenvervoer, aangezien het vervoer geen verband houdt met verzekerde zorg onder de zorgverzekering. Het wandrek met toebehoren valt niet onder de verzekerde hulpmiddelenzorg. Daarom komen ook de bezorgkosten niet voor vergoeding in aanmerking.

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.

Vergoeding door andere zorgverzekeraars

9.4. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat andere patiënten van de betreffende zorgaanbieder de kosten wél geheel of gedeeltelijk vergoed hebben gekregen van hun zorgverzekeraar, geldt dat zorgverzekeraars op basis van de polisvoorwaarden dienen te toetsen of betrokkene in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij of zij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn met betrekking tot de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan de geldende wet- en regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als niet wordt voldaan aan de polisvoorwaarden van de zorgverzekering, ook niet als andere zorgverzekeraars dat - om welke reden ook - wel zouden doen. Uit het advies van het Zorginstituut blijkt overigens dat vergoeding van de kosten van de desbetreffende behandeling wél mogelijk is als een indicatie hiervoor aanwezig is, hetgeen in de door verzoekster bedoelde situaties mogelijk aan de orde was. Ook het door verzoekster aangevoerde 'besparings-argument' treft om deze reden geen doel. (Zeer) bijzondere omstandigheden op grond waarvan de ziektekostenverzekeraar ten gunste van de verzekerde van de polisvoorwaarden zou moeten afwijken, doen zich niet voor.





Coulancevergoeding


- 
- 9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten alsnog een vergoeding toe te kennen voor de fysiotherapie. Het betreft hier een onverplichte vergoeding, aangezien feitelijk geen sprake was van enkelvoudige fysiotherapie en per dag meerdere sessies hebben plaatsgevonden. De commissie zal in deze beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet treden.



Conclusie


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

- 
10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 24 juli 2019,



J.A.M. Strens-Meulemeester