

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Geneeskundige zorg, fysiotherapie
Zaaknummer : 2011.01299
Zittingsdatum : 9 november 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.6 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

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 Optimaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten verzekering Tandarts Uitgebreid is niet in het geding en blijft om die reden verder onbesproken.

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 twee behandelingen fysiotherapie per week (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 december 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat tot 1 januari 2011 de kosten van twee behandelingen fysiotherapie per week zullen worden vergoed. Na 1 januari 2011 zal echter nog maar één behandeling per week worden vergoed.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 17 mei 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven. Echter, omdat de behandeling van het verzoek om heroverweging zo lang heeft geduurd, zal de ziektekostenverzekeraar pas vanaf 1 juni 2011 het aantal te vergoeden behandelingen fysiotherapie terugbrengen naar één per week.
- 3.3. Bij brief van 25 mei 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).

- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 augustus 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 augustus 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 12 augustus 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 10 augustus 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 5 september 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011085061) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een aandoening die voorkomt op Bijlage 1 Bzv. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 november 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 15 november 2011 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en de ter zitting overgelegde pleitnota gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 18 november 2011 aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht
- 3.10. Hierin wordt onder andere gesteld dat de indicatie artrose niet is opgenomen in Bijlage 1 Bzv, en dat artrose niet valt onder de wel genoemde indicatie chronische artrosen. Verzoekster komt daarom niet in aanmerking voor het gevraagde.
- 3.11. Een afschrift van voornoemd definitief advies is op 21 november 2011 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar en verzoekster hebben op 23 respectievelijk 24 november 2011 gereageerd op het advies. Op 25 november 2011 zijn afschriften van deze reacties ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De huisarts heeft bij schriftelijke aanvraag d.d. 2 december 2010 verzoekster doorverwezen naar een fysiotherapeut met de diagnose: "chronische degeneratieve afwijkingen cervicaal + lumbaal".
- 4.2. De fysiotherapeut heeft schriftelijk verklaard dat verzoekster sinds 2006 vanwege haar pijnklachten onder behandeling is: "eerst voor het lymfe-oedeem en later de andere pijnklachten simultaan". Sinds maart 2010 wordt verzoekster alleen nog behandeld voor de code 3923.

