



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, multidisciplinaire revalidatie, indicatie

Zaaknummer : 201600675

Zittingsdatum : 14 september 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.12 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

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

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Basis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandarts is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een revalidatietraject bij Stichting RevaVisie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 17 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 9 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij e-mailbericht van 18 april 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 juni 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 25 juni 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 september 2016 telefonisch medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 20 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 18 juli 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016079327) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen (verzekerings)indicatie had voor revalidatie. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 23 augustus 2016 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 september 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.9. Bij brief van 15 september 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de voorgedragen pleitnota gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en voorgedragen pleitnota aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 21 september 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de voorgedragen pleitnota geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend revalidatiearts heeft ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: “(...) *Anamnese Klachten ontstaan in sept. 2012 na, retrospectief, tekenbeet. Voor die tijd normaal functionerend, meer dan gemiddeld in eigen bedrijven, sporten, a.d.l. Diverse onderzoeken gehad waarbij na 9 maanden (mei 2013) ziekte van Lyme is geconstateerd. Gestart met AB. Geen baat. 2 maal AB gehad. TSZ: internist: meerdere medicijnen zonder baat. Doorverwezen naar radboud UMC collega (...): diverse med: geen baat. Fysiotherapie gedurende 1 jaar, 2x/week zonder duidelijk resultaat. Wandelen en fietsen en op eigen initiatief gestopt i.v.m. uitblijven resultaat. Provocatie klachten: niet op te wekken. Veel bewegen provoceert klachten gewrichten, handen, knieën en schouders. Na feestje bijvoorbeeld twee dagen herstel nodig. Reductie klachten: geen factoren van invloed. Warmte werkt positief. (infra rood). Echter zeer tijdelijk. Beperkingen door de klachten in: ontstaan van een bank. Nevenklachten: rechterhand tintelingen iedere ochtend dig. 3-4-5. (...) Revalidatiediagnose (...) 46-jarige vrouw met chronische klachten van schouders, knieën en handen, waarbij tevens deconditionering en vermoeidheidsklachten bij in 2012 gediagnosticeerd ziekte van Lyme, waarbij psychosociale factoren als acceptatieproblematiek en moeite om grenzen te hanteren, somatiseren en disstress een beïnvloedende rol in de klachten lijken te spelen. Bij lichamelijk onderzoek valt op dit moment m.n. de beperking in de schoudergordel functie op (scapulothoracale dyskinesie). De knieklachten zijn te duiden als PF pijnklachten. Patiënt wil begeleid worden [bij] het verbeteren van haar conditie, vermoeidheid en mobiliteit van meerdere gewrichten totdat zij weer actiever kan zijn en minder vermoeid is, langer de dag kan voortzetten en ADL activiteiten zonder beperking kan uitvoeren. Op basis van bovenstaande is een indicatie voor een periode van multidisciplinaire revalidatie behandeling. Patiënt kreeg informatie over de behandel mogelijkheden en -doelen van onze praktijk. (...)*”.
- 4.2. Verzoekster is van mening dat haar behandeling onder de dekking van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering valt. De geboden zorg was efficiënt, effectief en had zeker niet op een andere (goedkopere) manier tot het zelfde goede resultaat geleid. De huisarts en de revalidatiearts hebben besloten dat een revalidatietraject de juiste zorg was voor verzoekster. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens geoordeeld dat verzoekster niet

op deze zorg was aangewezen. Verzoekster is er niet mee bekend wie deze arts is, en vraagt zich af hoe de arts een oordeel kan hebben over haar situatie zonder haar te hebben gezien.

De revalidatie heeft bestaan uit diverse behandelingen, waaronder gesprekken met een psycholoog. Deze gesprekken hebben verzoekster goed gedaan. Zij heeft door de diverse oefeningen kunnen ontspannen, waardoor haar situatie is verbeterd. Voorheen heeft verzoekster veel zorg gehad, die haar echter niet heeft geholpen.

