

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Fysiotherapie, chronische lijst
Zaaknummer : 2010.02700
Zittingsdatum : 14 september 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.6 en bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) E beide te D

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 Basisverzekering Optimaal (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 Aanvulling Uitgebreid afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van fysiotherapie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 december 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 17 december 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 30 april 2011 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).

- 3.5. 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 29 juni 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 juni 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Verzoekster heeft op 2 juli 2011 gereageerd op het onder 3.6 genoemde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname doorgestuurd.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 2 juli 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 september 2011 telefonisch medegedeeld eveneens mondeling te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 30 juni 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 29 juli 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011069262) 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 redelijkerwijs niet is aangewezen op wekelijkse fysiotherapie, aangezien sprake is van sensibiliteitsstoornissen als restverschijnsel van de eerdere myelumcompressie. Bovendien is niet aannemelijk te achten dat wekelijkse fysiotherapie hier een geëigende behandeling voor is. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 24 augustus 2011 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 september 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 19 september 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. Bij brief van 4 oktober 2011 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Het CVZ adviseert de commissie het verzoek af te wijzen, op de grond zoals omschreven in het advies van 29 juli 2011. Voorts gaat het CVZ in op de indicatie 'radiculair syndroom met motorische uitval'. Niet is aangetoond dat verzoekster in verband met foramenvernaauwing redelijkerwijs is aangewezen op wekelijkse fysiotherapie, dan wel dat het aannemelijk is dat wekelijks fysiotherapie een geëigende behandeling is. Indien sprake zou zijn van een radiculair syndroom met motorische uitval, dan zou slechts drie maanden fysiotherapie aangewezen zijn.
- 3.12. Een afschrift van het definitieve CVZ-advies is op 7 oktober 2011 aan partijen gezonden.

- 3.13. Verzoekster heeft op 12 oktober 2011 gereageerd op het onder 3.12 genoemde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname doorgestuurd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De huisarts heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: *“Myelopathie door wervelkanaalstenose C3-C7 waardoor laminectomie C3-C6 d.d. 10-6-02. Er zijn beperkingen op het gebied van linker arm/hand functie en de (hogere) loopvaardigheden (...)”*. De behandelend neuroloog heeft ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *“nekpijn, chronisch na cerv. myelopathie, nu: MRI: geen myelumcompressie, wel evt. foramen C8 bdz (...)”* en *“VG: ernstige cervicale stenose met myelopathie ww laminectomie C3-C6. Nu: rest-uitval sensibel links zowel bovenste als onderste extremiteit, toename pijn tgv foramenversmalling & spondylartrose”*.
- 4.2. De behandelingen fysiotherapie waarop verzoekster aanspraak maakt (hierna: de behandelingen), vinden overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, inmiddels plaats.
- 4.3. Verzoekster stelt dat zij tweemaal een laminectomie heeft ondergaan, te weten in 2000 en 2002. Hierdoor is een neurologisch trauma ontstaan, waardoor zij myelopathie heeft. Dit is een aandoening aan het ruggenmerg. Beschadigd ruggenmergweefsel herstelt niet meer, derhalve is haar aandoening als chronisch aan te merken. In 2010 kreeg verzoekster opnieuw klachten, waarvoor zij zich (wederom) tot de neuroloog heeft gewend. Verzoekster heeft sinds 2002 wekelijks fysiotherapie. De behandelingen zijn gericht op het algemeen dagelijks functioneren (ADL). Zonder de fysiotherapie kan verzoekster het door haar behaalde niveau niet handhaven. De ziektekostenverzekeraar heeft goedkeuring gegeven voor de behandelingen tot 1 juni 2010. Daarna diende verzoekster een nieuwe aanvraag in te dienen. Dit heeft verzoekster gedaan, en deze aanvraag ging vergezeld van een verklaring van de huisarts en de neuroloog. Dit was nodig, omdat bleek dat de fysiotherapeut de behandelingen met een verkeerde code declareerde. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen, met als reden dat de myelopathie is opgeheven. Hierop heeft de neuroloog aanvullende informatie verstrekt. Wederom volgde een afwijzing van de ziektekostenverzekeraar, nu met de onderbouwing dat ‘foramenversmalling en spondyloartrose’ geen indicatie is zoals genoemd in bijlage 1 Bzv. Verzoekster stelt dat dit een grove belediging is, en zij wil daarom niet alleen vergoeding van de kosten van de behandelingen, maar ook vergoeding van de emotionele schade die zij door de gehele kwestie heeft geleden.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat sprake is geweest van compressie op verschillende niveaus. Deze is operatief opgeheven. Het effect is echter ook nu nog zichtbaar. De myelopathie is er nog steeds en dit is radiologisch aantoonbaar, zoals blijkt uit de MRI van de halswervelkolom van 9 september 2011. Dit gevolg van de aandoening is na de compressie niet verdwenen. Op niveau C3-C6 treden de zenuwen van de armen uit. Hierdoor ondervindt zij klachten aan haar handen en heeft zij problemen bij de ADL. Verzoekster stelt dat een ruggenmergaandoening op bijlage 1 Bzv wordt vermeld. De neuroloog heeft de diagnose verkeerd opgeschreven, waardoor de indruk is gewekt dat de myelopathie is verdwenen. Verzoekster stelt voorts dat het CVZ-advies niet zaligmakend is, en dat de medisch adviseur

