



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, medisch specialistische revalidatie, stand van de wetenschap en praktijk, indicatie, doelmatigheid
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019
Zaaknummer : 202001504
Zittingsdatum : 20 januari 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (M.T.C.J. Nauta-Sluijs, H.A.J. Kroon en drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

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

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 29 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 11 november 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 13 november 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 14 december 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020049212) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 18 december 2020 aan partijen gestuurd. De ziektekostenverzekeraar is hierbij gevraagd uiterlijk 5 januari 2021 zijn standpunt, dat de behandeling bij de gegeven indicatie niet conform de 'stand van de wetenschap en praktijk' is nader te onderbouwen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 januari 2021 zijn reactie aan de commissie gezonden. Daarbij heeft hij verzocht het Zorginstituut een nieuw voorlopig advies te laten uitbrengen. Dit verzoek is afgewezen. Een kopie van de reactie van de ziektekostenverzekeraar is op 8 januari 2021 aan verzoekster gestuurd.
- 2.4. Verzoekster heeft op 19 januari 2021 aanvullende informatie aan de commissie gezonden.
- 2.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 januari 2020 gehoord. Tijdens de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld binnen één week schriftelijk te reageren op de nagekomen informatie.
- 2.6. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 januari 2021 gereageerd op de door verzoekster op 19 januari 2021 gezonden aanvullende informatie. Een kopie van deze reactie is ter kennisneming aan verzoekster gezonden.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 27 januari 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 24 maart 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 25 maart 2021 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop schriftelijk te reageren. Verzoekster heeft op 7 april 2021 schriftelijk gereageerd op voornoemd advies. Een kopie hiervan is op 3 mei 2021 ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.8. De commissie heeft besloten het Zorginstituut te vragen om een reactie op de brief van gemachtigde van 7 april 2021. Het Zorginstituut heeft op 20 mei 2021 gereageerd op voornoemde brief. Een kopie van deze reactie is op 27 mei 2021 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van deze mogelijkheid.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 en 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de IZZ Basisverzekering, variant natura, (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra 3 individueel en IZZ Zorg voor de Zorg (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. In maart 2019 heeft verzoekster tijdens het verzorgen van een paard een klap tegen haar hoofd gehad van het dier. Na enkele dagen ontwikkelde zij meerdere klachten en heeft zij zich tot de huisarts gewend. Nadat deze klachten aanhielden, heeft de huisarts verzoekster verwezen naar een neuroloog. De neuroloog verwees haar door voor revalidatie. De revalidatiearts heeft op 30 mei 2019 ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend voor een interdisciplinair medisch specialistisch revalidatietraject.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 juni 2019 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen, omdat de aangevraagde behandeling in haar geval niet doelmatig is. Daarna is meerdere keren door de zorgaanbieder gevraagd de behandeling toch te vergoeden en zijn tevens verschillende nieuwe aanvragen ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft in reactie hierop steeds geantwoord dat geen nieuwe informatie is overgelegd die ertoe leidt dat verzoekster wel goedkeuring krijgt voor de behandeling. Op 9 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de aangevraagde behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij herhaling om heroverweging van de afwijzende beslissingen gevraagd. Op 4 oktober 2019, 30 december 2019 en 13 mei 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissingen handhaaft.
- 3.5. De neuroloog heeft op 3 mei 2019 per brief over verzoekster verklaard:

“Anamnese:

Sinds 6 weken heeft patiënte last van hoofdpijn.

Zij was bezig met verzorging van het paard en het paard maakte een draaiende beweging en sloeg met haar kop tegen het hoofd van de patiënte.

Aanvankelijk even wat dizzy maar verder geen klachten, 2 dagen heel actief geweest, dagen waren drukbezet.

Vervolgens veel hoofdpijn bdz frontaal, moeite om op woorden te komen. Duizelig moeite met concentreren.

Licht misselijk

Naar huisarts geweest geduid als post commotionele klachten

Tot nu toe weinig verbetering

Staat voor de klas, probeert nu met dag een uurtje iets te doen daarna veel hoofdpijklachten

24 jaar geleden hersenletsel met schedelbasisfractuur maar toen veel minder klachten. Zij heeft toen een aantal dagen opgenomen gelegen.

(...)

Conclusie:

Geen aanwijzingen voor contusiehaarden.

Conclusie/actueel probleem behandeld dit contact d.d. 16-04-19:

Bij patiënt is sprake van postcommotionele klachten na frontale klap op het hoofd door een paard”

De neuroloog heeft verzoekster op 28 mei 2019 verwezen naar een revalidatiecentrum voor "revalidatie van een postcommotioneel syndroom".

- 3.6. In de eerste aanvraag van 30 mei 2019 wordt door de revalidatiearts het volgende over verzoekster verklaard:

"Revalidatiediagnose

45 jarige vrouw met postcommotionele klachten na frontale klap tegen hoofd door paard. Aanhoudende invaliderende cognitieve klachten, hoofdpijn en duizeligheid. Vermoeid. Verminderde emotieregulatie en prikkelbaar. Niet in staat om auto te rijden, voor de klas te staan, te vergaderen, PC werk te verrichten, HDL en lange gesprekken te voeren. Niet in staat om dagdagelijkse activiteiten uit te voeren, met ernstige belemmering in vermogen tot participeren. Verzuimt in werk, sociale activiteiten, sport en gezinsleven. Door onvermogen zelf regie te voeren contra-indicatie voor eerstelijnszorg. Schedelbasis fractuur in voorgeschiedenis. Aangezien eerdere specialistische zorg en eerstelijnszorg niet geleid hebben tot een verbetering van sociaalmaatschappelijke participatie, is een interdisciplinair medisch specialistisch revalidatietraject met een holistische benadering geïndiceerd.

(...)

