



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, medisch specialistische revalidatie, indicatie, niet-gecontracteerde
zorgaanbieder

Zaaknummer : 201602661

Zittingsdatum : 10 mei 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

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

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A., en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide 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 CZ 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 50+ afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandarts is niet in geschil en blijft om deze reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op poliklinische interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (IMSR) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 26 augustus 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 4 en 24 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 26 november 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 2 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 maart 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 21 maart 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 maart 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 17 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 20 april 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017012978) 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 indicatie heeft voor interdisciplinaire poliklinische medisch specialistische revalidatie.
- Het Zorginstituut heeft zijn advies als volgt toegelicht: *"Verzoekster heeft op 30 april 2016 een myocardinfarct gehad waarvoor zij cardiologisch behandeld is door middel van onder meer een dotterbehandeling en medicatie. Verzoekster heeft last van inspanningsangst (kinesiofobie) en beginnende gonartrose. Op 17 juni 2016 is verzoekster door verwezen voor revalidatiegeneeskunde in verband met 'hoogcomplexere zorg'. Op 14 augustus 2016 wordt namens verzoekster door het ZBC st. Revalidatiegeneeskunde Nederland een aanvraag gedaan voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatiezorg.*
- (...)
- Volgens de multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie uit 2011 heeft verzoekster op grond van het myocardinfarct een absolute indicatie voor hartrevalidatie. Volgens de richtlijn zijn de onderdelen van een behandelprogramma voor hartrevalidatie:*
- *Evalueren van fysiek, psychisch en sociaal functioneren (indicatiestelling)*
 - *Educatie/voorlichting*
 - *Fysieke training*
- De fysieke doelen zijn:*
- o *leren kennen van fysieke grenzen*
 - o *leren omgaan met fysieke beperkingen*
 - o *optimaliseren van het inspanningsvermogen*
 - o *overwinnen angst voor inspanning*
 - o *ontwikkelen en onderhouden van een actieve leefstijl*
- *Interventies gericht op het verbeteren van psychisch functioneren*
- De psychische doelen zijn:*
- o *herwinnen emotioneel evenwicht*
 - o *op een functionele manier leren omgaan met de hartziekte*
 - o *overwinnen angst voor inspanning*
- *Interventies gericht op het verbeteren van sociaal functioneren*
- De sociale doelen zijn:*
- o *herwinnen emotioneel evenwicht in relatie/gezin/sociale omgeving en werk*
 - o *optimale hervatting van rol binnen relatie, gezin, sociale omgeving en/of werk*
 - o *optimale hervatting van vrijetijdsbesteding*
- *Interventies gericht op het beïnvloeden van risicogedrag en/of risicofactoren*
- Wat betreft contra-indicaties vermeldt de richtlijn het volgende:*
- *Instabiele medische fase*
 - *Onvoldoende motivatie voor hartrevalidatie/onmogelijkheid te overtuigen van belang*
 - *Contra-indicaties voor interventies gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl*
 - *ernstige psychopathologie vóór het cardiale incident*
 - *ernstige geobjectiverde cognitieve stoornissen (geheugen/aandacht/concentratie)*
 - *ernstige emotionele instabiliteit of ernstig bagatelliseren van emoties.*
- Wanneer de behandelaar vermoedt dat er belemmeringen zijn voor een succesvolle interventie gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl, dient in overleg met de patiënt een individuele behandeling of gespecialiseerde revalidatiezorg overwogen te worden. Dit kan onder andere het*

geval zijn bij de bovengenoemde contra-indicaties. Bij vermoeden van ernstige psychopathologie wordt aangeraden een psychiater om een oordeel te vragen.

Wat betreft de zwaarte van het hartrevalidatieprogramma vermeldt de praktijkrichtlijn van de NVVC als indicatie voor level II hartrevalidatie, dat het om 'complexe patiënten' dient te gaan, te weten patiënten met één of meer van de volgende kenmerken:

- Psychische en/of cognitieve stoornissen
- Chronische stabiele angina pectoris of stille ischaemie
- NYHA klasse III
- Hartfalen (linker ventrikel ejectiefractie < 40%)
- Ernstige hartritmestoornissen
- Significant hartkleplijden
- Congenitale hartaandoeningen
- Status na ICD implantatie
- Status na harttransplantatie
- Comorbiditeit die het inspanningsvermogen nadelig beïnvloedt (bijv. COPD, diabetes mellitus, locomotore aandoeningen, claudicatio).

Conform deze indicatiecriteria heeft verzoekster een indicatie voor level II hartrevalidatie, op grond van de psychische en/of cognitieve stoornissen, in deze casus vooral bestaande uit kinesiofobie (omschreven invaliderende angst) en behoefte aan 'uitermate veel uitleg', naast de co-morbiditeit die (potentieel) het inspanningsvermogen nadelig kan beïnvloeden, in de vorm van de locomotore aandoening artrose van de knieën.

Uit de informatie in het dossier blijkt niet dat verzoekster aangewezen zou zijn op IMSR. Er wordt wel als contra-indicatie benoemd dat er bij verzoekster sprake is van herstelbelemmerende inspanningsangst en een discrepantie tussen de objectieve cardiale problematiek en de ernst van de beperkingen. Echter vallen deze kenmerken onder de psychische en/of cognitieve stoornissen die onderdeel uit kunnen maken van de indicatie voor level II hartrevalidatie. Het 'overwinnen van angst voor inspanning' is zelfs één van de expliciete behandeldoelen zowel op fysiek als op psychologisch gebied.

Een behandelend cardioloog heeft op 13 december 2016 een nadere verklaring gegeven van de verwijzing, waarin staat dat verzoekster een IMSR behandeltraject zou doorlopen omdat een hartrevalidatietraject onder supervisie van een cardioloog niet van toepassing zou zijn.

De medisch adviseur merkt over de aangedragen argumenten het volgende op. De hartproblematiek is in deze casus primair, de secundaire gevolgen kunnen immers niet opeens primair worden. Deze zijn ontstaan als gevolg van de hartproblematiek en zonder het opgetreden myocardinfarct zou deze problematiek niet zijn ontstaan. Wellicht staan de gevolgen op psychisch en cognitief terrein in de latere fase meer op de voorgrond dan het (behandelde) hartprobleem, maar de gevolgen zijn nog steeds secundair daaraan. Er is niet gebleken dat er sprake is van meervoudige complexe problematiek. De inspanningsangst en behoefte aan uitleg zijn secundair aan het hartprobleem, evenals de gevolgen voor het sociaal functioneren. De aangegeven gonartrose is niet complex, immers er is sprake van een beginnend stadium. De knieklachten vallen onder de comorbiditeit 'locomotore aandoeningen', die het inspanningsvermogen nadelig kunnen beïnvloeden en mede aanleiding kunnen zijn voor het indiceren van level II hartrevalidatie in plaats van level I. De problematiek met betrekking tot (toekomstige) maatschappelijke participatie of re-integratie is niet onderbouwd, noch is onderbouwd waarom deze niet binnen het level II hartrevalidatietraject zou kunnen worden aangepakt. Immers het herwinnen van het emotioneel evenwicht in relatie/gezin/ sociale omgeving en werk en optimale hervatting van de rol binnen relatie, gezin, sociale omgeving, werk en/of vrijetijdsbesteding zijn expliciete doelen van de hartrevalidatie.

Het 'overwinnen van angst voor inspanning' is één van de expliciete behandeldoelen van de hartrevalidatie, zowel op fysiek als op psychologisch gebied. Niet duidelijk is waarom dat in deze casus niet zou gelden.

