



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Geneeskundige zorg, paramedische zorg, fysiotherapie, aantal
behandelingen aanvullende ziektekostenverzekering

Zaaknummer : 201500441

Zittingsdatum : 7 oktober 2015



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



(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013 en 2014)

1. Partijen



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

- 
- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, en
 - 2) De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V. 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 was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Optimaal 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 zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op behandelingen fysiotherapie (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft de eerste 40 behandelingen vergoed. Bij brief van 17 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij geen aanspraak heeft op vergoeding van verdere behandelingen.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 oktober 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 3 juli 2015 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 is in de gelegenheid gesteld nader commentaar te geven, maar heeft hiervan binnen de gestelde termijn geen gebruik gemaakt. De commissie heeft daarom besloten de procedure zonder nader commentaar van de ziektekostenverzekeraar voort te zetten.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 10 september 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 september 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker krijgt vanaf begin 2013 twee maal per week fysiotherapie. In augustus 2013 ontving de fysiotherapeut van de ziektekostenverzekeraar een brief dat meer dan 40 behandelingen zijn gedeclareerd, en dat vanaf de 41ste behandeling geen vergoeding meer zal worden verleend. Omdat het gaat om ernstige chronische problematiek, heeft de fysiotherapeut op 6 september 2013 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor extra behandelingen fysiotherapie. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen met als reden dat het niet zou gaan om doelmatige zorg. Een nadere motivering van de afwijzing heeft de ziektekostenverzekeraar niet gegeven.

4.2. De behandelend fysiotherapeut heeft op 1 september 2013 ten aanzien van verzoeker verklaard: *"[Verzoeker] is bekend met discopathieën op meerdere niveaus lumbaal. Onderhouden van mobiliteit door manuele therapie en fysieke training (mobiliserend en belastbaarheidverhogend/onderhoudend) is geïndiceerd. Na onderbrekingen van therapie treedt toename van klachten op. Zonder behandeling en gerichte training blijkt mobiliteit en belastbaarheid te verslechteren; eerder werd getracht behandeling te minderen wat betreft intensiteit: dit leidde tot afname van functionaliteit van de wervelkolom en van het algemeen functioneren van patiënt. Behandelplan: (...) Verbeteren c.q. onderhouden van de lokale belastbaarheid. LWK/bekken gericht op onderhouden van mobiliteit en vaardigheden bij werk. Verbeteren van de lokale belastbaarheid LWK/bekken gericht op gedeeltelijk hervatten van ADL-functies arbeid (meubel- en interieurzaak) sport: golfen. Scores op BPM-testen moeten minimaal gelijk blijven. Doel wat betreft NRPS/PSK: < 4 (...) Training in trainingszaal waarbij [verzoeker] zijn eigen programma volgt. De heer is bekend met zijn huiswerk oefeningen en werkhouding wordt besproken en geoefend. (...) Back Pain Monitor halfjaarlijks / vragenlijsten. (...) [Verzoeker] komt 1 a 2 maal per week (...)".*

4.3. De huisarts heeft op 26 september 2013 ten aanzien van verzoeker verklaard: *"(...) Echter sinds dat meneer deze intensieve training volgt voor zijn rug zijn de klachten aanzienlijk beter onder controle te houden. Aangezien er sprake is van ernstige discopathie op L4/L5 met werveloedeem en osteochondrole op L3/L4 en L5/S1 is het recidiverende karakter bekend. Daarnaast is er al een aantal jaren sprake van ernstige moeheid en benauwdheidsklachten waarvoor er al een uitgebreide analyse bij de cardioloog en de longarts is geweest. Daaruit is een allergisch astma tevoorschijn gekomen. De analyse van de cardioloog loopt nog steeds (...) Deze klachten hebben er aan bijgedragen dat de behaalde resultaten niet altijd goed bleven en er regelmatig terugval is geweest in de behandeling. Ook conditioneel moet er iedere keer opnieuw opgebouwd worden wat zonder fysiotherapeutische begeleiding moeilijk zal zijn en niet wenselijk. Aangezien er regelmatig pob en benauwdheid is tijdens de fitness is begeleiding door een fysiotherapeut zeer wenselijk. (...)".*

4.4. De fysiotherapeut heeft gemotiveerd waarom extra behandelingen fysiotherapie nodig zijn, en heeft een en ander geconcretiseerd aan de hand van de SMART-methode. Ook heeft zij gewezen op het protocol 'Chronische a-specifieke rugklachten', en heeft zij - met inachtneming hiervan - de zogenoemde Back Pain Monitor-testen en verslagen bij de aanvraag gevoegd. De behandeling is doelmatig, deze wordt meetbaar gemonitord, de behandeling is reproduceerbaar en wordt door diverse medici als medisch noodzakelijk gezien. Door het steeds herhalen van de Back Pain Monitor-test wordt de totale begeleiding specifiek en meetbaar. In het kader van de bedrijfshulpverlening is de behandeling acceptabel en realistisch, want verzoeker zit nu niet

in de "ziektewet". In termen van methodologisch handelen is "chronisch" ook tijdgebonden. De behandelingen voldoen hiermee aan de SMART-methode.

