



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te B, tegen De Friesland
Zorgverzekeraar N.V. en De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te
Leeuwarden

Zaak : Fysiotherapie, aanvullende ziektekostenverzekering, medische noodzaak voor meer dan 40
behandelingen

Zaaknummer : 201303115

Zittingsdatum : 29 april 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te B,
tegen

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V., en
- 2) De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Leeuwarden,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Optimaal (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en AV Tand Extra afgesloten. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De zorgverzekering en de aanvullende verzekering AV Tand Extra zijn niet in geschil en blijven daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De behandelend fysiotherapeut heeft namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op meer dan 40 behandelingen fysiotherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 oktober 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 november 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 31 oktober 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 januari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 februari 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 maart 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 april 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomende bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Verzoeker is op 29 april 2015 in persoon gehoord.
- 3.10. Na afloop van de hoorzitting is de fysiotherapeut van verzoeker door de commissie in de gelegenheid gesteld ter zake van de aanvraag voor meer behandelingen fysiotherapie een aantal door de commissie geformuleerde vragen te beantwoorden, teneinde te kunnen beoordelen of de aanvraag voldoet aan de SMART-vereisten. Bij brief van 11 mei 2015 heeft de fysiotherapeut van verzoeker de vragen beantwoord. Een afschrift van bedoelde brief is op 19 mei 2015 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Hierbij heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht inhoudelijk te reageren, hetgeen hij bij brief van 29 mei 2015 heeft gedaan. Een afschrift van deze reactie is op 22 juni 2015 aan verzoeker gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend fysiotherapeut heeft met betrekking tot verzoeker het volgende verklaard:
"Hoofddoel: Wk in totaliteit zo lang mogelijk mobiel te houden, pijn uitstralend in beide benen te verminderen. Zodat hr. zolang mogelijk zelfredzaam is, door het progressieve karakter vd ziekte is dit moeilijk in tijd te voorspellen. Hr. wil graag zijn eigen boodschappen blijven doen en weer kunnen slapen met minder pijn in rug en benen."
- 4.2. Verzoeker is bijna 79 jaar en bij hem is pas op zeer late leeftijd de ziekte van Bechterew vastgesteld. Dit na jarenlange rugklachten. Door de progressiviteit van de ziekte is de wervelkolom van verzoeker al helemaal krom en hij kan deze ook niet meer rechte. Al zeventien jaar krijgt verzoeker twee keer in de week fysiotherapie om de wervelkolom zo beweeglijk mogelijk te houden. Daarnaast is dagelijks bewegen essentieel om de spierkracht te behouden.
- 4.3. Op het moment dat verzoeker moet stoppen met de fysiotherapie zullen de klachten snel toenemen en zal de belastbaarheid afnemen. Voor verzoeker is het dus medisch noodzakelijk dat de chronische ziekte wordt behandeld door twee keer in de week naar de fysiotherapeut te gaan.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat zijn fysiotherapeut verschillende keren contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar om het aanvraagformulier goed ingevuld te krijgen. Verzoeker meent dat de aanvraag wel degelijk SMART is geformuleerd.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. In 2011 heeft het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) besloten om veel van de aandoeningen die behoren bij de chronische artritiden van Bijlage 1 Bzv te schrappen. Aanleiding voor dit besluit is dat uit onderzoek is gebleken dat langdurige fysio- en oefentherapie bij de onderzochte aandoeningen niet bewezen effectief is. Een van de aandoeningen die wordt genoemd

is de ziekte van Bechterew. De ziektekostenverzekeraar stelt daarom dat langdurige fysiotherapie bij de ziekte van Bechterew niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

- 5.2. Het hiervoor gestelde betreft zorg die toentertijd ten laste van de zorgverzekering werd gebracht. Door het standpunt van het CVZ is deze zorg uit het verzekerde pakket gehaald. Omdat het onderzoek heeft uitgewezen dat langdurige fysiotherapie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, is dat voor de ziektekostenverzekeraar aanleiding geweest om deze informatie ook te hanteren voor de fysiotherapie die ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt vergoed.
- 5.3. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat de ingediende aanvraag niet voldoet aan de SMART-vereisten. Wanneer een behandelplan niet is opgesteld volgens de richtlijnen van de beroepsgroep, geeft de ziektekostenverzekeraar geen toestemming voor verdere behandeling. Om de medische noodzaak van verdere behandeling te kunnen vaststellen, moet het voor de ziektekostenverzekeraar duidelijk zijn welke fasen al zijn doorlopen, op welke fase/periode de aanvraag betrekking heeft, hoe de behandelaar heeft geëvalueerd, en wat de behandeldoelen zijn voor de lopende fase. Als de behandelaar, ondanks een verzoek daartoe, genoemde vragen onvoldoende kan beantwoorden, ontbreekt de medische noodzaak voor langdurige behandeling.
- 5.4. In reactie op de brief van 11 mei 2015 van de fysiotherapeut van verzoeker stelt de ziektekostenverzekeraar dat uit deze brief wederom niet blijkt dat de behandelingen voldoen aan de SMART-vereisten. Zo is het hoofddoel niet patiëntspecifiek, is dit voorts niet meetbaar, en ontbreekt het tijdspad.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 2.10 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoeker in 2013 aanspraak had op vergoeding van meer dan 40 behandelingen fysiotherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende verzekeringsvoorwaarde relevant.