"Stepped care

*Neurologie uitsluitende onderzoeken, adviezen en verwijzing MSR
POH-GGZ*

Bedrijfsarts adviezen mbt dagindeling en taak belasting.

(...)

"Behandelaanpak

Er is een indicatie voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatiebehandeling met directe betrokkenheid van de revalidatiearts gedurende het gehele revalidatietraject. Het revalidatietraject vindt in zijn geheel plaats op locatie Tilburg.

Het op de complexiteit samengestelde behandelteam bestaat uit de volgende disciplines:

Revalidatiearts, Revalidatiearts-sondersteuner, Fysiotherapie, Psychologie, Ergotherapie, Maatschappelijk werk

(...)"

In de aanvraag van 25 oktober 2019 heeft de revalidatiearts aanvullend verklaard dat verzoekster op 9 oktober 2019 opnieuw door hem is gezien. Inmiddels is volgens hem sprake van een bijkomende indicatie op basis van stepped care. Hij verklaart hierover:

"Stepped care

Zorg na ongeval en voorafgaande aan eerste consult 29-5-2019:

Bedrijfsarts adviezen mbt dagindeling en taak belasting.

Neurologie uitsluitende onderzoeken, adviezen en verwijzing MSR bij Revalide voor specialistisch hulp bij aanhoudende postcommotionele klachten in combinatie met posttraumatische pijnklachten met indicatie voor interdisciplinaire zorg.

POH-GGZ 2019 ca 2 consulten.

Na eerste consult en indicatiestelling voor MSR heeft in afwachting van goedkeuring door zorgverzekeraar tot tweede consult 9-10-2019 volgende zorg plaats gevonden:

Psychosomatische fysiotherapie 2019 14x tot heden voor overprikkeling, ontspanning.

Fysiotherapie 2019 3x voor pijnklachten en begeleiding bij bewegen

Psycholoog 2019 6x tot heden.

Ergotherapie 2019 tot heden 7x begeleiding bij energie verdeling en voorkomen overprikkeling, voor verdere behandeling verwijzing naar ergotherapeut met specialistisch deskundigheid mbt sensorische integratie therapie in kader van MSR.

Huisarts na ongeval bij herhaling voor aanhoudende klachten bij toenemende complexiteit en aanhoudende klachten opnieuw en bij herhaling verwijzing naar revalidatie."

- 3.7. De medisch adviseur heeft diverse keren advies uitgebracht aan de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van de aangevraagde behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft het volgende overzicht overgelegd:

"Op 05-03-2020

Afwijzing handhaven met brief ND010 met tekst: 'Sinds medio 2019 zijn er herhaaldelijk verzoeken om machtiging MSR ontvangen waarbij het initieel en in essentie gaat om klachten en beperkingen in het functioneren op basis van een trauma in maart 2019 waarvoor geen duidelijke medische verklaring bestaat. De omschrijving van de complexiteit van de problematiek door de revalidatiearts kan niet onderbouwd worden door de informatie uit de verwijsbrief c.q. het eigen dossier. Daarnaast geldt dat de voorgestelde behandeling bij de voorgestelde revalidatiediagnose niet voldoet aan de criteria van stand van wetenschap en praktijk. De conclusie na opnieuw beoordeling van alle beschikbare informatie is dan ook dat er niet voldaan wordt aan de criteria voor MSR en dat de aanvraag voor machtiging MSR afgewezen moet blijven.'

(...)

28-10-2019

Afwijzing A60 geen extra info ontvangen

Opmerking MA -> wij hebben ze al een paar keer gevraagd aan te tonen waarop zij baseren dat de aangevraagde behandeling voor PCS effectief en doelmatig is en dat dit door wetenschappelijk literatuur kan worden onderbouwd. Al eerdere aanvragen en heroverwegingen zichtbaar misschien mijn tekst wat aanpassen na[ar] [naam revalidatiearts] mailen en deze weer afwijzen met handhaven. (wij hebben dit niet alleen bij deze casus aangegeven maar herhaaldelijk bij andere casuïstiek opgevraagd)

22-07-2019

Afwijzing A60 geen extra informatie ontvangen.

Aantekening MA -> Geen indicatie MSR zoals eerder aangegeven.

08-07-2019

Afwijzing A60 handhaven

Dit gaat niet over pijnklachten. Dus geen WPN score mogelijk, hoewel WPN 3 genoemd. Heeft ook geen commotio cerebri gehad: geen bewustzijnsverlies, geen retrograde amnesie. Conclusie: afwijzing handhaven, code A60.

18-06-2019

U niet doelmatig in de eerste lijn behandeld bent door bijvoorbeeld een fysiotherapeut, psycholoog, ergotherapeut of een combinatie hiervan. Het gaat om aanpassingen in houding en bewegingsgedrag waarbij wordt ingezet op gedragsverandering en activatie. Passieve therapievormen zoals mobilisaties, manipulaties, massage, vormen van taping zijn geen vormen van doelmatige eerstelijnszorg."

- 3.8. Verzoekster heeft een verzekeringsarts/RGA ingeschakeld. Deze heeft op 23 maart 2020, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"(...)

Op medisch vlak is er sprake van een klap tegen het hoofd door de kop van een paard op 11 maart 2019, waarna betrokkene even dizzy was, en 2 dagen later hoofdpijnklachten ontwikkelde, met woordvindingsstoornissen, concentratieklachten, welke geduid worden als postcommotioneel syndroom.

Hiervoor werd betrokkene in eerstelijns reeds behandeld door de psychosomatische fysiotherapeut en ergotherapeut, en heeft zij gesprekken gehad met POH GGZ. Deze hadden niet het gewenste effect, en is betrokkene naar een eerstelijns psycholoog verwezen. Eerste gesprek was op 25-11-2019. Uiteindelijk werd zij door de neuroloog naar de revalidatiearts verwezen, voor Medisch Specialistische Revalidatie, welke multidisciplinair is, en waarvan de aanvraag door de zorgverzekeraar afgewezen werd.