- 4.3. Verzoekster heeft reeds lange tijd artrose. In eerste instantie in haar onderrug, maar daarna ook in haar bovenrug, schouders, armen en benen. Aanvankelijk voldeed één behandeling fysiotherapie per week, maar met de toename van haar klachten moest het aantal behandelingen worden uitgebreid naar twee per week. Vanwege de toename van de pijnklachten is verzoekster doorverwezen naar de pijnpoli van het ziekenhuis, waar zij regelmatig injecties krijgt toegediend.
- 4.4. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar geen bestendig beleid voert, nu hij gedurende een aantal jaren de kosten van twee behandelingen fysiotherapie per week heeft vergoed en hij dit aantal nu wil terugbrengen naar één behandeling per week. Verzoekster heeft baat bij twee behandelingen per week en is daarom van oordeel dat zij hierop aanspraak heeft. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar de standpunten van de medisch specialisten, de huisarts en de behandelend fysiotherapeut terzijde geschoven.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat in Bijlage 1, lid 1, sub b onder 9 Bzv de indicatie chronische artitiden is opgenomen. Artritis is een verzameling van aandoeningen die betrekking hebben op schade aan de gewrichten. Artrose is één van deze aandoeningen. Dat de artrose chronisch is staat niet ter discussie. Daarom bestaat zowel op grond van de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op fysiotherapie.
Verzoekster heeft artrose in meerdere gewrichten. Door de fysiotherapeut van het Ikazia ziekenhuis is vastgesteld dat zij een aantal activiteiten, zoals zwemmen, niet mag ondernemen. De anesthesioloog heeft verzoekster geadviseerd de fysiotherapie voort te zetten. De behandelend fysiotherapeut acht twee behandelingen fysiotherapie per week noodzakelijk voor verzoekster.
Hoewel de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 17 mei 2011 heeft toegezegd dat eerst met ingang van 1 juni 2011 nog maar één behandeling per week zal worden vergoed, schrijft hij in zijn brief van 26 september 2011 dat dit reeds met ingang van 1 januari 2011 ingaat.
- 4.6. Bij brief van 24 november 2011 heeft verzoekster – in reactie op het definitieve CVZ-advies – nogmaals benadrukt dat artrose ook onder de indicatie chronische artitiden valt, zoals vermeld in Bijlage 1 Bzv. Verzoekster heeft ter onderbouwing van haar stelling een artikel (dat zij op internet heeft gevonden) meegestuurd, waarin wordt gesteld dat artrose een vorm van artritis is. Voorts heeft zij de verwijzing van de fysiotherapeut, een artikel waarin de link tussen artritis en artrose wordt gelegd, en de NHG-Patiëntenbrief meegestuurd.
Verzoekster leest in het definitieve advies van het CVZ dat de medisch adviseur van het CVZ niet op de hoogte is gesteld van hetgeen ter zitting is gesteld. Daarom kan de medisch adviseur hierover geen oordeel geven. Verzoekster vindt deze gang van zaken onzorgvuldig en zij is van mening dat het definitieve CVZ-advies inhoudelijk niet correct is.
Daarnaast benadrukt verzoekster dat in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op volledige vergoeding van fysiotherapie. Daarom is het “juridisch onacceptabel een restrictie van het aantal behandelingen op te leggen”.
- 4.7. 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 artrose niet is opgenomen in Bijlage 1 Bzv. Daarom bestaat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak op vergoeding van fysiotherapie bij deze indicatie. De kosten van de fysiotherapeutische behandeling zijn dan ook nimmer op grond van de zorgverzekering vergoed.
- 5.2. In 2006 heeft de ziektekostenverzekeraar ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering 42 behandelingen fysiotherapie vergoed aan verzoekster, in de jaren 2007 tot en met 2011 respectievelijk 101, 84, 27, 75 en 54.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar bekijkt periodiek of er voor een bepaalde, zich herhalende behandeling, nog een medische noodzaak bestaat. Artikel 87 Zvw en het daarop gebaseerde hoofdstuk 7 Rzv bieden de mogelijkheid informatie bij een zorgverlener op te vragen zonder schriftelijke toestemming van de verzekerde. Dit is ook in het onderhavige geval gebeurd.
- 5.4. Voor artrose is geen genezing mogelijk. De fysiotherapeut kan echter wel een belangrijke bijdrage leveren als het gaat om het omgaan met de klachten. De medisch adviseur stelt, mede op basis van informatie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), dat de fysiotherapeut de patiënt leert oefeningen te doen om de spieren rond het 'probleemgewricht' te trainen. Daarnaast krijgt de patiënt advies over wat hij of zij zelf kan doen en welke bewegingen geschikt zijn. De patiënt kan dus zelf veel doen om de klachten te verminderen. Tijdens de fysiotherapeutische behandeling streven patiënt en fysiotherapeut naar afname van de afhankelijkheid van de patiënt.
- 5.5. Een voortdurende fysiotherapeutische behandeling bij artrose is niet conform de stand van de wetenschap en de praktijk, zodat op grond van artikel 2.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering geen recht bestaat op vergoeding. Hoewel een algehele afwijzing dus in de rede had gelegen, is besloten om – gezien het aantal fysiotherapeutische behandeling in de afgelopen jaren - de vergoeding hiervan te beperken tot één keer per week.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat artrose niet onder de indicatie chronische artritiden valt. Dit volgt ook uit het CVZ-advies. De verleende fysiotherapie is niet conform de stand van de wetenschap en de praktijk, omdat teveel behandelingen hebben plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar is evenwel bereid één behandeling per week te blijven vergoeden. In de brief van 17 mei 2011 is in dit verband 1 juni 2011 als ingangsdatum vermeld; in de brief van 26 september 2011 staat 1 januari 2011. Uiteraard zal de ziektekostenverzekeraar bij dit verschil uitgaan van de meeste gunstige ingangsdatum voor verzoekster, te weten 1 juni 2011.
- 5.7. Bij brief van 23 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bericht dat hij zijn standpunt handhaaft.
- 5.8. 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 verzoekster ook na 1 juni 2011 aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van twee behandelingen fysiotherapie per week 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 kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18.1 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 18.16 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op paramedische zorg bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“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 dertiende 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.
(...)”*

- 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, waaronder fysiotherapie, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv. In deze bepaling wordt voor een overzicht van de aandoeningen die recht geven op behandeling ten laste van de zorgverzekering verwezen naar 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. In artikel 3.19 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie opgenomen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“3.19.1 Behandeling door een gecontracteerde zorgverlener.