Ook de argumenten in de verklaring van de revalidatiearts d.d. 23 december 2016 gaan niet op. De medisch adviseur merkt hier over op dat de genoemde stoornissen en beperkingen expliciet in de behandeldoelen van de hartrevalidatie worden benoemd; ze zijn hier aangegeven als indicatie voor IMSR, echter er is niet aangegeven waarom de aanpak van deze fysieke, psychische en sociale problemen niet binnen een hartrevalidatietraject zou kunnen plaatsvinden.

De medisch adviseur concludeert op basis van de beschikbare informatie dat verzoekster geen indicatie heeft voor IMSR. Er kon een meer doelmatige behandeling, namelijk level II hartrevalidatie,

aangeboden worden. Niet is aangetoond dat level II hartrevalidatie onvoldoende effectief zou zijn geweest."

Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 21 april 2017 aan partijen gezonden.

3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 mei 2017 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.

3.9. Verzoekster heeft bij brief van 12 mei 2017, zoals ter zitting is afgesproken, aan de commissie het behandeldossier van de fysiotherapeut gezonden. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij deze in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 23 mei 2017 gereageerd op de nagekomen stukken. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan verzoekster gezonden.

3.10. Bij brief van 24 mei 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting, de pleitnota en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 8 juni 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Het Zorginstituut merkt hierbij op dat ter zitting is aangevoerd dat verzoekster voorafgaand aan de aanvraag een behandeling heeft ondergaan conform de uitgangspunten van hartrevalidatie level II. Hierover zijn na de hoorzitting behandelverslagen overgelegd. Uit de aanvullende stukken blijkt volgens het Zorginstituut niet dat ten tijde van de aanvraag een indicatie bestond voor (I)MSR. Het is onduidelijk waarom de ingezette behandeling niet is voortgezet, en waarom van hartrevalidatie onvoldoende effecten waren te verwachten. Het Zorginstituut merkt op dat dit thans niet meer is vast te stellen, omdat verzoekster heeft verklaard inmiddels een (I)MSR-traject te hebben doorlopen. Een afschrift van dit advies is op 12 juni 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft op 20 juni 2017 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. De Stichting Revalidatiegeneeskunde Nederland (hierna: SRN) heeft op 14 augustus 2016 ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend voor IMSR. De aanvraag wordt als volgt onderbouwd: *"st. na MIF 300416; houdt invaliderende angst, 'van de voeten geslagen' door cardiaal event, wat volledig onverwacht kwam. Cardiaal uitbehandeld; habituele overbelast[st]er omdat zij ook zorgt voor haar man na zijn cardiale problematiek, wat kennelijk invaliderend is. Heeft uitermate veel uitleg nodig. Ook beginnende polyarthrose; m.n. knieklachten. Meervoudig complexe, onderling samenhangende en herstel belemmerende, problematiek. Gevolgklachten zijn primair, aandoening zelf niet."*

Naast de anamnese wordt het volgende vermeld:

"Stepped care: Eerdere langdurige 1e lijn FT en inzet psychologie gaven onvoldoende effect in bovenstaand toestandbeeld evenals verdere inzet cardiologie en medicatie. I.o.m. verwijzer daarom deze aanvraag voor IMSR.

Een interdisciplinair holistische benadering wordt door verwijzer en hoofdbehandelaar gezien als de enige kansrijke en daarom doelmatige en dus geïndiceerde interventie.

(...)

Behandeldoelen en geschatte -duur.

Korte termijn (ca. vier weken): Belastingen/belastbaarheid is inzichtelijk, evenals fysieke trainbaarheid, wijze van omgang met st na cardiovasculair incident.

Middellange termijn (ca. acht weken méér): Belastingen/belastbaarheid zijn geoptimaliseerd, fysieke belastbaarheid is verbeterd, sec-, preventieve maatregelen t.a.v. cardiovasculair risicomanagement zijn toepasbaar.

We streven binnen 5 maanden na start traject naar een klinisch relevante verbetering in score (> 10 punten per domein) op alle RAND 36 domeinen en de KVL-H op het fysieke, sociale en emotionele domein.

Langere termijn (ca. zes maanden méér): Bovenstaande doelen zijn toepasbaar in eigen beheer **Behandelplan: IMSR o.l.v. revalidatiearts** en in een revalidatieteam met de volgende disciplines: fysiotherapie, ergotherapie, psychologie, maatschappelijk werk, cesartherapie en diëtetiek: (...)" De aanvraag is ondertekend door de revalidatiearts.

- 4.2. Volgens verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag op verkeerde gronden afgewezen. In de aanvraag staat duidelijk dat zij last heeft van 'invaliderende angst' en 'bewegingsangst', en dat verzoekster cardiaal is uitbehandeld. Voorts is vermeld: "*Durft nauwelijks activiteiten te ondernemen omwille van angst en onzekerheid over eigen lichaam*". Hieruit blijkt dat sprake is van inspanningsangst en een discrepantie tussen de objectieve cardiale problematiek en de ernst van de beperkingen bij een hartgerelateerde casus. Hieruit volgt volgens verzoekster dat zij een indicatie heeft voor een IMSR-harttraject volgens het rapport van het Zorginstituut uit 2015, de NVVC/MRH richtlijnen en die van de ziektekostenverzekeraar zelf (volgens het e-mailbericht van 2 september 2016 van de medisch adviseur aan de revalidatiearts). De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft namelijk op 2 september 2016 per e-mail aan de revalidatiearts gemeld dat onder cardiologen consensus bestaat over IMSR in plaats van cardiologische revalidatie onder leiding van een cardioloog, indien bij hartgerelateerde casus sprake is van bijvoorbeeld ernstige psychische stoornissen waardoor patiënten zich niet of onvoldoende durven inspannen, of complexe problematiek met betrekking tot (toekomstige) maatschappelijke participatie en/of re-integratie die vraagt om een intensieve individuele en interdisciplinaire aanpak. Bij verzoekster is de laatstgenoemde situatie van toepassing. Het voorstel van de medisch adviseur voor cardiologische revalidatie onder leiding van een cardioloog is niet reëel, omdat het cardiologisch deel van de aandoening niet meer primair is en zelfs is uitbehandeld. Daarnaast wordt geen hartrevalidatie volgens de NVVC richtlijnen aangeboden in de omgeving van de woonplaats van verzoekster. SRN daarentegen is vlakbij haar woonplaats gevestigd.
- 4.3. Door de aanvraag af te wijzen, komt de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht jegens verzoekster en SRN niet na. Verzoekster meent op grond van haar indicatie recht te hebben op de aangevraagde IMSR, die zij bij iedere gecontracteerde zorgaanbieder zonder problemen zou kunnen krijgen. Omdat SRN niet is gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar is de aanvraag evenwel afgewezen. Verzoekster ervaart dit als een vorm van discriminatie van niet-gecontracteerde versus gecontracteerde zorgaanbieders waardoor het recht op vrije artskeuze wordt geschonden. Bovendien heeft zij van SRN vernomen dat andere zorgverzekeraars minder kritisch zijn bij de indicatiestellingen dan de ziektekostenverzekeraar. Als verzoekster niet bij de ziektekostenverzekeraar zou zijn verzekerd, zou de aanvraag dus wél zijn goedgekeurd. Daarnaast wordt verzoekster gediscrimineerd ten opzichte van andere verzekerden van de ziektekostenverzekeraar, omdat die met dezelfde soort indicatie als verzoekster wél een IMSR-traject mochten volgen bij SRN. De criteria die de ziektekostenverzekeraar hanteert bij de beoordeling van een aanvraag voor IMSR zijn derhalve niet eenduidig.
- 4.4. De afwijzing van de aanvraag is onzorgvuldig. De behandelaars, die verzoekster kennen en hebben onderzocht, zijn van oordeel dat zij een indicatie heeft voor IMSR. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft alleen het dossier van verzoekster bekeken. Verzoekster is van mening dat een dergelijke specifieke situatie niet op papier kan worden beoordeeld, maar dat hiervoor contact met de patiënt moet plaatsvinden. Bij twijfel had in ieder geval contact met de behandelend arts moeten worden gezocht.
- 4.5. Doordat de aanvraag is afgewezen, heeft verzoekster niet kunnen starten met IMSR. Hierdoor is zij tot op heden aangewezen op eerstelijnszorg. Eerder heeft zij hier geen baat bij gehad. Volgens de deskundigen zullen haar klachten hierdoor niet verbeteren, maar waarschijnlijk juist verergeren. Haar functioneren in fysiek, maatschappelijk, sociaal en psychisch opzicht is nu beperkt en de ziektekostenverzekeraar onzegt haar de mogelijkheid hier iets aan te doen.