- Men geeft aan dat het "in essentie gaat om klachten en beperkingen in het functioneren op basis van een trauma in maart 2019 waarvoor geen duidelijke medische verklaring bestaat,"

-> Het betreft hier een Licht Traumatisch Schedel Hersenletsel, vroeger commotio cerebri of hersenschudding genoemd.

-> In het rapport MSR, eindversie 27 mei 2013, staat commotio cerebri opgenomen als indicatie.

- De complexiteit blijkt niet uit de verwijsbrief of eigen dossier:

Dit wordt wel beargumenteerd door de revalidatiearts, maar wat de zorgverzekeraar onder complexiteit verstaat, is mij niet erg duidelijk, dit moet beter onderbouwd worden door de zorgverzekeraar.

- Dat de revalidatie niet voldoet aan de criteria van wetenschap en praktijk is eveneens niet onderbouwd."

Op 29 april 2020 heeft de verzekeringsarts/RGA van verzoekster, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"(...)

Omdat ik niet beschikte over een medisch advies van wederpartij vroeg ik deze informatie op. Het betreffen adviezen waarvan de conclusies reeds in de brieven van IZZ waren opgenomen. Men geeft in de basis aan dat er geen medisch substraat is voor de klachte[n].

Terug naar de informatie kijkend, moet vastgesteld worden dat er bij het ongeval geen sprake was van bewustzijnsverlies. Het betreft strikt genomen een trauma capitis, een schedeltrauma, waarna er wel klachten ontstaan die door de curatieve sector als postcommotioneel worden genoemd.

In de voorgeschiedenis is er wel sprake van blijkbaar een schedelbasisfractuur, en worden ook onderhoudende psychosociale factoren en een inadequate coping genoemd. Mogelijk dat dit een reden is voor IZZ om de aanvraag af te wijzen, maar erg duidelijker is de casus niet geworden. De medische adviezen zijn alleen conclusies, doch medische overwegingen zijn niet weergegeven.

Gelet op het bovenstaande kom ik tot de volgende conclusie:

De huidige informatie voegt niets toe aan mijn eerder advies: een duidelijk medisch advies op basis waarvan de casus afgewezen wordt, ontbreekt nog steeds. Ik kreeg alleen de conclusies van IZZ. Zie bespreking."

Op 8 juni 2020 heeft de verzekeringsarts/RGA van verzoekster, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"(...)

Op basis van deze gegevens kom ik tot de volgende bespreking:

Vreemde reactie van de verzekeraar:

Revalide heeft diverse malen de noodzaak tot MSR onderbouwd, maar het is IZZ die dit niet erkent. Indien een partij niet wil uitkeren, moet men ook onderbouwen waarom men niet uitkeert. Wij en de revalidatiearts hebben al onderbouwd waarom er een noodzaak is tot MSR:

Betrokkene is al in eerstelijns behandeld, zonder resultaat.

Hersenschudding staat in de richtlijnen voor MSR als indicatie.

De verzekeraar doet uitspraken op basis waarvan men de claim afwijst:

Er is niet voldaan aan eerstelijnszorg:

Betrokkene is in eerstelijns wel behandeld door een psycholoog, POH GGZ en fysiotherapeut.

De MSR voldoet niet aan de criteria van wetenschap en praktijk

Een multidisciplinaire behandeling is wel een indicatie voor een postcommotioneel syndroom, dit is medisch algemeen bekend.

En nu geeft men aan dat Revalide de indicatie niet voldoende heeft onderbouwd, terwijl er toch een uitgebreide motivatie is van de revalidatiearts.

Gelet op het bovenstaande kom ik tot de volgende conclusie:

Het standpunt van IZZ is medisch onvoldoende onderbouwd: de weigerende partij moet medisch kunnen onderbouwen waarom men weigert: ik kan onmogelijk verdere medische argumenten aanhalen indien wederpartij bovengenoemde stellingen op basis waarvan men weigert, medisch niet onderbouwt."

- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 11 november 2020 aan de commissie meegedeeld dat hij het dossier nogmaals heeft voorgelegd aan zijn medisch adviseur. Deze heeft, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"Hoofddiagnose: PCS (postcommotioneel syndroom)

(...)

Op basis van bovenstaande mag worden geconcludeerd dat het posttraumatisch klinisch beeld van patiënte niet voldoet aan de criteria van een LTH (licht traumatisch hersenletsel). Zie hiervoor de CBO richtlijn opvang patiënten met licht traumatisch hoofd/hersenletsel 2010.

Toetsing van hoofddiagnose PCS in relatie tot I-MSR aanvraag

De diagnose PCS valt, op basis van de Nota indicatiestelling MSR 2016, onder de diagnose hoofdgroep 'hersenen'. Met PCS als MSR diagnose dient de medisch specialistische revalidatie te worden toegepast conform het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde, volgens de richtlijnen en behandelkaders die zijn vastgesteld door de VRA en conform eventueel andere van toepassing zijnde, erkende richtlijnen (zie nota indicatiestelling MSR 2016). In deze is op de MSR diagnose PCS het behandelkader Traumatisch hersenletsel voor volwassenen 2013 van toepassing. Dit vermeldt mbt de doelgroep/inclusie criteria:

- Diagnose gesteld door een neuroloog, zichtbaar middels beeldvorming en/of overtuigende aanwezigheid van (voorbijgaande) verwardheid, bewustzijnsverlies en/of anterograde posttraumatische amnesie (CBO richtlijn opvang patiënten met licht traumatisch hoofd/hersenletsel (= LTH) 2010).

