



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, 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, doelmatigheid

Zaaknummer : 201701871

Zittingsdatum : 13 juni 2018

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

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

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (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 Plus Collectief afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandarts Collectief 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 ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie bij de indicatie scoliose (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 21 september 2017 en 6 oktober 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Nadat verzoekster de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar op 8 november 2017 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoekster is hierbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

3.4. Bij brief van 12 november 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 april 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 april 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 april 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 mei 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 13 april 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 31 mei 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018019065) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op basis van de beschikbare informatie niet voldoende is aangetoond dat verzekerde een indicatie heeft voor IMSR. Er is niet gebleken dat sprake is van een complexe samenhangende problematiek 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 is van concrete psychologische problemen die een belangrijke onderhoudende factor vormen voor de pijnklachten van verzekerde. Daarnaast is niet gebleken dat verzekerde last heeft van beperkingen in het dagelijks fysiek of psychisch functioneren, noch van participatieproblemen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 4 juni 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 juni 2018 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 14 juni 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de pleitnota van verzoekster gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en de pleitnota van verzoekster aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 18 juni 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de pleitnota 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 drie jaar bekend met pijnklachten in de rug en de nek. Zij is hiervoor behandeld door verschillende fysiotherapeuten, een manueel therapeut/psycholoog en een podoloog, maar dit heeft niet het gewenste resultaat gehad. In februari 2017 heeft de podoloog vastgesteld dat verzekerde een lichte vorm van scoliose heeft, waarbij de indruk werd gewekt dat het niet ernstig was. Dit is doorgegeven aan de behandelend fysiotherapeut. De fysiotherapeut is vervolgens met oefeningen aan de slag gegaan. Uiteindelijk is verzekerde, omdat haar schouderblad erg uitstak, via de huisarts bij een medisch specialist terecht gekomen. Uit diens onderzoek bleek dat de scoliose dusdanig ernstig was dat verzekerde tegen de operatiegrens aan zat. De keuze bestond derhalve tussen een operatie of het dragen van een Boston Brace. Verzekerde en haar ouders hebben gekozen voor de Boston Brace.
- 4.2. Verzoekster merkt op dat een Boston Brace niet bij iedereen werkt. Daarom is zij verder gaan zoeken naar een oplossing voor verzekerde, en zo is zij terecht gekomen bij de Scoliose Care Clinic. Deze zorgaanbieder heeft goede referenties, en heeft bij leeftijdsgenoten van verzekerde goede resultaten behaald met de behandeling in combinatie met een brace. De Scoliose Care Clinic is gespecialiseerd in de behandeling van scoliosepatiënten en weet welke oefeningen geschikt zijn

voor deze groep. Verzekerde is in het verleden door verschillende fysiotherapeuten behandeld, maar niemand kon haar de juiste behandeling geven. Verzoekster benadrukt dat iedere behandelaar zijn eigen specialisatie heeft. Er zijn echter geen fysiotherapeuten die gespecialiseerd zijn in scoliose. Verzoekster wilde alles in werking zetten om verzekerde te helpen, aangezien zij in de groei zit en haar ruggenwervels nog kunnen worden 'teruggedrongen'.

- 4.3. Verzoekster benadrukt dat de onderhavige behandeling noodzakelijk is. Bovendien zijn de kosten hiervan lager dan die van een operatie. Zij stelt in dit verband dat andere patiënten van deze kliniek de kosten wél geheel of gedeeltelijk vergoed hebben gekregen van hun zorgverzekeraar.
- 4.4. Er is bij verzekerde sprake van complexe, met elkaar samenhangende problemen op lichamelijk, geestelijk en sociaal gebied. De stoornissen en beperkingen in het bewegingsvermogen worden interdisciplinair behandeld door een revalidatiearts, psycholoog en fysiotherapeut, onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts.
- 4.5. Verzekerde is erg sportief, en heeft altijd intensief gehandbald. Door haar rugklachten zal zij echter moeten stoppen met handballen.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het, in tegenstelling tot hetgeen door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, niet gaat om een lichte scoliose, maar om een thoracal 46/ lumbaal 31. Zolang verzekerde in de groei is, kan zij nog adequaat worden behandeld. Verzoekster benadrukt dat de Boston brace er alleen voor zorgt dat de situatie niet verslechterd. Door de behandeling in de Scoliose Kliniek gaat het nu beter. Verzekerde heeft inmiddels een nieuwe brace, omdat haar situatie is verbeterd. Inmiddels is verzekerde verzekerd bij een andere zorgverzekeraar, en deze vergoed het vervolgtraject bij de Scoliose Kliniek ten laste van de zorgverzekering. Verzoekster heeft herhaald dat verzekerde vanaf 2014 is behandeld door verschillende behandelaars in de eerstelijns. Verzoekster benadrukt dat wél sprake was van beperkingen of stoornissen in het bewegingsvermogen van verzekerde. Verzekerde trainde destijds zes keer per week. Bovendien was zij gescout door het Nederlands Handbal Verbond, en zat zij bij de laatste dertig van Nederland. De behandelend arts had echter medegedeeld dat verzekerde niet meer intensief mocht handballen. Verzoekster merkt voorts op dat drie mensen, die zijn verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar, de onderhavige behandeling wél vergoed hebben gekregen. Zij heeft van één van hen de contactgegevens doorgegeven aan de commissie.