Vergoeding:

Volledig.

Voorwaarden:

*Behandelingen worden uitgevoerd door een met de zorgverzekeraar gecontracteerde (kinder)fysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, (psychosomatisch) oefentherapeut Cesar of Mensendieck, bekkentherapeut, oedeemtherapeut, manueel therapeut of geriatrisch fysiotherapeut.
(...)”*

- 8.7. In artikel 2.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald:

“De aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg als in deze aanvullende verzekering omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster kan aanspraak maken op behandelingen fysiotherapie, met uitzondering van de eerste twaalf behandelingen, ten laste van de zorgverzekering, indien haar aandoening voorkomt op Bijlage 1 Bzv. Volgens het formulier “verwijzing/aanvraag” van 2 december 2010 is bij verzoekster sprake van “chronische degeneratieve afwijkingen cervicaal + lumbaal”. Deze indicatie komt niet voor op Bijlage 1 Bzv, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Hetzelfde geldt voor de indicatie artrose, waarvan bij verzoekster sprake is.
- 9.2. Door verzoekster is betoogd dat artrose valt onder de in Bijlage 1 Bzv genoemde indicatie chronische artritiden. Het CVZ heeft de commissie in zijn definitieve advies van 18 november 2011 medegedeeld dat deze zienswijze onjuist is. De commissie neemt kennis van die conclusie en maakt deze tot de hare. De informatie die verzoekster op 24 november 2011 naar de commissie heeft gezonden, maakt het voorgaande niet anders.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Verzoekster heeft op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op volledige vergoeding van de kosten van fysiotherapie. Echter, in artikel 2.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt de vergoeding van zorg ten algemene beperkt tot zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat een voortdurende fysiotherapeutische behandeling bij de indicatie artrose niet conform de stand van de wetenschap en de praktijk is. Hij baseert dit onder meer op de KNGF-richtlijnen. Door de behandelend fysiotherapeut is weliswaar gesteld dat een verlaging van de behandelfrequentie leidt tot vermindering van kwaliteit van leven en bevordering van klachten, maar hij onderbouwt dit niet. Mede gezien het feit dat het hier gaat om een meerjarige behandeling biedt deze stelling onvoldoende grond af te wijken van de door de eigen beroepsgroep geformuleerde richtlijn. Nu niet is voldaan aan de polisvoorwaarden, komen de behandelingen fysiotherapie niet voor vergoeding in aanmerking. Dat verzoekster veel baat heeft bij twee behandelingen fysiotherapie per week doet hier niet aan af.

Definitief CVZ-advies

- 9.5. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat het definitieve CVZ-advies onzorgvuldig tot stand is gekomen, overweegt de commissie als volgt. In de eerste alinea van voornoemd advies staat vermeld dat de commissie het CVZ op 15 november 2011 het verslag van de hoorzitting en de tijdens de hoorzitting overgelegde pleitnota heeft gestuurd. Vervolgens staat in de tweede alinea vermeld dat “het College deze stukken voor een medische beoordeling (heeft) voorgelegd aan zijn medisch adviseur. Deze heeft de stukken bestudeerd ...”. Uit de tekst van het definitieve CVZ-advies van 18 november 2011 blijkt dus duidelijk dat de medisch adviseur van het CVZ – anders dan verzoekster stelt – wel kennis heeft genomen van hetgeen ter zitting is gesteld en van de stukken die toen zijn overgelegd. Het advies is daarom niet onzorgvuldig tot stand gekomen.

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, 21 december 2011,

Voorzitter