



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Ate B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM DSW Zorgverzekeraar te Schiedam

Zaak : Medisch-specialistische zorg, revalidatie door solist

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018

Zaaknummer : 201902796

Zittingsdatum : 2 december 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

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

OWM DSW Zorgverzekeraar te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 22 juni 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 oktober 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 20 oktober 2020 aan verzoekster gezonden.

2.3. Op 11 november 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020045162) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 13 november 2020 aan partijen gestuurd.

2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 december 2020 gehoord.

2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en een na het voorlopig advies binnengekomen stuk zijn op 4 december 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 15 december 2020 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 december 2020 per brief op het definitief advies gereageerd. Een kopie hiervan is op 23 december 2020 ter kennisname aan verzoekster gezonden.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3.2. Verzoekster heeft een aantal revalidatiebehandelingen ondergaan bij een revalidatiearts. De kosten hiervan heeft zij gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 mei 2019 per brief aan verzoekster meegedeeld dat zij geen vergoeding ontvangt voor de door haar ondergane revalidatiebehandelingen.

3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 18 november 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.5. De behandelend revalidatiearts heeft met een ongedateerde brief verklaard:

"(...) Bij deze stuur ik u het oordeel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) betreffende de beslissing van uw verzekeraar. (...), NZA, geeft aan:

"Het is onjuist wat uw zorgverzekeraar stelt. Vanuit de regelgeving van de Nederlandse Zorgautoriteit is het mogelijk om als solist af te leiden naar dbc-zorgproductcodes: "990027198 Consultair en/of maximaal 4 gewogen behandeluren\Revalidatiegeneeskunde 14E489" en "990027199 Beperkt behandelen (maximaal 9 gewogen behandeluren\Revalidatiegeneeskunde 14E490". Onze regelgeving verbiedt niet dat deze revalidatiezorg door een solist geleverd kan worden.

Uw zorgverzekeraar is verplicht om uw declaraties tijdig uit te betalen en anders is uw zorgverzekeraar verplicht om u een geldige afwijzreden te geven."

In de bijlage treft u de originele tekst.

Daar komt bij dat het, conform de zorgstandaard Revalidatie 2017, aan de behandelend Revalidatiearts is te bepalen (in afstemming met de patiënt), welk therapieaanbod passend is. M.a.w. het is alleen aan de medisch specialist/arts om de indicatie te stellen. Hierbij kan de arts kiezen voor multidisciplinaire behandeling, maar kan dus ook besluiten dat eenvoudige behandeling het meest passend is.

In recente rechtspraak (december 2019) heeft de rechter bepaald dat de verzekeraar niet op de stoel van de behandelend arts mag gaan zitten en slechts met zeer goede (objectief) inhoudelijke onderbouwing mag afwijzen. In die gevallen waarin verzekeraar voornemens is af te wijzen, dient hieraan voorafgaande contact opgenomen te worden met betreffend arts, waarbij de verzekeraar ervan dient uit te gaan dat de arts te goeder trouw handelt. (...)"

- 3.6. In reactie op een verzoek tot bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar op 19 maart 2020 meegedeeld alsnog een gedeeltelijke vergoeding te verlenen. De ziektekostenverzekeraar is bereid de zorg die is gedeclareerd met DBC-zorgproductcode 990027198 gedeeltelijk te vergoeden als medisch-specialistische zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het deel van de zorg dat is gedeclareerd met DBC-zorgproductcode 990027199 vergoedt de ziektekostenverzekeraar niet.

- 3.7. Op 11 november 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"(...) Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. In het standpunt van het Zorginstituut Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden (2015) is beschreven wanneer sprake is van interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie. In paragraaf 5.2.3 van het standpunt staat dat het Zorginstituut de zorg beschreven in de hoofdstukken drie en vier van dit rapport, binnen de context zoals in hoofdstuk twee beschreven, beschouwt als medisch specialistische revalidatie zoals medisch specialisten (in dit geval de revalidatieartsen) plegen te bieden. In hoofdstuk 3 staan de verschillende zorgactiviteiten omschreven:

"3.2 Algemene medisch-specialistische revalidatie

Van algemene medisch-specialistische revalidatie, ook de revalidatiegeneeskundige behandeling genoemd, is sprake wanneer de revalidatiearts:

- op de polikliniek patiënten behandelt op verwijzing van een andere specialist, van de huisarts, de jeugdarts of bedrijfsarts of in het ziekenhuis mede behandelt;*
- in consult wordt geroepen voor een revalidatieadvies door bijvoorbeeld een andere medisch-specialist, de huisarts, of de bedrijfsarts.*

3.3 Behandeling en medebehandeling

Bij behandeling door de revalidatiearts gaat het bijvoorbeeld om het voorschrijven van hulpmiddelen (orthese, prothese, schoen etc.), het doen van verrichtingen zoals botuline-injecties bij spasticiteit, het vullen van baclofenpompen voor de behandeling van spasticiteit of voor revalidatieadvies bij een CVA- of complexe traumapatiënt. In het ziekenhuis heeft de revalidatiearts ook een functie als consulent voor of medebehandelaar bij patiënten met complexe problematiek.

3.4 Consult

De huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts of medisch-specialist kan verwijzen naar de revalidatiearts met de vraag voor een revalidatieadvies. Een revalidatiearts kan een complexe situatie (eerdere behandelingen, omgevingsfactoren, angsten, beperkingen) ontwarren. Hierbij verricht de revalidatiearts specialistische diagnostiek, adviseert de patiënt en verwijst terug naar de verwijzer of eventueel door (zie casussen hierna)."

Op grond van paragraaf 3.2 kan de revalidatiearts een solistische revalidatiegeneeskundige behandeling toepassen. In paragraaf 3.3 staat vermeld welke activiteiten daar onder kunnen vallen. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is onduidelijk wat voor behandeling de revalidatiearts precies heeft toegepast bij verzoekster met chronische pijn. Het is echter niet waarschijnlijk dat deze behandeling onder de omschrijving van paragraaf 3.3. valt, omdat het voorschrijven van hulpmiddelen of uitvoeren van specifieke verrichtingen waarschijnlijk niet aan de orde is geweest.

In het behandelkader voor chronische pijn van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (2013) wordt de revalidatiegeneeskundige behandeling bij chronische pijn beschreven:

"Een pijnrevalidatieprogramma is een multidisciplinaire behandeling voor patiënten met chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, bestaande uit een op elkaar afgestemde combinatie van fysieke en psychosociale behandelmethoden, welke plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts met als doel patiënten te leren zelfstandig om te gaan met pijn en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren."

De position paper (2017) van de werkgroep Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN) van de Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) werkt dit als volgt uit. Onder doelgroep staat (hoofdstuk 2):

"De pijnklachten kunnen zowel met als zonder onderliggende specifieke aandoening optreden en zijn multifactorieel bepaald. Conform de definitie van IASP (International Association of the Study of Pain) wordt pijn langer dan drie maanden als chronisch beschouwd. Voortvloeiend uit deze doelgroep betekent dit, dat de locatie waarin MSR geboden wordt, is toegerust (qua expertise-team als ook qua infrastructuur) om aan zowel patiënten met als zonder onderliggende specifieke aandoening een behandeling te kunnen bieden."

De definitie voor revalidatiegeneeskundige behandeling bij chronische pijn wordt beschreven in hoofdstuk 3:

"Een pijnrevalidatieprogramma is een interdisciplinaire behandeling voor patiënten met chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, bestaande uit een op elkaar afgestemde combinatie van fysieke en psychosociale behandelmethoden, welke plaatsvindt onder eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts met als doel patiënten te leren zelfstandig om te gaan met pijn en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren."

In de nadere toelichting daarop staat: "Daarnaast kan de revalidatiearts algemene MSR bieden. Dit betreft behandeling of begeleiding door een revalidatiearts in de vorm van poliklinische consulten voor diagnostiek, gericht op het stellen van de revalidatiediagnose. Maar dit betreft ook advies, begeleiding en coördinatie van behandeling voor patiënten die niet behandeld worden binnen de MSR, maar bijvoorbeeld in de eerste lijn (ook wel regievoering eerste lijn genoemd). Andere medische (inclusief psychiatrische) en/of psychologische behandelingen gericht op de pijnproblematiek kunnen gelijktijdig met een revalidatiebehandeling plaatsvinden, indien deze combinatie meerwaarde heeft voor de patiënt. Een voorwaarde hierbij is een overkoepelende behandelvisie en op elkaar afgestemde (interdisciplinaire) zorg waarvoor één hoofdbehandelaar verantwoordelijk is."