- 4.6. SRN biedt sinds april 2016 - met medeweten van de ziektekostenverzekeraar - ook erkende hartrevalidatie (NVVC/MRH-model) aan onder de verantwoordelijkheid van een cardioloog. SRN voldoet tevens aan de praktischeisen voor hartrevalidatie. Dit is bekend bij de cardiologen en bij de ziektekostenverzekeraar. Indien de cardiologen verwijzen naar NVVC/MRH hartrevalidatie dan wordt hiervoor een ander formulier gebruikt dan voor de verwijzing naar IMSR. Daarnaast heeft SRN de cardiologen gevraagd in de tekst van de verwijzing ook duidelijk te zijn of verwezen wordt naar IMSR of NVVC/MRH hartrevalidatie. De cardiologen gebruiken het liefst de term 'hoog complexe zorg' om de "IMSR bedoeling van de op IMSR format" geschreven verwijzing nog duidelijker te maken.
- 4.7. Verzoekster verwijst naar het rapport van het Zorginstituut van juni 2015 ter zake van medisch specialistische revalidatie. Op pagina 35 van dit rapport is het volgende vermeld: "De NZa acht een aantal van deze factoren multi-interpretabel en vraagt of deze ook meetbaar kunnen worden gemaakt. Ook ZN vindt deze factoren niet transparant. Dit maakt het voor zorgverzekeraars niet mogelijk om te toetsen of een medisch specialistische revalidatiebehandeling passend wordt verstrekt." En toch doet de ziektekostenverzekeraar dit, terwijl hij volgens verzoekster niet anders zou mogen/kunnen doen dan uitgaan van het professionele oordeel van de cardioloog en de revalidatiearts.
- 4.8. De behandelend cardioloog heeft op 13 december 2016 het volgende verklaard: "Hierbij verklaar ik, Mw. Dr. P.S. Monraats, cardioloog ADRZ, dat [verzoekster], BSN [nummer] en geboren [geboortedatum] op 17-06-2016 door collega cardioloog A. Aliyari is doorverwezen naar collega A.C. Hagedoorn, revalidatiearts bij Stichting Revalidatiegeneeskunde Nederland (ook wel Revalidatiegeneeskunde Van Loo & Veerhoek genoemd), met de intentie dat [verzoekster] een interdisciplinair medisch-specialistisch revalidatietraject (IMSR) zou gaan doorlopen onder leiding van de revalidatiearts.
Redenen waarom een NVVC/MRH hartrevalidatietraject onder leiding van een cardioloog niet van toepassing is voor [verzoekster] en een IMSR traject onder leiding van de revalidatiearts daarentegen wel:
- De hartproblematiek zelf is niet primair, maar secundair aan de gevolgen ervan. Dit zorgt voor een IMSR indicatie. Bij NVVC/MRH hartrevalidatie is het hartprobleem primair.
- Er is sprake van meervoudig complexe, onderling samenhangende en herstel belemmerende, problematiek waarbij fysieke aspecten op de voorgrond staan. Dit is een indicatie voor IMSR. Dit is geen indicatie voor NVVC/MRH hartrevalidatie. Bij NVVC/MRH hartrevalidatie is er sprake van 'niet-complexe', 'complexe' of 'meervoudige' problematiek.
- Er is complexe problematiek m.b.t. (toekomstige) maatschappelijke participatie en/of reïntegratie die bij deze specifieke casus vraagt om een intensieve individuele en interdisciplinaire MSR aanpak.
- Er is tevens sprake van herstel belemmerende inspanningsangst en een discrepantie tussen de objectieve cardiale problematiek en de ernst van de beperkingen welke in deze specifieke casus zorgt voor een indicatie IMSR i.p.v. een NVVC/MRH hartrevalidatie indicatie.
Mijn conclusie: het voorstellen van cardiologische revalidatie (NVVC/MRH model) o.l.v. een cardioloog is m.i. om vele hierboven genoemde redenen geen reëel voorstel en komt niet overeen met de regels en richtlijnen van NVVC/MRH hartrevalidatie. Een IMSR revalidatietraject o.l.v. een revalidatiearts is echter wel geïndiceerd om dezelfde, hierboven genoemde, redenen."
- 4.9. De revalidatiearts heeft op 23 december 2016 het volgende verklaard:
"Korte samenvatting problematiek
Status na volslagen acuut myocardinfarct en dotterbehandeling (30/04/2016); nadien voortdurende en invaliderende cardiofobie. Uitgesproken (en interdisciplinaire revalidatie behoevende) problematiek in aandachtsgebieden somatisch/fysiek (lage algemene- en cardiopulmonaire belastbaarheid, bewegingsangst, sec onderbelasting; daarnaast beperkende polyarthrose waarbij te weinig bewegen klachtenverhogend uitwerkt), ADL (dagdagelijkse taken in- en rond de woning, ondersteuning voor medisch beperkte echtgenoot), sociaal (participatie, binnen gezin en breder sociaal staat "stil") en psychologisch (herbelevingen; cardiofobie, ademhaling/ontspanning).

Door Ziektekostenverzekeraar aangegeven reden voor afwijzing vergoeding van revalidatiedagbehandeling: bij eerste afwijzing: "primair cardiologische problematiek, beter/veiliger onder leiding van cardioloog"; bij tweede afwijzing: "aanvragend centrum heeft geen erkende cardiorevalidatie".

Relevante details van deze casus

Onderhavige problematiek is al lang niet meer primair cardiologisch (cardioloog verwijst naar ons voor interdisciplinaire aanpak; zelf heeft hij alleen nog routine controle afspraken met pat.e op middellange termijn) en de problematiek is vanaf eerste aanvraag duidelijk aangegeven als meervoudig complex door de in onderling verband chronisch invaliderende fysieke-, ADL-, sociale en psychische aspecten. Teleurstellend is ook dat in de 2e afwijzing geheel andere grond daarvoor aangedragen wordt, welke ook nog eens niet klopt: er wordt geen NVVC cardiorevalidatie aangevraagd maar IMSR en mits nodig biedt het aanvragend centrum wel cardiorevalidatie, wat bekend was bij CZ.

Conclusie, verzoek

In mijn medisch-specialistische visie betreft dit een volstrekt lege-artis geïndiceerde casus voor revalidatiegeneeskundige dagbehandeling; afwijzing van vergoeding lijkt mij dan ook gebaseerd op onterechte gronden. Wellicht ten overvloede wil ik hier gaarne nog vermelden dat deze en soortgelijke cases zonder enige twijfel door een andere Nederlandse revalidatiearts stellig op dezelfde wijze en gronden geïnccludeerd zou worden voor poliklinische interdisciplinaire revalidatiedagbehandeling."