Op basis van bovenstaande dient te worden geconcludeerd dat de diagnose PCS bij betrokken patiënte geen indicatie vormt tot I-MSR. Immers PCS bij patiënte is geen LTH.

Aanvullend:

- Uit de (beperkte) wetenschappelijke literatuur mbt/ de PCS revalidatie komt geen duidelijke meerwaarde van I-MSR naar voren. Dit in relatie tot het criterium dat I-MSR dient te voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit is door [ziekttekostenverzekeraar] ook verwoord als een reden van afwijzing van de I-MSR aanvraag. VGZ heeft de zorgaanbieder meerdere keren gevraagd op basis van welk wetenschappelijk bewijs zij haar PCS behandeling verantwoorden.

- In het kader van stepped care (gericht op doelmatige behandeling) behoort bij het indienen van een I-MSR aanvraag zorgvuldig te worden nagegaan of niet redelijkerwijs kan worden volstaan met een eerstelijns behandeling. Deze afweging wordt amper gemaakt in de onderhavige I-MSR aanvraag dd. 30 mei 2019, reden voor VGZ om primair uit te gaan van een eerstelijns behandeling (en een reden tot afwijzing van de I-MSR aanvraag).

Per saldo zijn er meerdere gronden om de I-MSR aanvraag af te wijzen. De afwijzing op basis van het ontbreken van een I-MSR diagnose is de meest basale. Reden om dit uitgebreid aan bod te laten komen.

(...)"

3.10. Op 14 december 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden

De interdisciplinaire behandeling onder supervisie en met inbreng van de revalidatiearts is zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. De afbakening van ziektes, aandoeningen of stoornissen waarvoor IMSR geïndiceerd is, is onderwerp van discussie.

Stand van de wetenschap en praktijk

Verweerder heeft in de afwijzing d.d. 5 maart 2020 aangegeven dat de voorgestelde behandeling bij de diagnose van verzoekster niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Verweerder heeft dit niet verder onderbouwd. Ook in de brief aan de SKGZ d.d. 11 november 2020 geeft verweerder als een aanvullend argument voor afwijzing aan dat uit de (beperkte) wetenschappelijke literatuur over PCS-revalidatie geen duidelijke meerwaarde van IMSR naar voren komt. Het is onduidelijk op welke literatuur dit standpunt betrekking heeft.

Het is primair aan verweerder om te beslissen of een bepaalde interventie onder de dekking van de polis valt, verweerder dient eerst zelf [te] na te gaan of de gevraagde behandeling voldoet aan

de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Verweerder dient zijn uitspraak over de 'stand van de wetenschap en praktijk' nader te onderbouwen.

Indicatie

Ook als blijkt dat de klinische effectiviteit van IMSR bij PCS voldoende onderbouwd is, bestaat er discussie over de vraag of PCS een indicatie kan zijn voor IMSR.

Hersenletsel wordt gerekend tot de gangbare indicaties voor IMSR. In het standpunt van het Zorginstituut 'Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden' (2015) worden de doelgroepen voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie benoemd. Relevant voor het geschil is de doelgroep: 'somatische aandoeningen van het centraal zenuwstelsel (inclusief sensitiviteit bij chronische pijn) die leiden tot ingrijpende stoornissen en beperkingen in de communicatie en/of cognitie/gedrag, ook als defecten in het bewegingsvermogen niet (meer) aanwezig zijn.'

Aangezien in het standpunt van het Zorginstituut niet scherper is omschreven wat wordt verstaan onder 'somatische aandoeningen van het centraal zenuwstelsel' is op dit moment niet vast te stellen dat PCS daar niet onder valt, hoewel er geen objectiveerbare afwijkingen zijn.

In de nota indicatiestelling medisch specialistische revalidatie van de Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) uit 2016 is beschreven wanneer er sprake is van een indicatie voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie. In bijlage II van de nota vallen hoofdpijn- en cognitieve klachten onder de diagnosehoofdgroep 'Hersenen', waaronder 7 specifieke (categorieën van) aandoeningen zijn beschreven. De diagnose 'contusio cerebri' maakt hiervan deel uit, maar de diagnose 'commotio cerebri' of PCS niet. Een deel van de symptomen die gerekend kunnen worden tot het PCS komen ook voor bij een situatie van of na contusio cerebri, wat mede aanleiding is voor de discussie rond PCS als indicatie voor IMSR. Bij contusio cerebri zijn deze klachten doorgaans ernstiger, zijn er ook andere klachten en zijn bij beeldvormende onderzoek meestal afwijkingen zichtbaar, die met deze klachten verband houden.

In het behandelkader Traumatisch hersenletsel van de VRA zijn twee inclusiecriteria benoemd voor IMSR-behandeling van volwassen patiënten:

1. diagnose traumatisch hersenletsel, ontstaan ten gevolge van een oorzaak buiten het lichaam, met als gevolg fysieke, visuele, communicatieve, cognitieve, emotionele en/of gedragsmatige stoornissen leidend tot beperkingen op activiteiten- en participatieniveau; hierbij zijn de problemen van dien aard dat (interdisciplinaire) revalidatiegeneeskundige behandeling is aangewezen;
2. diagnose gesteld door een neuroloog, zichtbaar middels beeldvorming en/of met overtuigende aanwezigheid van (voorbijgaande) verwardheid, bewustzijnsverlies en/of anterograde posttraumatische amnesie (CBO richtlijn opvang patiënten met licht traumatisch hoofd/hersenletsel 2010).