4.5. De ziektekostenverzekeraar merkt ten onrechte op dat het zou gaan om medische fitness. Verzoeker wordt behandeld door een fysiotherapeut en manueel therapeut, en krijgt de gelegenheid om een individueel oefenprogramma in de trainingszaal te volgen. Al deze zorg kan en mag worden gedeclareerd als fysiotherapie, en moet als zodanig worden vergoed. Medische fitness is een specialiteit van de fysiotherapie, waarbij mensen zonder ernstige fysieke klachten worden behandeld in een groep, bij wijze van preventie. Hiervan is in de onderhavige situatie geen sprake.

4.6. In het jaar 2013 zijn 48 behandelingen niet vergoed, hetgeen neerkomt op een totaalbedrag van € 1.358,40. In 2014 gaat het om 44 behandelingen, hetgeen een bedrag van totaal € 1.245,20 aan niet-vergoede nota's betreft.

4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar laat de beoordeling van de doelmatigheid van fysiotherapeutische behandelingen die ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering worden vergoed, met betrekking tot de eerste 40 (2013) respectievelijk 36 (2014) behandelingen over aan de door hem gecontracteerde fysiotherapeuten. Vanaf de 41ste (2013) respectievelijk 37ste (2014) behandeling wordt door de ziektekostenverzekeraar getoetst of vervolghandelingen medisch noodzakelijk zijn. Dit gebeurt aan de hand van de zogenoemde SMART-methode, en houdt in dat de vervolghandelingen specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden moeten zijn.

5.2. In het jaar 2013 had de fysiotherapie - gelet op de verklaring van de fysiotherapeut - betrekking op onderhoud. Onderhoud is geen zorg die een therapeutisch doel heeft, en is niet gericht op herstel. De aanvraag voldoet derhalve niet aan de SMART-formulering. Om die reden komen de vervolghandelingen niet voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking.
In het jaar 2014 betrof de aanvraag fysiotherapie die was gericht op conditieverbetering. Fysiotherapie met dit doel kan niet ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering worden gebracht, omdat het niet gaat om zorg. Verbetering van de conditie valt onder de eigen verantwoordelijkheid van verzoeker.

5.3. Ten algemene merkt de ziektekostenverzekeraar op dat langdurige fysiotherapie ter behandeling van specifieke lage rugklachten, zoals bij verzoeker, geen zorg is die voldoet aan de hiervoor geldende richtlijn van het KNGF, en daarom geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk. In de richtlijn is opgenomen dat, indien na drie tot zes weken behandeling geen verbetering optreedt, de behandeling moet worden gestaakt. De kans dat hierna nog verbetering optreedt is namelijk gering. Daarnaast bepaalt de betreffende richtlijn dat het belangrijk is lichamelijke activiteit te stimuleren en een kortdurend oefenprogramma samen te stellen. Dit oefenprogramma moet de patiënt op den duur zelf kunnen uitvoeren. Zijn er herstelbelemmerende factoren bij het oefenen, dan is medische fitness een optie.

5.4. 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.

8.2. Artikel 3.11 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2013) regelt de aanspraak op fysiotherapie en luidt, voor zover hier van belang:

"Inhoud zorg

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

Wie mag deze zorg verlenen

Een fysiotherapeut die is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR). Inschrijving in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie is te controleren via www.defysiotherapeut.com. (...)

Uitsluitingen

- U heeft geen recht op vergoeding van een individuele of een groepsbehandeling die uitsluitend bedoeld is om de conditie door middel van training te bevorderen. (...)

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. (...)"

Artikel 3.12 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2014) luidt, voor zover hier van belang:

"Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van:

a. medisch noodzakelijke fysiotherapie, waaronder begrepen bekkenfysiotherapie, geriatrie fysiotherapie, kinderfysiotherapie, lymfedrainage/oedeemtherapie, manuele therapie en psychosomatische therapie;

b. medisch noodzakelijke oefentherapie Cesar/Mensendieck.

Wie mag deze zorg verlenen

a. Fysiotherapie mag worden verleend door een fysiotherapeut die is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR). Inschrijving in het CKR is te controleren via www.defysiotherapeut.com. (...)