van de ziektekostenverzekeraar het bestaan van de indicatie destijds heeft erkend. De kosten van fysiotherapie zijn acht jaar lang vergoed. Tot slot stelt verzoekster dat zij dagelijks oefeningen doet. Zij is intussen overgestapt naar een andere verzekeraar, en die vergoedt de kosten van de fysiotherapie wel.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoekster goedkeuring heeft gekregen voor de behandelingen tot 1 juni 2010. Daarna is de aanvraag van verzoekster opnieuw bekeken. In het geval van verzoekster is niet gebleken van myelopathie ten tijde van de aanvraag. Er is geen actuele myelumcompressie of recidief stenose. Wel is sprake van een resttoestand na myelopathie bestaande uit een diffuus verminderde sensibiliteit, maar dit is geen ruggenmergaandoening als bedoeld in bijlage 1 Bzv. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de aanvraag van verzoekster daarom terecht is afgewezen.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de myelopathie en de sensibiliteitsstoornis niet worden ontkend. Het ruggenmerg van verzoekster is ingedeukt. Er is echter geen sprake meer van compressie, maar van een restsituatie die permanente fysiotherapie niet rechtvaardigt. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het doel dat met de fysiotherapie werd nagestreefd is bereikt. In 2010 zijn nog twintig behandelingen vergoed.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

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

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van fysiotherapie te vergoeden, 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18 tot en met 20 van de zorgverzekering. Artikel 18.16 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op paramedische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt artikel 18.16:

“Artikel 18.16 Paramedische zorg

Lid 1 Paramedische zorg

De aanspraak op de vergoeding van kosten van paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadvisering. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.

Lid 2 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder omvat - vanaf de tiende behandeling – de noodzakelijke behandelingen, door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut, in geval er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage is op aanvraag verkrijgbaar en is te raadplegen op de website [www.\[naam ziektekostenverzekeraar\].nl](http://www.[naam ziektekostenverzekeraar].nl). (...)

- 8.3. Artikel 18.16 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Paramedische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 en bijlage 1 Bzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 3.18 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van fysiotherapie en oefentherapie, en luidt, voor zover hier van belang:

“3.18 Fysiotherapie en oefentherapie

3.18.1. Behandeling door een gecontracteerde zorgverlener

Vergoeding:

Volledig voor 21 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarden:

Behandelingen worden uitgevoerd door een met de zorgverzekeraar gecontracteerde (kinder)fysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, (psychosomatisch) oefentherapeut Cesar of Mensendieck, bekkentherapeut, oedeemtherapeut of manueel therapeut. Tevens vallen behandelingen hydrotherapie onder de dekking, wanneer uitgevoerd door een van deze therapeuten.

Toelichting:

Als er sprake is van een chronische indicatie zoals genoemd in Bijlage I van het Besluit Zorgverzekering komen de kosten vanaf de 10e behandeling voor vergoeding in aanmerking op de zorgverzekering. Een lijst van gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden op [www.\[naam ziektekostenverzekeraar\].nl](http://www.[naam ziektekostenverzekeraar].nl).

3.18.2. Behandelingen door een niet-gecontracteerde zorgverlener

Vergoeding:

Volledig voor 21 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar tot het marktconforme tarief.

Voorwaarden:

Behandelingen worden uitgevoerd door een (kinder)fysiotherapeut, (psychosomatisch) oefen-therapeut Cesar of Mensendieck, bekkentherapeut, oedeemtherapeut of manueel therapeut. Tevens vallen behandelingen hydrotherapie onder de dekking, wanneer uitgevoerd door een van deze therapeuten.

Toelichting:

Als er sprake is van een chronische indicatie zoals genoemd in Bijlage I van het Besluit Zorg-verzekering komen de kosten vanaf de 10e behandeling voor vergoeding in aanmerking op de zorgverzekering."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Fysiotherapie kan ten laste van de zorgverzekering worden gebracht indien sprake is van een indicatie die voorkomt in bijlage 1 Bzv. In lid 1, onderdeel a, subonderdeel 2° bijlage 1 Bzv wordt de indicatie ruggemergaandoening genoemd. De huisarts heeft in 2002 bij verzoekster de diagnose "myelopathie" gesteld. Dit is een aandoening van het ruggenmerg. Uit de verklaring van de neuroloog zou kunnen worden opgemaakt dat thans geen sprake (meer) is van myelopathie.
- 9.2. Verzoekster heeft echter gesteld dat thans (nog steeds) sprake is van myelopathie. Ter onderbouwing heeft zij onder meer een verklaring van de huisarts en de uitslag van een MRI-scan overgelegd. Bovendien zijn de kosten van fysiotherapie de afgelopen jaren door de ziektekostenverzekeraar vergoed op de grond dat sprake was van myelopathie. Ook haar huidige verzekeraar vergoedt de kosten, op grond van deze indicatie, ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft deze stellingen van verzoekster niet, althans onvoldoende bestreden.
- 9.3. De commissie is daarom van oordeel dat de behandelingen fysiotherapie die verzoekster in 2010 heeft ondergaan voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster in 2010 recht had op vergoeding van 21 behandelingen fysiotherapie, en dat dit aantal in 2010 reeds was bereikt. Nu de behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering dienen te worden vergoed, kan dit onderdeel verder blijven rusten.

Schadevergoeding

- 9.5. Door verzoekster is voorts vergoeding gevorderd in verband met de emotionele schade die zij heeft geleden. Zij heeft deze schade echter op geen enkele wijze onderbouwd, terwijl er overigens geen grond is voor toewijzing van dit deel van haar vordering.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
- 10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 26 oktober 2011,

Voorzitter