Aangezien in het eerste inclusie criterium voor de doelgroepen van het behandelkader gebruik is gemaakt van omschrijving 'en/of' valt niet uit te sluiten dat er bij uitsluitend cognitieve stoornissen een indicatie voor IMSR kan zijn. Volgens het tweede criterium moet echter wel sprake zijn van afwijkingen bij beeldvormende diagnostiek en/of overtuigende aanwezigheid van (voorbijgaande) verwardheid, bewustzijnsverlies en/of anterograde posttraumatische amnesie. Op basis van de gegevens in het dossier is gebleken dat er geen sprake is van afwijkingen bij het verrichte CT-onderzoek en kan niet worden vastgesteld dat sprake is van de genoemde klinische symptomen.

Conclusie

Verweerder dient zijn uitspraak over de 'stand van de wetenschap en praktijk' nader te onderbouwen. Over het PCS als indicatie voor IMSR bestaat veel discussie. Op grond van het standpunt over IMSR van het Zorginstituut uit 2015 is de indicatie PCS niet geheel uit te sluiten. Bij de aandoeningen onder de hoofddiagnosegroep 'Hersenen' van de nota indicatiestelling van de VRA uit 2016 is echter de met PCS samenhangende diagnose 'commotio cerebri' niet opgenomen. Ook is op basis van de gegevens in het dossier niet gebleken dat bij verzoekster sprake is van de klinische symptomen die benoemd zijn bij de inclusiecriteria voor de doelgroepen voor IMSR-behandeling bij traumatisch hersenletsel.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier verweerder te vragen zijn uitspraak over 'stand van de wetenschap en praktijk' nader te onderbouwen."

- 3.11. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 januari 2021 de volgende reactie van zijn medisch adviseur overgelegd:

"De medisch adviseur heeft destijds de recente wetenschappelijke literatuur uit de bekende internationale databases (Cochrane, Pubmed, Embase) opgezocht en beoordeeld (op de onderwerpen "mild traumatic brain injury, post commotional syndrome", "PCS", "treatment", "rehabilitation"), en de recente relevante Nederlandse en internationale richtlijnen doorgenomen. Samengevat waren de conclusies van dit onderzoek van de wetenschappelijke literatuur en richtlijnen:

1. Er is opvallend weinig wetenschappelijk onderzoek wat aan de minimale kwaliteitseisen voldoet, met name is er nauwelijks onderzoek over de effectiviteit van behandeling van PCS.
2. Het afgelopen decennium is er geen RCT of observationeel onderzoek gepubliceerd wat een mogelijk gunstig effect van MSR bij PCS waarschijnlijk maakt.
3. In het VRA-behandelkader (wat gezien moet worden als een richtlijn van de beroepsgroep revalidatieartsen zelf) ontbreekt ook PCS als indicatie voor MSR.

Voor PCS blijkt uit een recent overzichtsartikelonderzoek dat CGT eigenlijk de enige enigszins effectieve behandeling voor PCS is: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6519590/> Dit sluit ook aan bij de opmerking van het Zorginstituut over de neuropsychologische behandeling in combinatie met ergotherapeut. Waarbij dan eerst ook de cognitieve klachten nader onderbouwd zouden moeten worden om ook vast te stellen dat hier sprake is van geobjectiveerde en aantoonbare cognitieve stoornissen en tekorten.

(...)

Subconclusie literatuur:

Er zijn een beperkt aantal studies en ook nog van onvoldoende niveau die de meerwaarde van de inzet van MSR bij PCS in voldoende mate ondersteunen.

Nogmaals samenvattend:

1. Er is opvallend weinig wetenschappelijk onderzoek wat aan de minimale kwaliteitseisen voldoet, met name is er nauwelijks onderzoek over de effectiviteit van behandeling van PCS.
2. Het afgelopen decennium is er geen RCT of observationeel onderzoek gepubliceerd wat een mogelijk gunstig effect van MSR bij PCS waarschijnlijk maakt.
3. In het VRA-behandelkader (wat gezien moet worden als een richtlijn van de beroepsgroep revalidatieartsen zelf) ontbreekt ook PCS als indicatie voor MSR."

- 3.12. Op 18 januari 2021 heeft de verzekeringsarts/RGA van verzoekster, voor zover hier van belang, het volge verklaard:

"In mijn eerste advies gaf ik aan dat commotio cerebri in het rapport MSR, eindversie van 27 mei 2013, wel opgenomen is als indicatie. Doch wat mij ontgaan was, is dat er een revisie is van dit rapport in 2015, waarnaar het ZIN verwijst: hierin is inderdaad alleen contusio cerebri opgenomen, en niet commotio cerebri. Dit was mij eerlijk gezegd ontgaan, en vond ik nu pas de versie van 2015, na het rapport van de ZIN.

In dit kader zou betrokkene inderdaad niet in aanmerking komen voor MSR.

Anderzijds staat in de Modules Medisch Specialistische Revalidatiegeneeskunde Volwassenen, versie 1 december 2016, commotio cerebri WEL opgenomen als indicatie voor MSR.

Er is dus een discrepantie tussen de richtlijnen van de ZIN, en die van de revalidatieartsen zelf. Het is dan ook begrijpelijk dat de behandelende revalidatiearts persisteert in zijn advies dat MSR is aangewezen.

En aangezien betrokkene de diverse eerstelijns behandelingen al heeft doorlopen, en op basis van de richtlijnen van de revalidatieartsen zelf, is commotio cerebri wel een indicatie voor MSR."

- 3.13. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 januari 2021 de reactie van zijn medisch adviseur aan de commissie gezonden. Deze luidt als volgt:

"De diagnose PCS wordt gevonden in een document modules MSR. Dit document is ter ondersteuning van het correct registreren van behandelijd op de juiste behandelmodule t.b.v. dataregistratie in het kader van een nieuw te ontwikkelen bekostigingsmodel voor de MSR financiering. In een uitputtende lijst wordt ICD 9 naar ICD 10 gecodeerd en daarin wordt ook PCS als neurologische aandoening genoemd.