Uitsluitingen

a. U heeft geen recht op vergoeding van een individuele of een groepsbehandeling die uitsluitend bedoeld is om de conditie door middel van training te bevorderen. (...)

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

Niet-gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal 36 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie (...)

Aanvraag

Als u een AV Optimaal (Online) heeft en in een kalenderjaar meer dan 36 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie nodig heeft, is vanaf de 37e 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 37e behandeling als De Friesland de aanvraag van de behandelaar heeft goedgekeurd. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Aan de orde is de vraag of bij verzoeker in de jaren 2013 en 2014 een medische noodzaak bestond voor meer dan 40 respectievelijk 36 behandelingen fysiotherapie. De ziektekostenverzekeraar heeft met betrekking tot het jaar 2013 twee redenen gegeven voor de afwijzing van de aanvraag, namelijk (i) het feit dat langdurige fysiotherapie bij specifieke rugklachten niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en (ii) het niet SMART invullen van het aanvraagformulier door de behandelend fysiotherapeut. Met betrekking tot het jaar 2014 is de afwijzingsgrond gelegen in het feit dat fysiotherapie gericht op conditieverbetering is uitgesloten van vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat uit de richtlijn van het KNGF met betrekking tot specifieke rugklachten blijkt dat langdurige fysio- en oefentherapie niet zinvol is. Hij heeft hieruit de conclusie getrokken dat de onderhavige fysiotherapeutische behandelingen niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Naar aanleiding hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar besloten dit criterium 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 en 2014 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 respectievelijk 36 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 3.11 (2013) respectievelijk 3.12 (2014) 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 behandelingen bij de indicatie van

verzoeker niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarom niet voor vergoeding in aanmerking komen, niet kan slagen.

- 9.4. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de aanvragen voor 2013 en 2014 niet SMART zijn geformuleerd. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt. Artikel 3.11 (2013) respectievelijk 3.12 (2014) van de aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke fysiotherapie. Indien een verzekerde meer dan 40 (2013) respectievelijk 36 (2014) behandelingen fysiotherapie nodig heeft, is vanaf de 41ste (2013) respectievelijk 37ste (2014) 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:
- "[Verzoeker] is bekend met discopathieën op meerdere niveaus lumbaal. Onderhouden van mobiliteit door manuele therapie en fysieke training (mobiliserend en belastbaarheidverhogend/onderhoudend) is geïndiceerd. Na onderbrekingen van therapie treedt toename van klachten op. Zonder behandeling en gerichte training blijkt mobiliteit en belastbaarheid te verslechteren; eerder werd getracht behandeling te minderen wat betreft intensiteit: dit leidde tot afname van functionaliteit van de wervelkolom en van het algemeen functioneren van patiënt. Behandelplan: (...) Verbeteren c.q. onderhouden van de lokale belastbaarheid. LWK/bekken gericht op onderhouden van mobiliteit en vaardigheden bij werk. Verbeteren van de lokale belastbaarheid LWK/bekken gericht op gedeeltelijk hervatten van ADL-functies arbeid (meubel- en interieurzaak) sport: golfen. Scores op BPM-testen moeten minimaal gelijk blijven. Doel wat betreft NRPS/PSK: < 4 (...) Training in trainingszaal waarbij [verzoeker] zijn eigen programma volgt. De heer is bekend met zijn huiswerk oefeningen en werkhouding wordt besproken en geoefend. (...) Back Pain Monitor halfjaarlijks / vragenlijsten. (...) [Verzoeker] komt 1 a 2 maal per week (...)"*
- 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. Voorts is de aanvraag niet SMART geformuleerd, aldus de ziektekostenverzekeraar. Hoewel het vereiste van SMART-formulering niet in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is opgenomen (vgl. GcZ 18 februari 2015, 201303162) onderschrijft de commissie deze conclusie van de ziektekostenverzekeraar, 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 overgelegde stukken de wijze waarop en het tijdsplan waarbinnen de gestelde doelen moeten worden bereikt niet naar voren. Verzoeker heeft aldus onvoldoende aannemelijk gemaakt welke - andere - behandeldoelen met de fysiotherapie worden nagestreefd en op welke wijze en binnen welke termijn deze naar verwachting zullen worden behaald. Ook is niet aannemelijk geworden dat met de fysiotherapie reeds resultaten zijn geboekt. De medische noodzaak van de voortgezette fysiotherapie voor beide jaren is daarom niet komen vast te staan.
- Tot slot geldt dat - voor zover sprake is van conditieverbetering - vergoeding van fysiotherapie die hierop is gericht, expliciet is uitgesloten van vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

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, 7 oktober 2015,



A.I.M. van Mierlo

