

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E tegen C te D
Zaak : Fysiotherapie na niet-geïndiceerde ingreep
Zaaknummer : 2010.01277
Zittingsdatum : 19 januari 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door E

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om verstrekking van fysiotherapie (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 2 maart 2010 is afgewezen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering, Variant Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Beperkte Aanvullende Verzekering en het Tand Best Pakket afgesloten, die niet in geschil zijn en daarom verder onbesproken blijven.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 6 mei 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 september 2010 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 (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 november 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 december 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 december 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 januari 2011 per email medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 1 december 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 17 december 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010140518) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat onvoldoende is aangetoond dat de aard en ernst van het geconstateerde lymfoedeem één jaar na de operatieve ingreep dusdanig is dat er sprake is van een blijvende indicatie voor lymfoedeembehandeling. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 19 januari 2011 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 21 januari 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 25 januari 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft in maart 2009 een abdominale liposuctie en een borstreductie ondergaan in Nantes, Frankrijk. De kosten van deze behandelingen zijn voor rekening van verzoekster gebleven. Bij de nacontrole heeft de specialist verzoekster geadviseerd in Nederland lymfedrainage therapie te ondergaan. De ziektekostenverzekeraar, bij wie verzoekster in 2009 verzekerd was, heeft de kosten van de lymfedrainage behandelingen vergoed. Verzoekster heeft nog steeds last van lymfoedeem, verhard en verkleefd bindweefsel in het abdomen, pijnlijke borsten en problemen met het heffen van de armen, met het boven schouderhoogte actief zijn en met kracht zetten.
- 4.2. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar wisselende argumenten gebruikt voor de afwijzing van haar aanvraag. In eerste instantie is de aanvraag afgewezen, omdat geen sprake was van een indicatie volgens bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering (Bzv). Vervolgens was het niet mogelijk de fysiotherapie te vergoeden, omdat deze volgt uit een operatie die verzoekster zelf heeft betaald, en de kosten van nazorg en het behandelen van eventuele klachten voor eigen rekening komen. Daarna werd de aanvraag – naast voornoemde redenen – afgewezen, omdat fysiotherapie voor de behandeling van lymfoedeem alleen vergoed wordt wanneer sprake is van destructie van het lymfatisch stelsel en daarvan was bij verzoekster niet gebleken.

Deze aanvullende voorwaarde zou vermeld staan in Bijlage 4. Verzoekster noch haar behandelaars zijn bekend met Bijlage 4.

- 4.3. Verzoekster benadrukt dat zij als gevolg van voormelde ingrepen lymfoedeem heeft. Deze indicatie staat vermeld in bijlage 1 Bzv. Zij heeft daarom op grond van de zorgverzekering aanspraak op fysiotherapie. Verzoekster heeft op 4 juni 2010 een second opinion laten uitvoeren door een plastisch chirurg in het Rijnland Ziekenhuis te Leiderdorp. Deze arts heeft haar verteld dat beschadiging van het lymfesysteem een soms voorkomende complicatie is bij liposuctie van de abdomen en ook bij een borstreductie. Soms kan het lymfoedeem een chronisch karakter krijgen. Volgens de plastisch chirurg is lymfdestructie of lymfebeschadiging alleen aan te tonen met nadere (radiologische) onderzoeken. Verzoekster vraagt zich af of de ziektekostenverzekeraar deze kosten vergoedt.
- 4.4. Verzoekster concludeert dat de reden van afwijzing die de ziektekostenverzekeraar in tweede instantie heeft gegeven, impliceert dat als bij iemand na een niet-geïndiceerde ingreep levensbedreigende complicaties optreden, op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op de behandeling van deze complicaties. Verzoekster vraagt zich af hoeveel verzekerden in Nederland hiervan op de hoogte zijn.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling het volgende aangevoerd. Uit de verklaring van de arbo-arts blijken de beperkingen van verzoekster. Het CVZ en de ziektekostenverzekeraar hechten blijkbaar meer waarde aan de brief van de fysiotherapeut aan de huisarts die twee maanden na voornoemde verklaring is geschreven. De fysiotherapeut heeft in deze brief slechts beknopt weergegeven wat de problemen zijn en niet alles herhaald wat de arbo-arts al had vermeld. Verzoekster benadrukt dat het bestaan van een indicatie voor fysiotherapie wordt onderschreven door de verklaringen van de arbo-arts, de fysiotherapeut, de huisarts, de Franse arts die de ingrepen in 2009 heeft uitgevoerd, en de plastisch chirurg die de second opinion heeft uitgevoerd. Daarnaast is verzoekster geconfronteerd met een incassobureau. Dit ondanks de afspraak met de ziektekostenverzekeraar, dat deze de incasso van de onderhavige kosten gedurende de geschilprocedure zou opschorten.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag in eerste instantie afgewezen, omdat niet was gebleken dat sprake was van een indicatie die voorkomt op bijlage 1 Bzv. Daarna kwam naar voren dat de klachten waarvoor de machtiging voor fysiotherapie is aangevraagd, het gevolg zijn van een abdominale liposuctie met een borstverkleinende operatie die verzoekster in maart 2009 in Nantes voor eigen rekening heeft ondergaan. Nu geen machtiging aanwezig is voor de liposuctie en de borstreductie, is evenmin een medische indicatie bekend waarbij op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat op fysiotherapie.
- 5.2. Daarnaast zou, indien wel sprake zou zijn van een aanvraag voor lymfedrainage therapie als gevolg van verzekerde zorg, voor het afgeven van een machtiging sprake moeten zijn van destructie van het lymfatisch weefsel. Volgens paramedisch adviseur