- 4.10. Ten tijde van de aanvraag was de dichtstbijzijnde zorgaanbieder voor NVVC hartrevalidatie gevestigd op 35 km afstand van de woonplaats van verzoekster. Bovendien golden bij deze zorgaanbieder lange wachttijden van soms enkele maanden. Met medeweten van de ziektekostenverzekeraar heeft SRN zelf NVVC hartrevalidatie opgestart. Deze NVVC-opgeleide therapeuten (fysiotherapeut en psycholoog) hebben bij verzoekster het 'stepped care' programma uitgevoerd bij gebrek aan - op dat moment - erkende NVVC hartrevalidatie in de regio. Dit programma was dus "nog net niet officieel erkend" maar was in praktijk wel NVVC hartrevalidatie. Op 15 december 2016 heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar verklaard dat alle aanvragen voor IMSR ter zake van 'organen: gevolgen van cardiale aandoeningen' na een onvoldoende resultaten brengend NVVC hartrevalidatie programma automatisch worden goedgekeurd. De aanvraag van verzoekster is desalniettemin afgewezen, en wel omdat haar 'stepped care' officieel geen NVVC hartrevalidatie was.
- 4.11. Op papier lijken de verschillen tussen NVVC/MRH hartrevalidatie en IMSR erg klein. Verzoekster stelt echter: *"In de praktijk, verwijzend cardioloog en de geconsulteerde revalidatiearts, beiden samen met de patiënt, elk de eigen regels en richtlijnen hanterend conform de wetenschappelijke vastgestelde eisen van de 'Evidence Based Medicine' is het verschil tussen NVVC/MRH hartrevalidatie en IMSR revalidatiegeneeskunde voor hen als deskundigen ineens vrij simpel en levensgroot. Geen cardioloog en/of revalidatiearts zal hier in de indicatiestelling snel fout kunnen zitten."*
En: *"De medisch adviseurs van CZ handelen daarmee m.i. aantoonbaar niet op basis van Evidence Based Medicine waarop ze zich bij hun afwijzingen juist wel denken te baseren. Hun redenering in dezen is echter precies de redenering waar de grondlegger van de Evidence Based Medicine voor waarschuwde; dat regels en richtlijnen alleen te zwaar gewogen worden, maar alleen nooit leidend mogen zijn!"*
Het verschil tussen NVVC/MRH hartrevalidatie en IMSR blijkt ook uit de hiervoor geldende DOT's. Een NVVC/MRH DOT hartrevalidatie omvat maximaal een FIT fysieke training door een fysiotherapeut van minimaal zes maal één uur en PEP minimaal twee maal twee uur door een psycholoog/diëtiste/maatschappelijk werker/een motivational interviewing geschoold paramedicus. De ziektekostenverzekeraar vergoedt voor deze DOT € 1.932,72 voor minimaal 11 uur. Een IMSR DOT 0613 'organen: gevolgen van cardiale aandoeningen' zoals aangevraagd ten behoeve van verzoekster, heeft een bijbehorend tarief van € 10.510,73 voor minimaal 73 en maximaal 232 uur.
- 4.12. De ziektekostenverzekeraar kijkt bij de beoordeling van de Evidence Based Medicine (hierna: EBM) alleen naar de 'relevant scientific evidence' en laat de 'clinical judgment' en 'patient values and

preferences' buiten beschouwing. Hiermee worden zorgaanbieders en patiënten tekort gedaan. Volgens verzoekster ontstaat hierdoor een onwetenschappelijke interpretatie van de EBM zoals deze wereldwijd is aanvaard. Verzoekster vervolgt: *"Meestal wordt deze interpretatie volgens deze artikelen volkomen onterecht gehanteerd door 'cost cutters' vanuit politiek en verzekeraars die daarmee wellicht juist het tegenovergestelde van hun doel bereiken. Het is wellicht wel juist om deze uitermate ongewenste en bedreigende invloed van de onwetenschappelijke interpretatie (enkel gebaseerd op de cirkel 'regels en richtlijnen' en de cirkels van de behandelaar en de patiënt volledig buiten beschouwing latend) te voorkomen, dat in de MRH richtlijn pag 88 ook staat Het professionele oordeel (red: van de cardioloog) dient bij de indicatie en contra-indicatie leidend te zijn (red: t.a.v. NVVC/MRH hartrevalidatie) en dat in het rapport 'Indicatiestelling Medisch Specialistische Revalidatie 2016' op pag 6 staat 'Er is een indicatie voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (red: IMSR) indien de revalidatiearts heeft vastgesteld dat: etc'. En dat in het 'Algemeen beroepskader Revalidatiegeneeskunde 2016' staat op pag 5 punt 10 'De revalidatiearts stelt op basis van een door hem uitgevoerd onderzoek de indicatie voor nader al dan niet interdisciplinair onderzoek en voor een door hem zelf uit te voeren behandeling dan wel een interdisciplinaire behandeling'. En dat in art 2.1 Bz[v] staat "Het verklaart die zorg tot dat deel van het pakket, welke de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent (...) in welke mate beroepsbeoefenaren dergelijke hulp als een professioneel juiste handelwijze beschouwen. (...) Het is de beroepsbeoefenaar die vanuit zijn beroepsmatige verantwoordelijkheid in samenspraak met de patiënt de onderzoeks- of behandelingswijze bepaalt."*

4.13. Verzoekster stelt dat op grond van artikel 2.1 Bzv de beroepsgroep bepaalt of iets tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden behoort. Dit geldt ook voor zorg die revalidatieartsen plegen te bieden. De ziektekostenverzekeraar is derhalve niet bevoegd hierover nadere voorwaarden te stellen, zoals bij welke indicatie aanspraak bestaat op een behandeling.

4.14. Verzoekster verwijst naar een uitspraak van de voorzieningenrechter van de Rechtbank Zeeland/West Brabant van 4 januari 2017 (ECLI:NL:RBZWB:2017:12). Verzoekster concludeert op basis van deze uitspraak dat het oordeel van de behandelend arts het uitgangspunt moet zijn voor de ziektekostenverzekeraar. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar in het geval van verzoekster niet gedaan. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen zonder enig overleg met de behandelend arts. Bovendien stuurt de ziektekostenverzekeraar de afwijzing direct aan de patiënt met een kopie aan de zorgaanbieder. Als er eventuele aanvullende vragen zijn, worden deze alleen aan de patiënt gestuurd, waardoor de behandelend arts deze - als de patiënt niet alert is - niet te zien krijgt. Verzoekster zou het daarom op prijs stellen als de commissie de ziektekostenverzekeraar ook hiervoor "op de vingers tikt". Verzoekster vindt namelijk dat deze manier van handelen laakbaar is, en dat hiermee een administratieve vertragingstactiek c.q. ontmoedigingsbeleid wordt gevoerd. Voorts heeft de rechter bepaald dat alleen van het oordeel van de revalidatiearts mag worden afgeweken indien deze evident niet handelt overeenkomstig de normen die binnen de beroepsgroep gelden voor de indicatiestelling. Verzoekster vraagt de commissie op dit punt een duidelijke uitspraak te doen, in het belang van alle (toekomstige) patiënten en zorgaanbieders die met deze akkoordverklaringsprocedures te maken hebben, zodat voor haar en andere patiënten/zorgaanbieders in de toekomst deze afwijsp Problemen tot het verleden zullen gaan behoren. Voorts verzoekt zij de commissie om *"aan de uitspraak van de voorzieningsrechter een algemeen geldende toevoeging op te stellen zodat dit (bewust?) verkeerd interpreteren van richtlijnen en regels en vervolgens enkel deze (verkeerd geïnterpreteerde) regels en richtlijnen (i p v de mening van de IMSR indicierend arts op basis van de 3 cirkels van Sackett et al) heilig verklaren bij beoordelingen tot het verleden behoort."*

Verder gaat de rechter ervan uit dat de revalidatiearts reeds heeft onderzocht of de 'stepped care' is toegepast. De ziektekostenverzekeraar stelt echter verplicht dat eerst het NVVC-traject wordt doorlopen voordat de IMSR wordt goedgekeurd. Verzoekster vraagt de commissie om een eind te maken aan deze verplichte eis van 'stepped care'.