4.7. 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 betrokkene 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 behandelingsdoel van de patiënt, onder eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts. De revalidatie kan zowel een opname als een deeltijd- of dagbehandeling betreffen en moet plaatsvinden in een instelling voor revalidatie.

5.2. Het betreft hier een aanvraag voor poliklinische interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Verzekerde heeft al jaren nek- en rugpijn. In mei 2017 is vastgesteld dat sprake is van scoliose.

Sinds 13 juli 2017 draagt verzekerde hiervoor een Boston Brace. Zij heeft sinds 2015 fysiotherapie en manuele therapie gehad in verband met de nek- en rugklachten. Verder is toegelicht dat zij erg perfectionistisch is en mogelijk mede daardoor faalangstig. Verzekerde heeft een faalangsttherapie gehad, waarvan wordt verklaard dat deze heeft geholpen.

Uit de beschikbare gegevens wordt niet duidelijk wat haar beperkingen zijn in het dagelijks leven als gevolg van de klachten. Uit het verslag van de podoloog van 19 juli 2017 valt op te maken dat verzekerde vijf keer per week handbalt. Na een training of bij veel zitten heeft zij last van haar rug. Lang staan zou ook belastend zijn.

- 5.3. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de effectiviteit van interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie bij scoliose niet in een goed opgezet wetenschappelijk onderzoek is aangetoond. Daarnaast wordt in de SOSORT-richtlijn geen interdisciplinaire revalidatiebehandeling aanbevolen. Ook in UpToDate of op de pagina van de Scoliosis Research Society wordt dit niet aanbevolen. De medisch adviseur concludeert dat interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie bij scoliose niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarnaast is de diagnose bij verzekerde pas recent bevestigd door een medisch specialist en is de behandeling met de Boston Brace net gestart. Nu een interdisciplinaire revalidatiebehandeling starten om de pijnklachten te verminderen lijkt daarom niet logisch. De revalidatiearts heeft niet onderbouwd dat faalangst een instandhoudende factor is voor de pijnklachten. Er lijkt niet direct een samenhang te zijn tussen de faalangstproblematiek en de pijnklachten als gevolg van scoliose. Aangezien verzekerde frequent (vijf keer per week) aan handbal doet, is bewegingsangst ook onwaarschijnlijk. Daarmee lijken er geen forse beperkingen in het dagelijks leven aanwezig te zijn. Er is geen sprake van complexe problematiek, dat wil zeggen samenhangende problemen op meerdere (ICF)domeinen van het functioneren (bijvoorbeeld mobiliteit, communicatie, zelfverzorging en participatie). In het rapport van het Zorginstituut 'Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden' van 22 juni 2015, staat: *"Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie is alleen aangewezen voor patiënten met complexe problematiek, dat wil zeggen samenhangende problemen op meerdere (ICF)domeinen van het functioneren (bijvoorbeeld mobiliteit, communicatie, zelfverzorging en participatie). Voor de goede orde: het gaat hier dus om de complexiteit van de problematiek van de patiënt en zijn of haar hulpvraag en zijn of haar omgeving en niet per se om de complexiteit van de geboden zorg."* Er wordt in die zin dus niet voldaan aan de definitie van complexe problematiek, zoals die in de revalidatie gebruikelijk is.
- 5.4. Het is de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk waarom bij verzekerde niet met meervoudige monodisciplinaire of multidisciplinaire behandeling zonder betrokkenheid van de revalidatiearts zou kunnen worden volstaan. In de nota 'Indicatiestelling Medisch specialistische revalidatie' van april 2016, staat dat er geen indicatie voor interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie is als: *"er sprake is van enkelvoudige problematiek op functieniveau zonder, of met minimale, gevolgen op het niveau van dagelijkse activiteiten en/of voor het sociaal maatschappelijk functioneren; voor de revalidatiebehandeling van de patiënt kan worden volstaat met meervoudige monodisciplinaire behandeling of (protocollaire) multidisciplinaire behandeling zonder betrokkenheid van de revalidatiearts."* Gelet op het voorgaande is multidisciplinaire medisch specialistische revalidatie in de situatie van verzekerde geen passende zorg. Daarom bestaat geen aanspraak op de betreffende zorg ten laste van de zorgverzekering.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar is zelf verantwoordelijk voor het toetsen van de specifieke situatie aan de verzekeringsvoorwaarden en dus ook aan de onderliggende regelgeving. Ook als een andere zorgverzekeraar een vergoeding ten laste van de zorgverzekering zou hebben verleend, kan dit niet leiden tot een vergoedingsgrond bij de ziektekostenverzekeraar. De stelling dat ook verzekerden van de ziektekostenverzekeraar een vergoeding hebben ontvangen, kan hij niet toetsen, omdat hij geen gegevens heeft van deze verzekerden. Hierbij merkt hij op dat zelfs als hij deze gegevens had, deze verzekerden toestemming moeten geven voor het inzien van hun dossiers.

