

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, revalidatiezorg, fysiotherapie
Zaaknummer : 2012.03185
Zittingsdatum : 7 augustus 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.6 en bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Standaard Zorgverzekering (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 Aanvullend Classic 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op derde fase hartrevalidatie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 26 juni 2012 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 26 november 2012 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 29 april 2013 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 zorgverzekering dan wel 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 5 juni 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 juni 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 10 juni 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 juli 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 6 juni 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 16 juli 2013 (zaaknummer 2013069459) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten, omdat niet duidelijk is of sprake is van een indicatie voor hartrevalidatie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 augustus 2013 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 9 augustus 2013 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 28 augustus 2013 aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Het CVZ concludeert dat verzoeker niet in aanmerking komt voor het gevraagde. De indicatie 'status na CABG' is per 1 januari 2012 vervallen als indicatie voor fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Of sprake is van een indicatie voor hartrevalidatie kan op basis van het dossier en het verslag van de hoorzitting niet worden beoordeeld.
Een afschrift hiervan is op 9 september 2013 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker heeft in november 2011 een coronary artery bypass-operatie ondergaan. Op 19 januari 2012 heeft de behandelend cardioloog verklaard dat verzoeker een indicatie heeft voor derde fase hartrevalidatie. Verzoeker is op 21 februari 2012 begonnen met de voorgeschreven therapie.
 - 4.2. Verzoeker bestrijdt dat de onderhavige therapie is aan te merken als fysiotherapie. Het betreft revalidatie onder leiding van twee fysiotherapeuten en in samenwerking met het UMC Groningen. Verzoeker is naar deze zorgverleners verwezen, omdat er bij het ziekenhuis een wachtlijst was ontstaan voor revalidatie.
 - 4.3. Verzoeker heeft van medepatiënten die ook bij voornoemde zorgverleners revalideren vernomen dat zij de kosten van de therapie wel vergoed krijgen van de ziektekostenverzekeraar.

- 4.4. Ter zitting is door verzoeker benadrukt dat de onderhavige zorg hartrevalidatie betreft. Dit is bevestigd door zowel de huisarts als de medisch specialist. Ter aanvulling heeft hij aangevoerd dat weldegelijk sprake is van een chronische indicatie, aangezien hij zijn leven lang medicijnen moet gebruiken. Hij heeft een hartinfarct gehad en mist delen van zijn hartcapaciteit. Kortgeleden heeft verzoeker wederom revalidatie gehad bij het UMCG. De kosten hiervan zijn wel door de ziektekostenverzekeraar vergoed, terwijl het precies dezelfde zorg was als de thans in geschil zijnde zorg.
De behandelend fysiotherapeut heeft een relatie met het ziekenhuis, maar werkt zelfstandig.
- 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. De bypass-operatie die verzoeker in november 2011 heeft ondergaan is door de ziektekostenverzekeraar vergoed. In januari 2012 heeft de behandelend cardioloog verzoeker medegedeeld dat hij een hartrevalidatieprogramma moet volgen. Op 20 februari 2012 heeft verzoeker zich gewend tot een fysiotherapeut.
- 5.2. De onderhavige therapie kan niet worden aangemerkt als revalidatie in de zin van de zorgverzekering, omdat geen sprake is van een multidisciplinaire behandeling. Dit blijkt uit de declaraties.
- 5.3. De fysiotherapeut heeft de behandelingen gedeclareerd met CSI-code 009. Dit is de code voor acute indicaties. Op de machtigingsaanvraag voor fysiotherapie van juni 2012 staat 'voortzetting hartrevalidatie' als indicatie vermeld. Deze indicatie komt niet voor op Bijlage 1 Bzv. Met ingang van 1 januari 2012 is de indicatie 'status na CABG' van Bijlage 1 Bzv geschrapt. Daarom bestaat geen aanspraak op fysiotherapie bij deze indicatie ten laste van de zorgverzekering. Aangezien de betreffende indicatie expliciet is geschrapt, wordt evenmin een machtiging gegeven op grond van de indicatie 'status na opname' die nog wel is opgenomen in Bijlage 1 Bzv. Bovendien is de behandeling niet direct na het ontslag uit het ziekenhuis aangevangen.
- 5.4. Verzoeker heeft aanspraak op vergoeding van veertien behandelingen fysiotherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat indien er een indicatie is voor hartrevalidatie door het ziekenhuis een DBC wordt gedeclareerd. Dit is in het geval van verzoeker niet gebeurd. Hartrevalidatie valt onder medisch-specialistische zorg.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 8 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende

ziekttekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de onderhavige kosten als nog 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 mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op revalidatie bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“Revalidatie (natura)

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;*
- u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.*

(...)