Volgens verzoekster wijst de ziektekostenverzekeraar stelselmatig aanvragen voor de onderhavige zorg bij SRN af. Om dit te bewijzen zal SRN de overige 48 zaken ook voor bindend advies voorleggen aan de commissie.

4.15. Verzoekster stelt dat de polisvoorwaarden niet volledig transparant zijn ten aanzien van de onderhavige aanvraagprocedure, de eisen waaraan een aanvraag moet voldoen, en *"goedkeurings- dan wel afkeuringsbeleid in dezen"*. De ziektekostenverzekeraar past voornoemd beleid steeds aan, ook gedurende het kalenderjaar. Hierdoor ontstaat willekeur bij de beoordelingen alsmede onzekerheid bij de aanvragende zorgaanbieders en verzekerden.

4.16. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat bij haar het "meest opgetuigde" programma is uitgevoerd, vergelijkbaar met level II hartrevalidatie, maar omdat op dat moment nog geen cardioloog als verantwoordelijke was aangesteld, is dit door de zorgaanbieder gedeclareerd als eerstelijns zorg. Daarnaast gevraagd, licht verzoekster toe dat deze behandeling bestond uit zes weken fysiotherapie en begeleiding door een psycholoog. Deze behandeling was niet succesvol. Inmiddels heeft zij IMSR gevolgd, en deze behandeling is wél succesvol geweest. Verzoekster benadrukt dat zij cardiologisch was uitbehandeld, en dat zij daarom was aangewezen op IMSR. Bij verzoekster was destijds een contra-indicatie aanwezig voor de door de ziektekostenverzekeraar aangedragen behandeling, omdat zij vlak bij haar woonplaats behandeld wilde worden en hiervoor dus niet naar Goes wilde reizen. Verzoekster zegt desgevraagd toe het dossier van de behandeling voorafgaand aan de aanvraag voor IMSR over te zullen leggen.

4.17. Verzoekster heeft bij brief van 12 mei 2017, zoals ter zitting was afgesproken, aan de commissie het behandeldossier van de fysiotherapeut gezonden. Verzoekster stelt, onder verwijzing naar dit dossier, dat het gevolgde eerstelijns behandelprogramma voldoet aan de eisen van de NVVC voor level II hartrevalidatie.

4.18. Verzoekster heeft bij brief van 20 juni 2017 gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut. Verzoekster benadrukt dat zij voorafgaand aan de IMSR een NVVC-traject heeft doorlopen dat aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft gehad. Dit wordt onderbouwd door de verklaringen van de behandelaars. Voortzetting van de eerdere behandeling was derhalve niet doelmatig. Bovendien werd maar een klein gedeelte van de eerdere behandeling door de ziektekostenverzekeraar vergoed. De kosten van het voortzetten van deze behandeling zouden volledig voor rekening van verzoekster komen. Zij kan deze kosten evenwel niet dragen. Het Zorginstituut mag niet twijfelen aan de mening van de behandelaars. Bovendien is het Zorginstituut op de stoel van de indicierend revalidatiearts gaan zitten. Het is niet de taak en/of bevoegdheid van het Zorginstituut om in individuele casus op de stoel van de revalidatiearts of verwijzend cardioloog te gaan zitten.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Ten behoeve van verzoekster heeft SRN bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor IMSR. De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat verzoekster niet is aangewezen op IMSR, maar op hartrevalidatie (level I of eventueel level II). In het advies van 17 februari 2017 licht de medisch adviseur toe hoe de ziektekostenverzekeraar tot dit oordeel is gekomen. Uit de aanvraag blijkt dat verzoekster op 30 april 2016 een myocardinfarct heeft doorgemaakt waarvoor een PCI heeft plaatsgevonden. Er is sprake van kinesiofobie en van beginnende gonarthrose. De klacht en verwijzing voldoen aan de eisen, gesteld in de richtlijnen voor tweedelijns multidisciplinaire poliklinische revalidatiegeneeskunde hartrevalidatie alsmede de beslisboom poliklinische indicatiestelling hartrevalidatie van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie

(NVVC). Deze richtlijn wordt onderschreven door de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (hierna: VRA).

De vier typen doelen voor hartrevalidatie, zoals beschreven in de Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie 2011, komen grotendeels terug in de doelen van het behandelplan van verzoekster. Uit bovenstaande volgt, gezien de voorafgaande cardiale problematiek en de verwijzing naar de richtlijn, dat het eigenlijk gaat om hartrevalidatie zoals wordt beschreven in deze richtlijn.

Ook uit de verwijzing van de cardioloog blijkt geen indicatie voor IMSR. Er is voorts niet gebleken dat er een contra-indicatie is voor hartrevalidatie (al dan niet complex).

Het voorgestelde behandelplan vermeldt de betrokkenheid van de volgende disciplines: fysiotherapie, ergotherapie, psychologie, maatschappelijk werk, cesartherapie en diëtetiek.

De fysiotherapie zal onder meer gericht zijn op het optimaliseren van het cardiorespiratoir inspanningsvermogen, en het herwinnen van vertrouwen in eigen lichaam; de ergotherapie op het optimaliseren van de belastbaarheid gericht op het energiemangement na een cardiaal incident; de psychologie op de ontwikkeling van een functionele copingstrategie na een cardiaal incident; en de diëtetiek op het reviseren van het voedingspatroon ten aanzien van een cardiovasculair risicoprofiel. Hieruit blijkt duidelijk dat de revalidatie na een cardiaal incident het hoofddoel is. Bovendien bestaan de behandeldoelen uit doelen die worden genoemd in de richtlijn Multidisciplinaire Hartrevalidatie 2011. Het overwinnen van angst bij inspanning is ook een behandeldoel conform deze richtlijn.

Hiervoor is dus geen verwijzing naar IMSR nodig. Uit de behandeldoelen blijken verder geen andere behandeldoelen dan die ook in de richtlijn worden genoemd.

Op pagina 35 van bovengenoemde richtlijn hartrevalidatie wordt het volgende vermeld:

"Gespecialiseerde revalidatiezorg wordt in elk geval aanbevolen bij het vermoeden van ernstige cognitieve stoornissen (geheugen, aandacht, concentratie). De ernst en mate van de cognitieve stoornissen zullen dan als onderdeel van deze revalidatiezorg worden vastgesteld." Noch uit de aanvraag noch uit de verwijzing blijkt dat er sprake is van ernstig cognitieve stoornissen. Verder is vermeld: *"Het is ook mogelijk dat de hartpatiënt onvoldoende gemotiveerd is. Dit kan echter samenhangen met depressieve symptomen, angstsymptomen en/of gebrek aan sociale steun. Onder deze condities nemen patiënten minder vaak deel aan hartrevalidatie, en als ze dat wel doen, houden ze hartrevalidatie minder lang vol. Echter, dergelijke negatieve condities zijn effectief te behandelen binnen de hartrevalidatie zoals die in deze richtlijn beschreven wordt."*

Gezien het bovenstaande heeft de medisch adviseur het volgende geconcludeerd: *"Er is bij verzekerde een indicatie voor hartrevalidatie cf. de bovengenoemde richtlijn hartrevalidatie, niet voor interdisciplinaire revalidatie onder leiding van een revalidatiearts. Zelfs al was er sprake van complexe bijkomende problematiek dan zou verzekerde geschikt zijn voor level II hartrevalidatie. Uit de verklaring van de cardioloog blijkt ook geen duidelijke contra-indicatie voor deze level II hartrevalidatie, die juist ook bedoeld is voor complexe patiënten."*

5.2. De medisch adviseur licht in het advies van 17 februari 2017 nader toe waarom hij van mening is dat verzoekster is aangewezen op hartrevalidatie.

In de NVVC praktijkrichtlijn hartrevalidatie wordt gesproken over level II hartrevalidatie.