De formulering in de position paper laat ruimte voor een handelactiviteit van de revalidatiearts, waarbij deze supervisie geeft aan een interdisciplinaire behandeling met paramedische of psychologische zorgverleners in de eerste lijn. Dan is geen sprake van een solistische behandeling.

Het Zorginstituut kan niet beoordelen of er een interdisciplinaire behandeling met zorgverleners uit de eerste lijn heeft plaatsgevonden, omdat daarover geen informatie beschikbaar is in het dossier. De superviserende en coördinerende rol die de revalidatiearts in een dergelijk behandelprogramma zou moeten invullen moet wel onderbouwd kunnen worden (bijv. met relevante dossierinformatie).

Indien de interdisciplinaire behandeling met paramedische of psychologische zorgverleners in de eerste lijn onder supervisie van de revalidatiearts niet kan worden onderbouwd, en de revalidatiearts een solistische behandeling heeft gegeven, dan komt de behandeling niet overeen met de revalidatiegeneeskundige zorg die het behandelkader van de VRA is beschreven en nader is uitgewerkt in het position paper voor chronische pijn.

DBC-zorgproductcode

Het Zorginstituut kan niet beoordelen of DBC-zorgproductcode 990027198 en DBC-zorgproductcode 990027199 gedeclareerd mogen worden door een solist. Dit behoort niet tot de taken van het Zorginstituut. Het Zorginstituut merkt op dat gelet op de omschrijving het erop lijkt dat de codes ook door een solist gedeclareerd kunnen worden. DBC-zorgproductcode 990027198 heeft als consumentenomschrijving: Consult(en) en/of behandeling door revalidatiearts en/of een of meerdere zorgverleners tot maximaal 4 behandelaren bij revalidatiebehandeling en DBC-zorgproductcode 990027199 heeft als consumentenomschrijving: Behandeling door revalidatiearts en/of een of meerdere zorgverleners met meer dan 4 tot maximaal 9 behandelaren bij revalidatiebehandeling. Ook uit de reactie van de NZa (ongedateerd) op de vraag van verzoekster in het dossier blijkt dat deze codes gedeclareerd kunnen worden door een solist.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat sprake is van een interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatiebehandeling. Het Zorginstituut kan niet beoordelen of de DBC-zorgproductcodes gedeclareerd mogen worden door een solist. (...)"

- 3.8. Het Zorginstituut heeft in het definitief advies van 15 december 2020 over verzoekster verklaard:

"(...) Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut aangegeven dat het op grond van het behandelkader chronische pijn en het position paper chronische pijn mogelijk is, dat een revalidatiearts een behandeling toepast, waarbij hij supervisie geeft aan een interdisciplinaire behandeling met paramedische of psychologische zorgverleners in de eerste lijn (regievoering). Omdat op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet beoordeeld kon worden of er een interdisciplinaire behandeling met zorgverleners uit de eerste lijn heeft plaatsgevonden moest dit nader onderbouwd worden, inclusief de superviserende en coördinerende rol die de revalidatiearts in een dergelijk behandelprogramma zou hebben ingevuld. Uit de reactie van de behandelend revalidatiearts blijkt dat geen sprake is van een dergelijke rol van de revalidatiearts. Dit betekent dat de behandeling in geschil niet overeenkomt met de revalidatiegeneeskundige zorg die in het behandelkader van de VRA is beschreven en nader is uitgewerkt in het position paper voor chronische pijn. De solistische behandeling van de revalidatiearts bij een patiënt met chronische pijn is daarom niet conform de vigerende richtlijnen van de beroepsgroep en voldoet niet aan de stand van wetenschap en praktijk.