Voorwoord: In 2014/2015 hebben de VRA en Revalidatie Nederland gezamenlijk met partijen de voor bekostiging onderscheidende onderdelen van de medisch specialistische revalidatiegeneeskunde (MSR) beschreven in modules. Vanaf 1 juli 2015 indiceren de revalidatieartsen de behandelmodules en registreren artsen en behandelaren hun behandelijd op de modules, op basis van moduleset 1.0. De registratie-informatie wordt verzameld in de datamonitor van VRA en Revalidatie Nederland. Dit document vervangt ook niet de richtlijnen van beroepsgroep of behandelkaders. Dit staat ook in het document uitdrukkelijk vernoemd.

Blz (7) Relatie met beroepsnormen

Voor alle modules geldt dat moet worden voldaan aan de vigerende medische richtlijnen en andere beroepsnormen, waaronder aandoening specifieke behandelkaders. Eisen ten aanzien van deskundigheden, voorzieningen, et cetera vloeien hieruit voort. Deze gelden op het niveau van revalidatiegeneeskundige behandeling voor de betreffende doelgroep. Daarnaast beschrijft het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde algemene voorwaarden die gesteld worden aan de beroepsuitoefening.

Ook maakt de medisch adviseur [ver]melding dat er een richtlijn van het ZIN zou zijn en een van de beroepsgroep en dat daar een keuze in zou zijn te maken. Het standpunt van het zorginstituut is gebaseerd op de richtlijnen en behandelkaders van de beroepsgroep en in het standpunt van het ZIN worden deze richtlijnen gebruikt om de aanspraak op MSR te duiden. Dus er zijn geen 2 verschillende richtlijnen. Zoals de medisch adviseur ook aangeeft is op basis van de bestaande richtlijnen PCS geen aanspraak vanuit de MSR bekostiging. Het gegeven dat in een document over registratie van behandelmodules voor de bekostiging van MSR de diagnose PCS in een tabel voorkomt maakt dit niet anders."

- 3.14. Het Zorginstituut heeft in zijn definitieve advies van 24 maart 2021 het volgende verklaard:

"Het Zorginstituut heeft op 22 februari 2021 een aanvullend literatuuronderzoek uitgevoerd in Medline (Pubmed). Er is naast PCS ook gezocht naar studies over Mild Traumatic Brain Injury (MTBI), om geen relevante trials te missen. De search leverde 51 originele artikelen op en drie literatuurreviews. Uit deze lijst met artikelen en de drie reviews kwamen zes onderzoeken naar voren, waarin gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek is verricht naar de indicatie-interventiecombinatie PCS of MTBI en multi- of interdisciplinaire behandeling bij volwassen patiënten, die niet tot een heel specifieke doelgroep behoorden (zoals militairen).

Vier studies hebben betrekking op het effect van multi- of interdisciplinaire behandeling op postcontusionele klachten bij MTBI, waarbij de behandeling aanvang binnen twee maanden na het hoofdtrauma is gestart. In deze studies zijn geen significante effecten gevonden op de onderzochte uitkomsten. Hieruit kan dus niet afgeleid worden dat multi- of interdisciplinaire behandeling voor mogelijke subgroepen van patiënten met PCS effectief zou kunnen zijn.

Twee studies richten zich specifiek op de effecten van multi- of interdisciplinaire behandeling bij patiënten met PCS.⁸ Beide studies zijn eind 2019 gepubliceerd, dus waren op moment van de afwijzing van de aanvraag tot vergoeding nog niet beschikbaar. Eén van deze studies richt zich op patiënten van 15-30 jaar en is daarom niet goed van toepassing op dit geschil. Er is dus slechts één studie beschikbaar, die zich specifiek richt op PCS en goed past bij het geschil. De studie levert onderbouwing van lage kwaliteit, onder meer omdat een klein patiënten aantal is onderzocht.

Het vastgestelde effect is daarmee onzeker. De studie concludeert dat er een significant, maar klein verschil is op de primaire uitkomstmaat, de klachtscore. Vanwege de beperkte omvang van het effect kan deze uitkomst niet klinisch relevant genoemd worden, hiervoor is een Effectsize van 0,50 of hoger nodig. De onderzochte uitkomstmaten die betrekking hebben op het fysiek en sociaal functioneren behoren tot de cruciale uitkomsten voor het vaststellen van stand van wetenschap en praktijk. Ook op deze uitkomstmaten is een significant effect met een beperkte (niet klinisch relevante) omvang vastgesteld. Op andere aspecten van kwaliteit van leven zijn geen verschillen tussen interventie- en controlegroep vastgesteld. Dus ook hier is de met onzekerheid omgeven conclusie dat er een significant, maar niet klinisch relevant effect is op fysiek en sociaal functioneren.

Omdat zowel op de primaire uitkomstmaat van de studie als op de voor dit review cruciale uitkomstmaten weliswaar significante, maar niet klinisch relevante effecten zijn vastgesteld, is de conclusie dat de indicatie-interventiecombinatie PCS-IMSR niet voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. De bestudeerde RCT's die breder multi- of interdisciplinaire behandeling bij MTBI hebben bestudeerd ondersteunen deze conclusie, omdat hieruit geen aanwijzingen voor effectiviteit naar voren komen.

Conclusie

Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie bij PCS waarbij geen hersenletsel is aangetoond voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering."

- 3.15. Het Zorginstituut heeft op 20 mei 2021, in reactie op de brief van gemachtigde van 7 april 2021, de volgende toelichting gegeven:

"Het genoemde rapport 'Modules Medisch Specialistische Revalidatiegeneeskunde Volwassenen' (2016) is geen richtlijn, maar heeft betrekking op de ontwikkeling van een methodiek waarmee de bekostiging van medisch specialistische revalidatie behandelingen verbeterd zou kunnen worden. Dit rapport is daarom niet relevant voor de beoordeling van het geschil.