Door

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. De quickscan zoals hiervoor omschreven moet onder leiding van een revalidatie-arts worden uitgevoerd.

(...)”

- 8.3. Artikel 24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op fysiotherapie en oefentherapie, en luidt, voor zover hier van belang:

“Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck (restitutie)

Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

(...)

18 jaar en ouder:

(...)

- u hebt vanaf de 21e behandeling recht op vergoeding van de kosten van behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. Deze aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van VWS. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst. De kosten van de eerste twintig behandelingen per aandoening komen voor uw eigen rekening. U krijgt deze behandelingen mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. (...)

- 8.4. De artikelen 15 en 24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Paramedische zorg, waaronder fysiotherapie en oefentherapie, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 en bijlage 1 Bzv.
- 8.6. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7. In artikel 16 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat bij een indicatie zoals vermeld in bijlage 1 Bzv per indicatie aanspraak bestaat op 100 percent van de kosten van de eerste twintig zittingen fysiotherapie. Voor overige medische indicaties bestaat aanspraak op vergoeding van maximaal veertien zittingen per indicatie.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker heeft in november 2011 een coronary artery bypass-operatie (hierna: CABG) ondergaan. De cardioloog heeft verzoeker daarom op 19 januari 2012 verwezen naar een fysiotherapeut voor derde fase hartrevalidatie. De fysiotherapeut heeft de behandelingen bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd met CSI-code 009.
- 9.2. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op fysiotherapie indien de indicatie is opgenomen in bijlage 1 Bzv. De indicatie 'status na CABG' is per 1 januari 2012 vervallen. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker om die reden geen (verzekerings)indicatie heeft voor fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering, ook niet op grond van de in bijlage 1 Bzv opgenomen indicatie 'status na opname'. Het

CVZ heeft de juistheid van deze stelling in zijn advies van 16 juli 2013 bevestigd. De commissie neemt de conclusie van het CVZ over en maakt deze tot de hare. Dit betekent dat verzoeker op grond van artikel 24 van de zorgverzekering geen aanspraak kan maken op vergoeding.

- 9.3. Volgens verzoeker is de onderhavige fysiotherapie aan te merken als hartrevalidatie. Daarom dient te worden beoordeeld of deze zorg voldoet aan de voorwaarden van de zorgverzekering voor revalidatiezorg.
- 9.4. Het CVZ heeft in zijn voorlopige advies van 16 juli 2013 en zijn definitieve advies van 28 augustus 2013 verklaard dat op basis van het dossier niet beoordeeld kan worden of verzoeker een indicatie had voor hartrevalidatie. Aangezien de cardioloog verzoeker een verwijzing heeft gegeven voor hartrevalidatie, en de ziektekostenverzekeraar dit niet heeft weersproken dat verzoeker een indicatie had voor hartrevalidatie, neemt de commissie voor vaststaand aan dat een zodanige indicatie bestond.
- 9.5. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt dat onder revalidatie wordt verstaan een behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, die wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. Niet gebleken is dat in het onderhavige geval een team is samengesteld dat kan worden aangemerkt als een multidisciplinair team als bedoeld in voornoemd artikel. De zorg is verleend door een zelfstandig fysiotherapeut die de zorg als fysiotherapie heeft gedeclareerd. De wijze van declaratie is leidend. Om die reden is geen sprake van revalidatiezorg als bedoeld in voornoemd artikel, zodat verzoeker uit dien hoofde geen aanspraak heeft op vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt bij de gegeven indicatie dekking voor ten hoogste veertien behandelingen fysiotherapie. Verzoeker heeft de maximale vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering reeds ontvangen. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen mogelijkheid tot een hogere vergoeding.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 oktober 2013,

Voorzitter