Level I hartrevalidatie is voor niet-complexe patiënten, en level II hartrevalidatiecentrum voor complexe patiënten. Eén van de criteria voor de laatste groep patiënten is comorbiditeit die het inspanningsvermogen nadelig beïnvloedt (bijvoorbeeld COPD, diabetes mellitus, locomotore aandoeningen, claudicatio). Bij verzoekster is sprake van angst en van beginnende gonarthrose die het inspanningsvermogen mogelijk nadelig beïnvloedt. De mate van invloed van deze comorbiditeit op het inspanningsvermogen blijkt echter niet duidelijk uit de aanvraag. Er wordt wel vermeld dat verzoekster tot het moment van het myocardinfarct 'alles deed zonder problemen'. Op basis van de aangeleverde gegevens voldoet verzoekster aan de criteria voor hartrevalidatie conform voornoemde richtlijn. Noch uit de verwijzing en de verklaring van de cardioloog noch uit de aanvraag van SRN blijkt dat verzoekster niet geschikt is voor hartrevalidatie.

De medisch adviseur trekt op grond van het voorgaande de volgende conclusies:

"1. Uit verwijzing, de aard van de problematiek en het behandelplan blijkt duidelijk dat bij verzekerde het hoofddoel revalidatie na een cardiaal incident is zoals beschreven in de multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie; de voorgestelde behandeling (MSR) voldoet hier niet aan. De hartrevalidatie volgens genoemde richtlijn is naar aard en omvang alsook de inzet van gekwalificeerd personeel (zoals de verantwoordelijkheid van de cardioloog) en apparatuur anders dan bij het MSR traject zoals hier aangeboden."

2. *Er is inderdaad sprake van bijkomende problematiek. Maar deze is niet uitgebreid/complex en mocht dat betwist worden dan bestaat level II hartrevalidatie, voor complexe patiënten."*

5.3. In de situatie van verzoekster wordt niet voldaan aan de praktischeisen van de NVVC. In deze praktijkrichtlijn staat het volgende als eis bij Level I hartrevalidatie (niet-complexe):

"Er is een multidisciplinair hartrevalidatie-team dat is samengesteld uit:

- *een revalidatiecoördinator (bijv. verpleegkundige of nurse practitioner)*
- *een hartrevalidatie-cardioloog (zie bijlage 1), eventueel in combinatie met sportarts of revalidatiearts*
- *een verpleegkundige*
- *een diëtist*
- *een fysiotherapeut*
- *een maatschappelijk werkende.*

Indien er professionals van andere disciplines nodig zijn wordt er contact gezocht met het level II centrum waarmee een overeenkomst is gesloten.

Voor Level II hartrevalidatie (complexe) staat er:

Conform level I, aangevuld met:

- *Een gezondheidspsycholoog (lid van hartrevalidatie-team)*
- *Een revalidatiearts (op consultatieve basis)*
- *Een diabetesverpleegkundige (op consultatieve basis)*
- *Een psychiater (op consultatieve basis)"*

Daarnaast zijn er volgens de ziektekostenverzekeraar praktischeisen waaraan mogelijk evenmin wordt voldaan, omdat de revalidatie eigenlijk plaatsvindt in een fysiotherapiepraktijk. Zo worden onder andere genoemd:

"• De verantwoordelijke cardioloog en andere leden van het hartrevalidatie-team hebben de door de eigen beroepsgroep aanbevolen opleiding en nascholing met betrekking tot hartrevalidatie gevolgd. Voor de overige leden van het hartrevalidatieteam gelden de eisen zoals die bestaan vanuit de eigen beroepsgroep. De cardioloog dient zich te vergewissen van het feit dat alle betrokken disciplines aan deze eisen voldoen (ook indien het beweegprogramma in een eerstelijns fysiotherapiepraktijk wordt uitgevoerd).

- *Alle patiënten die deelnemen aan het beweegprogramma dienen tevoren een maximale inspanningstest te hebben ondergaan voor risicostratificatie en aansturing van de trainingen.*
- *Binnen het hartrevalidatiecentrum is een veiligheidsplan (calamiteitenplan) aanwezig dat regelmatig wordt geactualiseerd. Hierin staat onder andere beschreven hoe het reanimatieteam kan worden opgeroepen. Indien er in het centrum geen reanimatieteam aanwezig is, zijn er schriftelijk verifieerbare afspraken met de ambulancedienst.*

En voor level II:

- *Er dient een crashcar beschikbaar te zijn en een reanimatieteam waarvan de leden zijn getraind in Advanced Life Support (met uitzondering van intubatie).*
- *Mogelijkheid tot ritmebewaking tijdens het beweegprogramma.*
- *Beschikbaarheid van spiro-ergometrie apparatuur voor het afnemen van inspanningstesten met respiratoire gasanalyse."*

5.4. Verzoekster stelt in haar brief van 24 december 2016 dat SRN vanaf april 2016, met medeweten van de ziektekostenverzekeraar, ook erkende hartrevalidatie aanbiedt onder verantwoordelijkheid van een cardioloog. De ziektekostenverzekeraar kan dit evenwel niet plaatsen. SRN heeft pas in juni 2016 aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld in gesprek te zijn met de cardiologen voor de opzet van hartrevalidatie conform de NVVC richtlijnen. De achtergrond hiervan was dat de ziektekostenverzekeraar van mening is dat SRN aan verzekerden IMSR aanbood, terwijl hartrevalidatie volgens de multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie voorliggend zou moeten zijn. Half september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail van SRN vernomen dat vanaf 1 september 2016 daadwerkelijk is begonnen met hartrevalidatieprogramma's conform de NVVC/MRH-richtlijnen.

De aanvraag van verzoekster dateert van 14 augustus 2016. Ten tijde van de aanvraag maakte een hartrevalidatie-cardioloog nog geen deel uit van het team, en was dus ook niet verantwoordelijk.