ontstaat bij een cosmetische mammareductie geen destructie van het lymfatisch weefsel conform de omschrijving van het CVZ zoals verwoord in diens advies van 12 februari 2003.

- 5.3. De door verzoekster omschreven casuïstiek met betrekking tot een eventueel levensbedreigende problematiek na een niet-medisch noodzakelijke, cosmetische ingreep is hier niet aan de orde.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster ruim een jaar geleden de ingreep heeft ondergaan. Normaliter is daarna geen sprake van langdurig lymfoedeem. Een verzekerde moet naar inhoud en omvang zijn aangewezen op de zorg, en dat is hier niet aangetoond. Bovendien heeft de vorige ziektekostenverzekeraar van verzoekster de kosten van fysiotherapie al gedurende een jaar vergoed. De overgelegde medische verklaringen bieden onvoldoende onderbouwing voor de standpunten van verzoekster.
De ziektekostenverzekeraar kan ter zitting geen antwoord geven op de vraag naar de opschorting van de incasso, maar zal dit nog nagaan en de commissie daarover berichten.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie, in vervolg hierop, bij brief van 24 januari 2011 medegedeeld dat naar aanleiding van de brief van verzoekster van 18 oktober 2010 de incasso inderdaad is opgeschort. Echter, de betreffende medewerker was in de veronderstelling dat de geschilprocedure met twee maanden zou zijn afgerond en heeft daarom de opschortingstermijn op twee maanden gezet. Dit blijkt achteraf onterecht te zijn. Ook is verzuimd verzoekster op de hoogte te stellen van het opschorten van de incasso. Inmiddels heeft de ziektekostenverzekeraar de vordering teruggehaald en de incasso daarvan opgeschort tot het bindend advies in deze zaak is uitgebracht. De incassokosten die in rekening zijn gebracht komen te vervallen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster tevens zijn excuses aangeboden.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
 - 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
 - 7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak kan maken op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering, na een ingreep die zij voor eigen rekening heeft laten uitvoeren.
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 zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld

in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 23 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Onder deze zorg wordt ook oedeemtherapie verstaan.

18 jaar en ouder:

- U hebt vanaf de tiende behandeling recht op behandeling van aandoeningen die in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering staan. Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens bijlage 1.

- U hebt geen aanspraak op de eerste negen behandelingen. (...)”

- 8.3. Artikel 23 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Fysiotherapie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv en verder uitgewerkt in bijlage 1 Bzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Fysiotherapie kan ten laste van de zorgverzekering worden gebracht als sprake is van een indicatie die voorkomt in bijlage 1 Bzv. In dat verband wordt lymfoedeem genoemd. Echter, in de situatie van verzoekster is onvoldoende aannemelijk gemaakt dat de aard en ernst van het lymfoedeem één jaar na de behandeling dusdanig zijn dat sprake is van een blijvende indicatie voor lymfoedeembehandeling. Vanwege de eveneens in de bijlage vermelde indicatie ‘status na opname in een ziekenhuis’ bestaat aanspraak op maximaal twaalf maanden behandeling. Op grond hiervan heeft de vorige ziektekostenverzekeraar de kosten van fysiotherapie vergoed over 2009. Aangezien verzoekster gedurende deze periode behandelingen heeft ondergaan, bestaat op basis van de onderhavige indicatie geen aanspraak (meer) op vergoeding van behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Uit het advies van het CVZ van 17 december 2010 blijkt dat thans geen sprake is van een indicatie op grond waarvan verzoekster aanspraak kan maken op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.

Opschorting incasso

- 9.2. Ten aanzien van de opschorting van de incasso van de onderhavige vordering heeft de ziektekostenverzekeraar erkend hiermee een fout te hebben gemaakt. De incasso is inmiddels opgeschort tot het einde van de geschilprocedure en de in rekening gebrachte incassokosten zijn komen te vervallen. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aangeboden. Nu verzoekster geen belang (meer) heeft bij een uit-

spraak over dit onderdeel, zal de commissie het verder laten rusten.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 februari 2011,

Voorzitter