De beroepsgroep heeft in 2013 een Behandelkader Traumatisch Hersenletsel gepubliceerd, dat wel als richtlijn kan worden gezien. Dit behandelkader is wel betrokken bij de beoordeling van het geschil. Ook is de nota indicatiestelling medisch specialistische revalidatie van de Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) uit 2016 bij de beoordeling betrokken, omdat deze als richtlijn geldt voor de indicatiegroepen waarvoor revalidatieartsen zorg kunnen aanbieden."

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar haar een akkoordverklaring moet geven voor het aangevraagde multidisciplinaire revalidatietraject.
- 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie en de stand van de wetenschap

en praktijk 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.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoekster stelt dat de medische noodzaak voor het aangevraagde multidisciplinaire revalidatietraject meer dan voldoende is onderbouwd. Het is haar niet bekend welke informatie volgens de ziektekostenverzekeraar nu nog zou ontbreken. Daarnaast heeft de door haar ingeschakelde verzekeringsarts/RGA toegelicht dat de ziektekostenverzekeraar - als weigerende partij - medisch moet onderbouwen wat de reden van de weigering is.

De ziektekostenverzekeraar heeft volgens verzoekster ten onrechte gesteld dat zij slechts enkele zittingen fysiotherapie en ergotherapie heeft genoten. Zij is namelijk sinds juni 2019 heel frequent behandeld door een fysiotherapeut, ergotherapeut en psycholoog. Dit heeft helaas niet het gewenste resultaat gehad. Zij is in mei 2019 voor medisch specialistische revalidatie doorverwezen door de neuroloog en in september 2019 nogmaals, toen door de huisarts.

Tijdens de hoorzitting heeft verzoekster benadrukt dat zij het eerstelijns traject heeft gevolgd, omdat de interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie was afgewezen. Zij heeft alles geprobeerd om er weer bovenop te komen, maar helaas tevergeefs of in ieder geval onvoldoende. Zij is nu arbeidsongeschikt, en heeft nog steeds last van duizeligheid en onhandigheid, kan slecht tegen licht en geluid, en kampt met zeer slechte concentratie enzovoorts.

In reactie op het definitieve advies van het Zorginstituut heeft verzoekster op 7 april 2021 benadrukt dat in de Modules Medisch Specialistische Revalidatiegeneeskunde Volwassenen, versie 1 december 2016, commotio cerebri staat opgenomen als indicatie voor interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Er is dus een discrepantie tussen de richtlijnen van het Zorginstituut en die van de revalidatieartsen. Verzoekster heeft de diverse eerstelijnsbehandelingen doorlopen. Daarom heeft zij, gelet op de richtlijnen van de revalidatieartsen een indicatie voor interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Ter aanvulling heeft verzoekster aangevoerd dat het Zorginstituut in zijn definitieve advies de Modules Medisch Specialistische Revalidatiegeneeskunde Volwassenen niet heeft besproken. Verzoekster maakt hiertegen bezwaar.

Verzoekster maakt voorts bezwaar tegen het feit dat de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure de gelegenheid heeft gekregen zijn standpunt nader te onderbouwen. De ziektekostenverzekeraar had zijn afwijzende beslissing direct deugdelijk moeten motiveren. Dit heeft hij echter nagelaten.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag ten behoeve van verzoekster afgewezen, omdat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit van medisch specialistische revalidatie bij een post commotioneel syndroom. De behandeling voldoet daarmee niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarnaast is bij verzoekster geen sprake van een deugdelijke diagnose voor medisch specialistische revalidatie. De aanvragende revalidatiearts wijkt bij de indicatiestelling evident af van de gangbare normen. Bij verzoekster gaat het om commotio cerebri. Deze indicatie is niet vermeld in het rapport MSR van 27 mei 2013. Een contusio cerebri staat daar wel in, maar dit is een andere aandoening dan commotio cerebri.

De ziektekostenverzekeraar licht toe dat om in aanmerking te komen voor vergoeding van medisch specialistische revalidatie sprake moet zijn van een complexe, samenhangende problematiek. Dit betekent dat het moet gaan om problematiek op meerdere ICF domeinen. De ICF is een classificatie waarmee het mogelijk is het functioneren van de mens en de eventuele problemen die hierbij worden ervaren te beschrijven. Ook moeten doelmatige eerstelijns behandelingen hebben plaatsgevonden.

De ziektekostenverzekeraar merkt in dit verband op dat verzoekster op het moment van de aanvraag nog niet was behandeld in de eerstelijns. Zij is op 3 juli 2019 gestart met psychosomatische

fysiotherapie en deze behandeling liep door tot en met in ieder geval 7 oktober 2020. De psychologische zorg (basis GGZ intensief) is gestart op 25 november 2019 en het traject is afgesloten op 7 juli 2020. Mogelijk is hierdoor inmiddels sprake van 'stepped care', maar dit was ten tijde van de eerste aanvraag en de vervolgaanvragen niet het geval.

Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat het thans alleen nog gaat over de aangevraagde behandeling bij de gegeven aandoening in relatie tot de stand van de wetenschap en praktijk.