- 5.5. Verzoekster stelt in haar brief van 24 december 2016 dat zij een "stepped care" programma heeft ondergaan. Het is echter niet duidelijk wanneer zij dit programma heeft doorlopen. In de aanvraag wordt alleen gesproken over fysiotherapie en psychologie.
- 5.6. Verzoekster verwijst naar de uitspraak van de voorzieningenrechter van de Rechtbank Zeeland/West-Brabant van 4 januari 2017. In reactie hierop merkt de ziektekostenverzekeraar op dat op grond van de Zvw sprake dient te zijn van zorg waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Dit is het doelmatigheids criterium. Zoals de rechtbank heeft vastgesteld in voornoemde uitspraak, is het oordeel van de arts die de indicatie stelt, het uitgangspunt. Een zorgverzekeraar heeft echter een zelfstandige taak om een aanvraag te toetsen aan de verzekeringsvoorwaarden en de onderliggende wet- en regelgeving die de aanspraak op basis van de zorgverzekering bepalen. De uitspraak van de voorzieningenrechter van de Rechtbank Zeeland/West-Brabant vormt geen ander toetsingskader dan de ziektekostenverzekeraar reeds hanteert. Er wordt onderschreven dat de zorgverzekeraar niet blind hoeft te varen op het oordeel van de behandelend arts. Wel is van belang dat de zorgverzekeraar, als hij de indicatie van de behandelend arts niet volgt, dit voldoende onderbouwt. In de betreffende rechtszaak ging het met name om de omstandigheid dat de onderbouwing van de afwijzing niet voldoende was. Er bestonden ook twijfels over de situatie: er waren onduidelijkheden, waarbij door de ziektekostenverzekeraar niet was overgegaan tot het opvragen van nadere informatie bij de arts. Hiervan is in het dossier van verzoekster geen sprake. Er vindt tussen SRN en de ziektekostenverzekeraar ad hoc overleg plaats over de dossiers in gevallen waarin dat nodig wordt geacht. De afspraak die hierbij geldt is dat, indien nodig, er rechtstreeks contact zal zijn tussen de revalidatiearts en twee medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar. De opmerking dat de ziektekostenverzekeraar zonder overleg met de zorgaanbieder afwijst, kan de ziektekostenverzekeraar dan ook niet plaatsen. Volgens verzoekster is het overleg tussen de medisch adviseur en de revalidatiearts in oktober 2016 eenzijdig opgezegd. Dit is feitelijk onjuist. Tot en met de zomervakantie gold de afspraak voor een structureel overleg over 'oude' casuïstiek. Dit is nadien vervangen door ad hoc overleg over casuïstiek wanneer dat van belang wordt geacht. Dit gebeurt zelfs ook voordat een aanvraag wordt ingediend. Verder is nooit met SRN gesproken of geïmpliceerd dat de ziektekostenverzekeraar SRN weinig toekomst meer zal bieden bij een eventuele rechtszaak.
- 5.7. Verzoekster is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar niet op de juiste wijze de machtigingsaanvragen toetst, namelijk niet volgens de EBM methode. De medisch adviseur toetst een aanvraag aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden. Getoetst wordt onder meer of sprake is van 'zorg die (...) plegen te bieden', op doelmatigheid, maar ook of sprake is van een behandeling die voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit verband naar de rapporten die hierover door het Zorginstituut Nederland zijn uitgebracht, waarin onder meer EBM en de toepassing hiervan bij beoordelingen van zorg worden besproken. De ziektekostenverzekeraar hanteert deze uitgangspunten consequent. De beoordeling is gebaseerd op standpunten van het Zorginstituut, (internationale) richtlijnen van beroepsgroepen, studies, zorgstandaarden enzovoorts, en is dus niet volkomen subjectief, zoals verzoekster stelt.
- 5.8. Volgens verzoekster past de ziektekostenverzekeraar het begrip 'stepped care' foutief toe, namelijk als het verplicht doorlopen van eerste- en/of tweedelijns activiteiten voordat IMSR wordt ingezet. Dat is niet het geval. Binnen de revalidatiezorg is 'stepped care' een belangrijk begrip dat mede wordt onderbouwd door de VRA Nota Indicatiestelling medisch specialistische revalidatie en het VRA Algemeen Beroepskader revalidatiegeneeskunde die door de beroepsgroep zijn vastgesteld, en zijn overgenomen door het Zorginstituut in zijn duidingsrapport, waarbij 'stepped care' als uitgangspunt is neergelegd. Volgens het uitgangspunt van 'stepped care' wordt altijd de meest doelmatige behandeling aangeboden. Het gaat dan om een effectieve behandeling, die het minst belastend, het goedkoopste en het kortst is, passend bij de aard en de ernst van de problematiek. Pas als een minder intensieve interventie onvoldoende effect heeft, wordt naar een meer intensieve interventie overgegaan.

Voor het recht op vergoeding is relevant of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de voorgestelde behandeling en deze ook niet verder gaat dan nodig. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar toetst of bij de voorgestelde behandeling en de keuze van verschillende zorgverleners, gehandeld is volgens 'stepped care'. Pas als de behandeling in een lager echelon (bijvoorbeeld de eerste lijn) onvoldoende resultaat heeft gehad of niet tot voldoende resultaat zal leiden, kan men aangewezen zijn op behandeling in een hoger echelon, in dit geval de medisch specialistische revalidatie.

Overigens moet nadrukkelijk worden vermeld dat de patiënt niet alle stappen volgorde-lijk moet hebben doorlopen; het gaat om de meest passende zorg bij de zwaarte en ernst van de problematiek.

Afwijzing op 'stepped care' is dus geen automatisme zoals verzoekster suggereert.

- 5.9. De ziektekostenverzekeraar kan de opmerking van verzoekster, dat hij de eigen verzekerden discrimineert, niet plaatsen. De ziektekostenverzekeraar handelt steeds op bovenstaande wijze. Mogelijk lijkt het of in dit geval anders wordt gehandeld, omdat SRN inmiddels de hartrevalidatie anders heeft ingeregeld.
- 5.10. Verzoekster verwijst in de correspondentie enkele keren naar een e-mailbericht van de medisch adviseur. Het aangehaalde document betreft een presentatie. Dit is echter geen officieel vastgesteld document en vormt evenmin het beleid van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat het een interne mailwisseling betreft met een andere medisch adviseur naar aanleiding van een presentatie van een cardioloog. Omdat de revalidatiearts deze presentatie en het document niet kende, heeft de medisch adviseur tijdens een telefoongesprek toegezegd deze zonder begeleidend schrijven door te sturen. Tijdens dit gesprek is verzocht hiernaar te informeren binnen de vereniging voor revalidatieartsen. De suggestie dat er consensus is onder cardiologen en revalidatieartsen over IMSR bij cardiale problematiek, is dus niet correct. Later bleek overigens uit een reactie van de betreffende cardioloog dat voornoemd document nooit een officiële status heeft gekregen. De revalidatieartsen zijn volgens de cardioloog hun eigen weg gegaan, en hebben de gezamenlijke uitwerking die was ingezet met de NVVC gestaakt.
- 5.11. In reactie op de verklaring van de cardioloog van 13 december 2016 merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij deze verklaring niet eerder heeft ontvangen. Verder is de ziektekostenverzekeraar verbaasd dat hij in een ander dossier een bijna identieke brief heeft ontvangen. Hij vraagt zich daarom af of deze verklaringen daadwerkelijk door de betreffende cardiologen zijn geschreven. De indruk wordt gewekt dat de brief door SRN is geschreven en alleen is ondertekend door de cardioloog.
- 5.12. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het advies van het Zorginstituut een bevestiging is van het door hem ingenomen standpunt. De ziektekostenverzekeraar vindt het jammer dat is gezegd dat hij geen vertrouwen zou hebben in de behandelend medisch specialist. Daar gaat het niet om; de ziektekostenverzekeraar is verplicht een aanvraag te beoordelen. Het gaat om een individueel dossier: wat is de situatie van verzoekster? Dat andere verzekerden wel toestemming krijgen voor IMSR is niet van belang, aangezien geen enkele medische situatie is hetzelfde. Volgens de medici heeft verzoekster geen indicatie voor IMSR.
De aanvraag voor IMSR ten behoeve van verzoekster dateert van 14 augustus 2016. Pas in september 2016 heeft SRN contracten gesloten met de cardiologen. De voorafgaande behandeling van verzoekster is dus niet erkend als zijnde hartrevalidatie level II. Het moet vaststaan dat het zo ook is gegaan en dat het juiste programma is gevolgd.
- 5.13. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 23 mei 2017 gereageerd op het nagezonden behandeldossier. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat verzoekster voorafgaand aan de aanvraag voor IMSR enkele eerstelijns behandelingen heeft gehad. Hierbij zijn mogelijk de principes uit de NVVC-richtlijn toegepast, maar dit is niet vergelijkbaar met tweedelijns hartrevalidatie level II, zoals waarop verzoekster volgens de betreffende richtlijn is aangewezen. Er is dan ook geen sprake van een indicatie voor IMSR.

5.14. 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 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op poliklinische IMSR, 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 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.6.1 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische revalidatie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Zorg: waar hebt u recht op?”

Medisch specialistische revalidatie omvat de zorg die voor u de beste methode is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen.

Deze zorg omvat:

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

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om een handicap die het gevolg is van:

- *stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;*
- *een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag. Door de revalidatie kunt u een bepaalde mate van zelfstandigheid bereiken of behouden die in relatie tot uw beperkingen mogelijk is.*

Zorgverlener

Een samenhangend, interdisciplinair team, dat in intensieve samenwerking werkt aan hetzelfde behandeldoel van de patiënt, onder eindverantwoordelijkheid van de revalidatiearts.

Verwijzing

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

(...)”