De revalidatiearts merkt nog op dat volgens het behandelkader de revalidatiearts samen met de patiënt mag kiezen voor een interdisciplinaire behandeling door een revalidatieteam óf een solistische behandeling. Dat klopt, echter moet die solistische behandeling dan wel voldoen aan de overige voorwaarde die is gesteld, namelijk dat een multidisciplinaire pijnrevalidatiebehandeling moet worden uitgevoerd, bestaande uit een op elkaar afgestemde combinatie van fysieke en psychosociale behandelmethoden, welke plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts met als doel patiënten te leren zelfstandig om te gaan met pijn en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren. Volgens het position paper kan een revalidatiearts die solistisch werkt hieraan voldoen, door regie te voeren over een interdisciplinaire behandeling door eerstelijns zorgverleners. Aan deze voorwaarden uit het behandelkader en de position paper is niet voldaan.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat geen sprake is van interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Een solistische behandeling door een revalidatiearts bij een patiënt met chronische pijn is niet conform de richtlijnen van de beroepsgroep en voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van de solistische revalidatiebehandeling.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Een solistische revalidatiebehandeling bij een patiënt met chronische pijn, waarbij geen sprake is van regievoering over een interdisciplinaire behandeling door eerstelijns zorgverleners, maakt geen onderdeel uit van het basispakket en komt niet voor vergoeding in aanmerking.

- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 december 2020, voor zover hier van belang, per brief verklaard:

"(...) Ons inziens kan een intake en diagnostiek (in het kader van algemene medischspecialistische revalidatiezorg) met daarin het opstellen van een behandelplan en doorverwijzen naar le lijn of verwijzen naar een 2e lijns revalidatiecentrum, vallen in een DBC zorgproductcode 990027198 (declaratiecode 14E489). De omschrijving is immers "consultair en/of maximaal 4 gewogen behandeluren". De intake en diagnostiek zoals door een revalidatiearts wordt uitgevoerd past binnen de omschrijving van de betreffende code en wordt uitgevoerd conform onze polisvoorwaarden (zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden). Derhalve hebben wij deze declaratie, conform onze polisvoorwaarden ten aanzien van niet-gecontracteerde zorg, aan [verzoekster] vergoed.

Indien echter meer uren door [naam zorgverlener] worden gedeclareerd, betreft het ons inziens geen intake en diagnostiek meer (maximaal 4 gewogen behandeluren), maar een nadere behandeling en is sprake van daadwerkelijke uitvoering van de (revalidatie)zorg (uitvoering van het behandelplan). Een intake en diagnostiek past wat ons betreft niet binnen DBC zorgproductcode 990027199 (declaratiecode 14E490). De omschrijving van deze code is immers "beperkt behandelen (maximaal 9 gewogen behandeluren)". Zowel het Zorginstituut Nederland als wij komen tot het oordeel dat in de onderhavige situatie geen sprake is van een behandeling conform de richtlijnen van de beroepsgroep en onze polisvoorwaarden. Derhalve komt de gedeclareerde behandeling (DBC zorgproductcode 990027199) niet voor vergoeding in aanmerking. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is alsnog volledige vergoeding te verlenen voor de nota van de revalidatiearts van 28 maart 2019, ten bedrage van € 859,51, ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over revalidatie zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunten partijen

- 6.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat een aantal behandelingen revalidatie is gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar met DBC-zorgproductcode 990027199. Volgens informatie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) valt deze zorg onder de zorgverzekering. Eerder is een declaratie bij dezelfde arts met DBC-zorgproductcode 990027198 wel vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft meegedeeld dat voor code 990027199 gebruik moet worden gemaakt van een multidisciplinair team. Dit ziet verzoekster niet terug in de informatie van de NZa. Zij is wel onder behandeling bij een fysiotherapeut voor dezelfde klachten. Zij vindt het vreemd dat als er meer kosten waren gemaakt door andere behandelaars bij de problemen te betrekken wel een vergoeding zou zijn verleend.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de handelingen die worden uitgevoerd met de DBC-zorgproductcode 990027198 vallen onder de omschrijving "algemene medisch-specialistische revalidatie". Daarom is besloten deze factuur eenmalig gedeeltelijk aan verzoekster te vergoeden. Gedeeltelijk omdat het gaat om een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als DBC-zorgproductcode 990027199 wordt gedeclareerd, is naar de mening van de ziektekostenverzekeraar sprake van interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatiezorg. In dat geval geldt dat meerdere disciplines bij de behandeling moeten zijn betrokken. Aangezien de behandelend revalidatiearts als solist werkt en deze handelingen dus monodisciplinair verricht, komt deze declaratie volgens de ziektekostenverzekeraar niet voor vergoeding in aanmerking.