- 8.2. Artikel 3.11 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie en luidt, voor zover hier van belang:

"3.11 Fysiotherapie en oefentherapie

a. Fysiotherapie (aanvulling op de basisverzekering)

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van medisch noodzakelijke fysiotherapie, waaronder begrepen bekkenfysiotherapie, geriatrie fysiotherapie, kinderfysiotherapie, lymfedrainage/oedeemtherapie, manuele therapie en psychosomatische therapie.

(...)

Vergoeding

AV Optimaal (Online)

Gecontracteerde zorgaanbieder:

alle medisch noodzakelijke behandelingen, waarvan per kalenderjaar maximaal 9 behandelingen manuele therapie

Niet-gecontracteerde zorgaanbieder:

maximaal 40 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie

Aanvraag

Als u een AV Optimaal (Online) heeft en in een kalenderjaar meer dan 40 behandelingen fysiotherapie nodig heeft, is vanaf de 41e behandeling een aanvraag voor verdere behandeling noodzakelijk. Uw behandelaar dient deze aanvraag naar De Friesland te sturen. In deze aanvraag moet de medische noodzaak voor verdere behandeling worden onderbouwd. U heeft pas recht op vergoeding vanaf de 41e behandeling als De Friesland de aanvraag van de behandelaar heeft goedgekeurd.

Let op

*Als u wordt behandeld door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoeft deze geen aanvraag voor verdere behandeling in te dienen. In dat geval is de vergoeding namelijk beperkt tot maximaal 40 behandelingen.
(...)"*

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Aan de orde is de vraag of bij verzoeker in 2013 een medische noodzaak bestond voor meer dan 40 behandelingen fysiotherapie. De ziektekostenverzekeraar heeft twee redenen gegeven voor de afwijzing van de aanvraag, namelijk (i) het feit dat langdurige fysiotherapie bij de ziekte van Bechterew niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en (ii) het niet SMART-invullen van het aanvraagformulier door de behandelend fysiotherapeut. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat het CVZ (thans het Zorginstituut Nederland geheten) in 2011 heeft geadviseerd om veel aandoeningen die behoren tot de chronische artritiden, waaronder de ziekte van Bechterew, van Bijlage 1 van het Bzv te schrappen. De reden voor dit advies is dat uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat langdurige fysio- en oefentherapie bij deze aandoeningen niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Naar aanleiding hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar besloten deze informatie ook te hanteren voor fysiotherapie die ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt vergoed.
- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking in aanvulling op de zorgverzekering. Indien voor beide verzekeringen het zelfde criterium zou worden gehanteerd, blijft de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering de facto beperkt tot de eerste twintig behandelingen fysiotherapie - die in 2013 immers niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen - en niet valt in te zien in welk geval dan nog aan de 40 of meer behandelingen per kalenderjaar wordt toegekomen, tenzij sprake zou zijn van verschillende indicaties. Daarbij wordt in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering het thans door de ziektekostenverzekeraar geïntroduceerde criterium "stand van de wetenschap en praktijk" niet genoemd. In plaats daarvan hanteert de ziektekostenverzekeraar in artikel 3.14 van de aanvullende ziektekostenverzekering het criterium "medische noodzaak". Nu de ziektekostenverzekeraar in de verzekeringsvoorwaarden niet nader heeft uitgewerkt wat onder dit criterium moet worden verstaan, is de commissie van oordeel dat de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de onderhavige behandeling bij de indicatie van verzoeker niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, niet kan slagen.
- 9.4. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de aanvraag niet SMART is geformuleerd. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.
Artikel 3.11 van de aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke fysiotherapie. Indien een verzekerde meer dan 40 behandelingen fysiotherapie nodig heeft, is vanaf de 41ste behandeling een aanvraag daartoe vereist. In deze aanvraag moet de medische noodzaak voor verdere behandeling worden onderbouwd. De fysiotherapeut heeft namens verzoeker een aanvraag ingediend waarin het volgende is verklaard:

"Hoofddoel: Wk in totaliteit zo lang mogelijk mobiel te houden, pijn uitstralend in beide benen te verminderen zodat Hr. zolang mogelijk zelfredzaam is, door het progressieve karakter vd ziekte is dit moeilijk te voorspellen. Hr. wil graag zijn eigen boodschappen blijven doen en weer kunnen slapen met minder pijn in rug en benen."

- 9.5. De paramedisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag beoordeeld en is tot de conclusie gekomen dat de medische noodzaak voor voortgezette fysiotherapie door de fysiotherapeut onvoldoende is onderbouwd. De aanvraag is niet SMART geformuleerd, aldus de ziektekostenverzekeraar. De commissie onderschrijft deze conclusie en stelt vast dat uit de door de fysiotherapeut gegeven onderbouwing met name de noodzaak tot in beweging blijven blijkt. Dit is echter geen therapeutisch doel en daarmee geen (verzekerings)indicatie voor voortgezette fysiotherapie. Daarnaast komen uit de overlegde stukken de wijze waarop en het tijdsplan waarbinnen de gestelde doelen moeten worden bereikt niet naar voren. Ook uit de na afloop van de hoorzitting ontvangen stukken volgt dit niet. Verzoeker heeft aldus onvoldoende aannemelijk maakt welke - andere - behandeldoelen met de fysiotherapie worden nagestreefd en op welke wijze en binnen welke termijn deze naar verwachting zullen worden behaald. De medische noodzaak van de voortgezette fysiotherapie staat daarom niet vast.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 juli 2015,

P.J.J. Vonk