8.4. In artikel A.3.2 van de zorgverzekering is bepaald dat de verzekerde gelet op zijn indicatie naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen moet zijn op de zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

8.5. In artikel A.18 van de zorgverzekering is het zorgadvies en de akkoordverklaring geregeld. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Zorgverleners die wij hebben gecontracteerd, beoordelen (namens ons) of u voldoet aan de voorwaarden voor (vergoeding van) zorg en op welke zorg u in uw situatie bent aangewezen. Zij geven dan eventueel ook de akkoordverklaring namens ons af.

(...)

• verplicht zorgadvies en akkoordverklaring: u bent verplicht daarvan gebruik te maken voordat de zorg aan u wordt verleend. Dit staat als voorwaarde vermeld bij de beschreven zorg in hoofdstuk B en/of D. Als u ons zorgadvies opvolgt, krijgt u van ons de garantie dat zorg geheel of gedeeltelijk onder de dekking van uw verzekering valt.

(...)"

8.6. De artikelen A.3.2, A.18 en B.4.6.1 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11, eerste lid, 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.

Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.

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

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Op grond van artikel B.4.6.1 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch specialistische revalidatie, indien sprake is van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen, of een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag. Medisch specialistische revalidatie voldoet aldus aan het criterium 'conform de stand van de wetenschap en praktijk', zodat hetgeen door verzoekster is aangevoerd met betrekking tot de EBM-methode geen verdere bespreking behoeft. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of verzoekster is aangewezen op de aangevraagde IMSR. Hierbij gaat het niet om de medische indicatie, maar om de verzekeringsindicatie zoals bedoeld in artikel A.3.2 van de zorgverzekering. Het is aan de ziektekostenverzekeraar te

beoordelen of de vergoedingen of verstrekkingen die op basis van de medische indicatie zoals die door een zorgaanbieder is gesteld, worden gedekt door de polisvoorwaarden. Met betrekking tot de verzekeringsindicatie overweegt de commissie als volgt.

- 9.2. Het Zorginstituut heeft op basis van het dossier beoordeeld of verzoekster is aangewezen op IMSR. In zijn advies van 20 april 2017 heeft het Zorginstituut overwogen dat verzoekster op grond van het myocardinfarct een absolute indicatie had voor hartrevalidatie, en derhalve niet was aangewezen op IMSR. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare, met als consequentie dat de aangevraagde IMSR ten laste van de zorgverzekering moet worden afgewezen. Dat er - op dat moment - geen hartrevalidatie werd aangeboden in de directe omgeving van de woonplaats van verzoekster - zoals door haar is aangevoerd - maakt het voorgaande in dit geval niet anders. Hetzelfde geldt voor hetgeen zij heeft gesteld met betrekking tot de voor haar rekening blijvende kosten van hartrevalidatie.
- Verzoekster heeft in dit verband nog aangevoerd dat IMSR voor haar het enige alternatief was omdat zij reeds zonder voldoende resultaat een NVVC hartrevalidatie level II behandeling had ondergaan, welke behandeling door de ziektekostenverzekeraar echter niet werd erkend op formele gronden. Uit de overgelegde gegevens uit het behandeldossier van verzoekster is onvoldoende aannemelijk geworden dat zij een zodanige behandeling heeft gehad, mede gelet op de gemotiveerde betwisting hiervan door de ziektekostenverzekeraar en het definitieve advies van het Zorginstituut van 8 juni 2017, terwijl daarnaast de ingezette behandeling om onduidelijke redenen niet is voortgezet.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Uitspraak voorzieningenrechter

- 9.4. Verzoekster beroept zich op de uitspraak van de voorzieningenrechter van de Rechtbank Zeeland/West Brabant van 4 januari 2017 (ECLI:NL:RBZWB:2017:12). De commissie stelt vast dat de voorzieningenrechter in voornoemde uitspraak twee casus heeft beoordeeld. In de ene casus stond de indicatie van de betreffende verzekerde niet ter discussie, in de andere casus wel. De voorzieningenrechter heeft in de tweede casus vastgesteld dat de betreffende zorgverzekeraar de indicatie van de revalidatiearts zonder enige motivering in twijfel had getrokken. Daarom diende de zorgverzekeraar de kwestie opnieuw te beoordelen. In het geval van verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar evenwel gemotiveerd toegelicht waarom in haar situatie geen sprake is van een indicatie voor IMSR maar voor level I, en eventueel level II hartrevalidatie. Ook het Zorginstituut heeft in zijn advies van 20 april 2017 vastgesteld dat verzoekster conform de richtlijnen van de beroepsgroep is aangewezen op hartrevalidatie.
- Aangezien verzoekster geen indicatie heeft voor de aangevraagde IMSR, kan de beoordeling, of zij heeft voldaan aan de door de ziektekostenverzekeraar vereiste 'stepped care' en of de ziektekostenverzekeraar deze eis mocht stellen, achterwege blijven.
- 9.5. Verzoekster vraagt voorts - mede onder verwijzing naar de in 9.4 genoemde uitspraak van de voorzieningenrechter - aan de commissie om de ziektekostenverzekeraar "op de vingers te tikken" omdat hij de afwijzing rechtstreeks aan de patiënt stuurt (met een kopie aan de zorgaanbieder) en eventuele aanvullende vragen alleen aan de patiënt zendt. De commissie ziet niet in waarom de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar in deze laakbaar zou zijn. De betrokken patiënt is immers degene die een contractuele relatie heeft met de ziektekostenverzekeraar. Bovendien mag de zorgaanbieder niet zonder meer aanvullende vragen van de ziektekostenverzekeraar beantwoorden zonder toestemming van de patiënt. Het is de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt om - indien hij dit wenst - eventuele vragen van de ziektekostenverzekeraar te bespreken met de zorgaanbieder

Werking privaatrecht

- 9.6. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat zij zich gediscrimineerd voelt, omdat (i) andere zorgverzekeraars minder kritisch zouden zijn bij de indicatiestellingen dan de ziektekostenverzekeraar, (ii) er een verschil zou zijn tussen de beoordeling van niet-gecontracteerde versus gecontracteerde zorgaanbieders, en (iii) andere verzekerden van de ziektekostenverzekeraar met de zelfde indicatie wèl IMSR mochten volgen bij SRN.
- De commissie overweegt ten aanzien van punt (i) dat iedere zorgverzekeraar op grond van de Zvw verplicht is te toetsen of de aangevraagde zorg voldoet aan de geldende voorwaarden. Als andere zorgverzekeraars de voorwaarden minder strikt hanteren, betekent dit niet dat de ziektekostenverzekeraar om die reden gehouden is de geldende voorwaarden eveneens minder strikt toe te passen, als dit al zo zou zijn. Daarnaast dient de ziektekostenverzekeraar iedere aanvraag individueel te beoordelen, zoals ook in de onderhavige kwestie is gebeurd. Ten aanzien van punt (ii) heeft verzoekster geen stukken overgelegd die haar standpunt onderbouwen. Derhalve treft die klacht geen doel.
- Met betrekking tot punt (iii) heeft verzoekster meerdere geanonimiseerde toewijzende beslissingen van de ziektekostenverzekeraar aan de commissie gestuurd alsmede een aantal geanonimiseerde behandelplannen. Aangezien zowel de beslissingen als de behandelplannen geanonimiseerd zijn, kan de commissie deze niet naast elkaar leggen om te controleren of bij dezelfde indicatie al dan niet een machtiging is verleend voor IMSR, nog daargelaten dat het volledige dossier van voornoemde zaken ontbreekt, zodat onvoldoende aannemelijk is gemaakt dat het hier inderdaad identieke althans met de situatie van verzoekster vergelijkbare gevallen betreft, en ook dit punt niet kan leiden tot een andere uitkomst.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 juli 2017,

A.I.M. van Mierlo