Verder merkt verzoekster op dat de ziektekostenverzekeraar haar niet erop heeft gewezen dat zij vooraf een machtiging had moeten aanvragen.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar probeert verzoekster zo ver te krijgen dat zij een procesvolmacht tekent, zodat hij in rechte kan optreden tegen Stichting RevaVisie. Verzoekster weigert de procesvolmacht echter te ondertekenen, omdat zij van mening is dat de ziektekostenverzekeraar de kosten ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering dient te vergoeden.

- 4.4. Ter zitting is door verzoekster betoogd dat multidisciplinaire revalidatie verzekerde zorg is en dat zij hiervoor ook een (verzekerings)indicatie had. Immers op basis van de indicatiecriteria voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie werd een indicatie gesteld voor doelgerichte revalidatiezorg die reeds is toegepast met zeer positieve resultaten. Bovendien zal het niet volgen van het revalidatietraject leiden tot hogere kosten in de toekomst.

- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar ontving op 23 september 2015 van de Stichting RevaVisie een nota voor een multidisciplinair revalidatietraject ten behoeve van verzoekster, met een totaalbedrag van € 6.738,73 voor de periode van 19 mei 2015 tot en met 15 september 2015. De kosten zijn gedeclareerd met het DBC-zorgproduct 990027194 met als omschrijving: *"Multidisciplinaire behandeling bij/na chronische pijn of een psychische stoornis (49 tot maximaal 130 uren) (op de polikliniek of tot maximaal 14 verpleegligdagen) bij revalidatie"*. Uit de nota volgt dat verzoekster vanuit de domeinen fysiotherapie, psychologie, ergotherapie en diëtiëk is begeleid. Zij heeft viermaal begeleiding van de revalidatiearts gehad.

De ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding van de ontvangen nota aanvullende informatie bij verzoekster opgevraagd, waaruit is gebleken dat zij last heeft van vermoeidheid en chronische klachten aan haar schouders, knieën en handen. Hierbij spelen psychosociale zaken, zoals acceptatieproblematiek, een rol. Het in het behandelplan opgenomen doel is de vermoeidheid te verminderen en de belastbaarheid en conditie te verbeteren. Uit de evaluatie blijkt dat de revalidatie op deze punten is geslaagd. Ook waren de pijnklachten aan de knieën verminderd, waarbij verzoekster weer is gaan sporten en langer kan lopen dan voorheen.

De revalidatiearts heeft toegelicht dat verzoekster één jaar lang, tweemaal per week, intensieve fysiotherapie heeft gehad. In zijn administratie ziet de ziektekostenverzekeraar terug dat verzoekster vanaf 2010 bijna elk jaar fysiotherapie heeft gehad.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar kan revalidatiezorg ten laste van de zorgverzekering vergoeden als sprake is van een handicap die het gevolg is van:
- a. stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
 - b. een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag.
- Door de revalidatie kan de verzekerde een bepaalde mate van zelfstandigheid bereiken of behouden die in relatie tot zijn of haar beperkingen mogelijk is.
- Een multidisciplinair team voert de zorg uit onder leiding van een medisch specialist of revalidatiearts. Het gaat dan om onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Revalidatiezorg kan alleen worden vergoed indien de verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 5.3. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het dossier van verzoekster beoordeeld, en heeft opgemerkt dat uit de verwijzing van de internist niet blijkt waarom een noodzaak bestaat voor multidisciplinaire revalidatie. Het gaat met name om de behandeling van vermoeidheidsklachten en daarnaast om behandeling van chronische klachten aan de schouders, knieën (lichte patellofemorale klachten) en handen. Naast de ziekte van Lyme is de ziektekostenverzekeraar niet bekend met een andere medische indicatie van verzoekster. Uit het dossier volgt niet dat en waarom er niet eerst een intensieve en enkelvoudige fysiotherapeutische behandeling is geweest. Deze fysiotherapeutische behandeling had eventueel kunnen worden aangevuld met enkele losse gesprekken met een psycholoog. Verzoekster is enkel in de periode van april tot en met juni 2011 intensief behandeld met fysiotherapie. Dit is echter niet recent en heeft geen betrekking op de klachten van verzoekster van 2012 en later. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is tot de conclusie gekomen dat verzoekster niet was aangewezen op multidisciplinaire revalidatie.
- 5.4. De revalidatiearts heeft de kosten van de behandelingen met één DBC-zorgproduct gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van deze DBC afgewezen. De behandelingen kunnen niet los worden gezien en als zodanig worden vergoed ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.5. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft de zorgaanbieder bij verzoekster de indruk gewekt dat zij voor deze zorg niet zelf zou hoeven te betalen. Het is dan niet juist dat de zorgaanbieder de nota achteraf bij verzoekster indient. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster geadviseerd de nota niet aan de zorgaanbieder te voldoen. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster gevraagd om een procesvolmacht. De ziektekostenverzekeraar kan op basis hiervan namens verzoekster een juridische procedure beginnen tegen Stichting RevaVisie, en zal de kosten van deze procedure dragen. Indien de ziektekostenverzekeraar door de rechter niet in het gelijk wordt gesteld, zal de ziektekostenverzekeraar de onderhavige nota's aan verzoekster vergoeden. Verzoekster is met dit aanbod evenwel niet akkoord gegaan, en heeft de procesvolmacht niet ondertekend.
- 5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere standpunten herhaald.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving
- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders.