5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzekerde, voordat de diagnose scoliose werd gesteld, wel is behandeld, maar dat niet is gebleken dat deze behandelingen in het kader van de scoliose hebben plaatsgevonden. Na het stellen van de diagnose is een Boston brace verstrekt. Dit zou de scoliose moeten verminderen. Ten aanzien van de stelling dat andere verzekerden de behandeling wél vergoed hebben gekregen, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij hierop niet inhoudelijk kan reageren, omdat hij deze zaken niet kent. De ziektekostenverzekeraar merkt voorts op dat iedere aanvraag individueel wordt beoordeeld.

Er is pas een indicatie voor IMSR als sprake is van een complexe behandeling, en daarvoor de behandeling in de eerstelijns is geprobeerd. Deze behandeling moet dan wel in het kader van de diagnose scoliose hebben plaatsgevonden. Omdat de diagnose pas in 2017 is gesteld, is het de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk of de eerdere behandelingen waren gericht op de scoliose.

5.7. 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 verzekerde aanspraak heeft op interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie bij de indicatie scoliose, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 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, voor zover hier van belang:

“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.*

(...)

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 behandelgoal 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.

(...)

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor revalidatie.”

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

"De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen. In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

(...)

- de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; en

(...)

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

Naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden gelden bovenstaande eisen voor het krijgen van aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten van zorg. (...)"

8.5. De artikelen A.3.2 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).

8.6. 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.

Artikel 2.1, tweede lid, Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

In artikel 2.1, derde lid, Bzv is geregeld 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 gebruik wordt gemaakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener

- 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. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, voldoet de interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (IMSR) bij de indicatie scoliose aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. Op grond van artikel B.4.6.1 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch specialistische revalidatie. In artikel A.3.2 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 vastgesteld dat onvoldoende is aangetoond dat bij verzekerde sprake is van een indicatie voor IMSR, omdat uit de beschikbare informatie niet is op te maken dat een complexe samenhangende problematiek bestaat 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 is van concrete psychologische problemen die een belangrijke onderhoudende factor vormen voor de pijnklachten van verzekerde. Daarnaast is niet gebleken dat verzekerde last heeft van beperkingen in het dagelijks fysiek of psychisch functioneren, dan wel van participatieproblemen. De commissie maakt het oordeel van het Zorginstituut tot het hare.
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft tevens aangevoerd dat de onderhavige behandeling niet doelmatig is. Dit aspect behoeft evenwel geen verdere bespreking, omdat reeds is vastgesteld dat een (verzekerings)indicatie voor de onderhavige behandeling ontbreekt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Werking privaatrecht


- 9.5. 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 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 doen. (Zeer) bijzondere omstandigheden op grond waarvan de ziektekostenverzekeraar ten gunste van de verzekerde van de polisvoorwaarden zou moeten afwijken, doen zich niet voor. Bovendien blijkt uit het advies van het Zorginstituut dat vergoeding van de kosten van de betreffende behandeling mogelijk is als een indicatie hiervoor aanwezig is, hetgeen in de door verzoekster bedoelde situaties mogelijk aan de orde was.




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, 4 juli 2018,



L. Ritzema