- 6.4. De commissie overweegt dat op basis van artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak bestaat op medisch-specialistische revalidatie. Revalidatiezorg betreft zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. In artikel 1.1 is opgenomen dat de inhoud en omvang van de zorgvorm mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Voorts moet betrokkene, gezien de indicatie, naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg zijn aangewezen. Tot slot moet de zorg doelmatig zijn.
- 6.5. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar inmiddels ingenomen standpunt, is de vraag die moet worden beantwoord of interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie bij een post commotioneel syndroom voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Met dit criterium wordt bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn, die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. Het gaat om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.
- 6.6. De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd om een advies over de vraag of interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie bij een post commotioneel syndroom overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend. Een afwijking van het standpunt van het Zorginstituut zal echter deugdelijk moeten worden gemotiveerd.
- 6.7. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 6.8. Het Zorginstituut heeft de zorg die in geschil is beoordeeld. In het voorlopig advies van 14 december 2020 heeft het Zorginstituut vastgesteld dat onvoldoende duidelijk is op grond van welke literatuur de ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat de voorgestelde behandeling bij de diagnose van verzoekster niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar heeft, desgevraagd, op 8 januari 2021 per brief toegelicht welke zoektermen hij heeft gebruikt, welke literatuur hij hiermee heeft gevonden, en hoe hij deze heeft gewaardeerd. Het Zorginstituut heeft in zijn definitieve advies van 24 maart 2021 de aanvullende informatie beoordeeld. Ook heeft het Zorginstituut zelf een aanvullende literatuursearch uitgevoerd. De hierbij gevonden publicaties gaven volgens het Zorginstituut telkens onvoldoende relevante informatie over interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie bij een post commotioneel syndroom. Op grond van het verrichte onderzoek is het Zorginstituut tot de conclusie gekomen dat interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie bij een post commotioneel syndroom niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

De commissie ziet geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit dan ook over. Verzoekster heeft haar standpunt, dat interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie bij een post commotioneel syndroom wèl overeenkomt met de stand van de wetenschap en praktijk, niet aannemelijk gemaakt. Dat deze indicatie is opgenomen in het document 'Modules Medisch Specialistische Revalidatiegeneeskunde' is, mede gezien de door het Zorginstituut uitgevoerde literatuursearch, onvoldoende om aan te nemen dat wel is voldaan aan voornoemde voorwaarde.

Er is derhalve geen sprake van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. De aanvraag is daarom terecht afgewezen.

- 6.9. Door verzoekster is bezwaar aangetekend tegen het feit dat de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure de gelegenheid heeft gekregen zijn standpunt nader te onderbouwen. De commissie merkt in dit kader het volgende op. In artikel 114 Zvw is bepaald dat de commissie advies dient te vragen aan het Zorginstituut, indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Het Zorginstituut heeft de commissie geadviseerd nader onderzoek te (laten) doen, en de commissie heeft besloten dit advies te volgen en de ziektekostenverzekeraar hiertoe opdracht te geven. Verzoekster is in kennis gesteld van de uitkomst van dit nader onderzoek en is vervolgens in de gelegenheid gesteld hierop inhoudelijk te reageren. De commissie passeert dan ook het bezwaar van verzoekster.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.10. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 juni 2021,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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 artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
- 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°. vruchtbaarheidsgerelateerde 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 verslakte 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 gehemeltepleten, 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.

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.

Zorgverzekeringswet

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.

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De IZZ Basisverzekering, variant Natura is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

Medische noodzaak

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van de overeenkomst, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen.

1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerd tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven. Het kan dan zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

Huisartsenzorg

Gaat u voor huisartsenzorg zoals vermeld in artikel 11, Huisartsenzorg punt 1, 2 en 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Voor onderzoek dat de huisarts voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek) vergoeden wij de kosten tot maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose-behandelcombinaties (dbc's) van Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze lijst op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Voor welke zorg heeft u vooraf toestemming nodig?

U heeft voor een aantal behandelingen bij Oogheelkunde, Keel-, Neus- en Oorheelkunde (KNO-heelkunde), Heelkunde en Dermatologie onze toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden.

- Oogheelkunde:** Refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), ooglidcorrecties.
- KNO-heelkunde:** Oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.
- Heelkunde:** Gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.
- Dermatologie:** Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling.

Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u vooraf geen toestemming heeft gevraagd.

Let op

Voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard heeft u altijd vooraf toestemming nodig. Kijk hiervoor in artikel 20, Plastische en/of reconstructieve chirurgie.

Extra informatie

1. Meer informatie over thuisdialyse vindt u op onze website.
2. Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties worden uitgezonderd. U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

Artikel 16. Revalidatie

16.1. Revalidatie

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- Deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van 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 die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- U met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- De quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;
- Oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin u zich kunt bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. De quickscan zoals hiervoor omschreven moet onder leiding van een revalidatiearts worden uitgevoerd.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

16.2. Geriatrische revalidatie

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit (het tegelijk voorkomen van 2 of meer ziekten) en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van uw functionele beperkingen dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is. U heeft maximaal 6 maanden recht op geriatrische revalidatie. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

U heeft alleen recht op deze zorg als:

1. De zorg binnen een week aansluit op ziekenhuisverblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering (zie artikel 37, Verblijf), waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg;
2. U een acute aandoening heeft waardoor sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en u voorafgaand medisch specialistische zorg voor deze aandoening heeft ontvangen. De beoordeling hiervan (geriatrisch assessment) vindt plaats door een (klinisch) geriater of internist ouderengeneeskunde op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek. De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op het geriatrisch assessment, ook als geen ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden;
3. De zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.

Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatie richt zich op kwetsbare ouderen die een medisch specialistische behandeling ondergaan. Bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte, botbreuk of voor een nieuwe knie of heup. Deze oudere cliënten hebben behoefte aan een multidisciplinaire revalidatiebehandeling die aan hun individuele herstelmogelijkheden en trainingstempo is aangepast en rekening houdt met eventuele andere aandoeningen (complexe multimorbiditeit). Doel is om hen te helpen terugkeren naar de thuissituatie en maatschappelijk te blijven deelnemen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van deskundigen op het gebied van geriatrische revalidatie onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.