De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.26. van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B.4.6. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op revalidatiezorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Zorg: waar hebt u recht op?"

Revalidatie omvat de zorg die voor u de beste methode is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Deze zorg omvat:

- opname: het gaat hier om revalidatie waarvoor u meerdere dagen opgenomen wordt. Deze meerdaagse opname vindt plaats als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname;*
- deeltijd- of dagbehandeling: het gaat hier om revalidatie zonder opname. (...)*

Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om een handicap die het gevolg is van:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;*
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag.*

Door de revalidatie kunt u een bepaalde mate van zelfstandigheid bereiken of behouden die in relatie tot uw beperkingen mogelijk is.

Zorgverlener

Een team van verschillende soorten deskundigen (multidisciplinair team) voert de zorg uit onder leiding van een medisch specialist of revalidatiearts.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant of sportarts. (...)

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor revalidatie."

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

"(...) In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen: (...)

- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. (...)"*

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

- 8.6. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Medisch-specialistische zorg, waaronder revalidatie, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Verblijf is geregeld in artikel 2.12 Bzv.
Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

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

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. In geschil is de vergoeding van revalidatiezorg, verleend door Stichting RevaVisie. De zorgverzekering biedt, gelet op het bepaalde in artikel B.4.6., dekking voor revalidatiezorg indien een handicap bestaat die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen dan wel een aandoening van het centrale zenuwstelsel, die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag. Verder is vereist dat met de revalidatie een bepaalde mate van zelfstandigheid kan worden bereikt of behouden die in relatie tot de beperkingen van de verzekerde mogelijk is.
Uit de stukken blijkt dat verzoekster is gediagnosticeerd met de ziekte van Lyme, en dat zij vermoeidheidsklachten had, evenals klachten aan haar schouders, knieën en handen. Dit betreft, mede gelet op het advies van het Zorginstituut van 18 juli 2016, geen indicatie voor revalidatiezorg als bedoeld in de zorgverzekering. zodat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de onderhavige kosten.
- 9.2. De kosten van de genoten zorg zijn door de zorgaanbieder gedeclareerd door middel van een DBC-zorgproduct, dat alle verleende zorg omvat. Om die reden kunnen de verschillende onderdelen van de betreffende DBC - met name fysiotherapie, psychologie, ergotherapie en diëtik - thans niet meer als losse behandelingen worden gedeclareerd en vergoed. Verzoekster heeft dan ook geen aanspraak op (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van deze zorg, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster aangeboden voor zijn rekening een juridische procedure te beginnen tegen de zorgaanbieder, en heeft verzoekster in dat verband verzocht een procesvolmacht te ondertekenen. Indien de ziektekostenverzekeraar in het ongelijk wordt gesteld door de rechter, heeft hij verzoekster aangeboden de nota alsnog - coulancehalve - volledig te vergoeden. Verzoekster heeft dit aanbod echter verworpen, zodat de commissie dit punt verder laat rusten.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor revalidatiezorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 september 2016,

H.A.J. Kroon