Overwegingen

- 6.4. Tussen partijen is niet in geschil dat de handelingen die vallen onder DBC- zorgproductcode 990027198 voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. Het betreft hier een gedeeltelijke vergoeding omdat sprake is van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dit laatste is door verzoekster niet bestreden en ook anderszins is door haar niet onderbouwd waarom de verleende vergoeding niet in overeenstemming is met de verzekeringsvoorwaarden. Anders is dit voor de declaraties met zorgproductcode 990027199. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding hiervan afgewezen op de grond dat deze code niet door een solist zou mogen worden gedeclareerd, hetgeen door verzoekster gemotiveerd is bestreden.
- 6.5. Met het oog op de bevoegdheidsvraag overweegt de commissie allereerst dat gelet op artikel 2.4, eerste lid, Bzv aanspraak bestaat op zorg zoals medisch-specialisten – waaronder revalidatieartsen – die plegen te bieden. De aanspraak op medisch-specialistische zorg is geregeld in artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het is aan het Zorginstituut nadere invulling te geven aan de aanspraken vanuit de zorgverzekering. De vraag daarentegen welk tarief voor de betreffende zorg in rekening mag worden gebracht, ligt op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg op het terrein van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa stelt ook de voorwaarden vast waaronder een tarief in rekening mag worden gebracht. Gelet op de verklaring van de NZa en de omschrijving bij de betreffende DBC-zorgproductcode, staat vast dat het bij deze code behorende tarief door een solist mag worden gedeclareerd. Ook het Zorginstituut leest dit zo in de omschrijving bij deze code. Vervolgens moet de vraag worden beantwoord of ook in de situatie van verzoekster sprake was van een medisch-specialistische revalidatiebehandeling, uitgevoerd door een solist. De aanspraak op medisch-specialistische revalidatie is geregeld in artikel 23 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies van 11 november 2020 – tegen de achtergrond van het criterium 'plegen te bieden'- uiteengezet in welke gevallen een solist een medisch-specialistische

revalidatiebehandeling mag uitvoeren. Het gaat dan om specifieke activiteiten, zoals bijvoorbeeld het voorschrijven van hulpmiddelen (orthese, prothese, schoen etc.), het doen van verrichtingen zoals botuline-injecties bij spasticiteit en het vullen van baclofenpompen voor de behandeling van spasticiteit of voor revalidatieadvies bij een CVA- of complexe traumapatiënt. Het Zorginstituut merkt op dat op basis van de informatie in het dossier onduidelijk is welke handelingen de revalidatiearts precies heeft uitgevoerd. Het Zorginstituut acht het echter niet waarschijnlijk dat de bij verzoekster uitgevoerde handelingen onder de hiervoor genoemde specifieke activiteiten vallen.

- 6.6. De commissie stelt voorop dat het aan verzoekster is aannemelijk te maken dat zij aanspraak heeft op vergoeding van haar behandeling. De informatie in het dossier over de uitgevoerde behandeling is zeer summier, maar deze was niet interdisciplinair en houdt kennelijk verband met pijnklachten. De commissie acht op basis hiervan niet aannemelijk dat de solistisch optredende zorgverlener de door het Zorginstituut genoemde specifieke activiteiten heeft verricht. Dit leidt tot de conclusie dat geen sprake is van zorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden. De handelingen die zijn gedeclareerd met DBC-zorgproductcode 990027199 komen daarom niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking.

Wat door verzoekster is aangevoerd ten aanzien van de hogere kosten van een multi-disciplinaire behandeling maakt het voorgaande niet anders. Het zelfde geldt voor haar verwijzing naar de jurisprudentie. Het is immers niet de ziektekostenverzekeraar die de invulling van het criterium 'plegen te bieden' bepaalt, maar in beginsel de beroepsgroep zelf. Uit de door het Zorginstituut aangehaalde passages blijkt dat de behandeling van pijnklachten interdisciplinair plaatsvindt.

- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 december 2020,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede 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.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in het Interimbesluit forensische zorg.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen

- voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
- 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslapte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Artikel 23 Medisch-specialistische revalidatie

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.

lid 3 Zorg van zorgaanbieder zonder overeenkomst

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat dan vergoeden wij de zorg 100% tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.