



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	A te B, tegen ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Amersfoort, vertegenwoordigd door De Amersfoortse Verzekeringen N.V. te Amersfoort
Zaak	: Geneeskundige zorg, paramedische zorg, fysiotherapie, Guillain-Barré syndroom
Zaaknummer	: 201600554
Zittingsdatum	: 23 november 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.6 en bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V., en
- 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Amersfoort,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in dezen vertegenwoordigd door De Amersfoortse Verzekeringen N.V. te Amersfoort.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering Flexibel 2015 (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 Aanvulling 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van de kosten van fysiotherapie ten bedrage van € 97,50 per behandeling (hierna: de aanspraak). Bij brief van 23 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de betreffende kosten gedeeltelijk worden betaald, te weten voor een reguliere behandeling een bedrag van € 28,90 per sessie.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 26 februari 2016 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 e-mailbericht van 27 juni 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 14 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 september 2016 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 23 september 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
-  3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.9. Bij brief van 19 september 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 31 oktober 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016118590) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de aandoening van verzoeker (acute motore axonale neuropathie) niet is genoemd in de prestatiebeschrijving die in de betreffende declaratieperiode geldig was. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 1 november 2016 aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 20 oktober 2016 zijn nadere reactie gestuurd. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gezonden.
-  3.11. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 9 november 2016 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
-  3.12. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 november 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.13. De commissie heeft verzoeker op 25 november 2016 nogmaals de onder 3.6 genoemde brief van de ziektekostenverzekeraar gestuurd, en hem daarbij in de gelegenheid gesteld hierop binnen twee weken te reageren. Verzoeker heeft op 4 december 2016 gereageerd op de onder 3.6 genoemde brief van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gestuurd.
-  3.14. Bij brief van 7 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 9 december 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. De behandelend neuroloog heeft ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard:
"Bovengenoemd patiënt zie ik ter controle op de polikliniek neurologie in verband met een status na een acute motore axonale neuropathie (variant Guillain-Barré syndroom). Hiervoor heeft hij een intensief revalidatietraject doorlopen. Gezien het feit dat er nog altijd sprake is van geleidelijke klinische verbetering, is er naar mijn mening een indicatie voor intensieve fysiotherapie (meer dan 20 minuten per dag). Ik verzoek u daarom dit te faciliteren; (...)"
-  4.2. Verzoeker heeft sinds januari 2015 het Guillain-Barré syndroom. Hij lag een maand in het ziekenhuis, waarvan één week op de intensive care. Vervolgens heeft verzoeker zes maanden lang, gedurende vijf dagen per week, tweeënhalf uur per dag behandelingen fysiotherapie gehad. Na dat half jaar is verzoeker overgestapt naar een andere fysiotherapeut en thans krijgt hij

behandelingen van anderhalf uur per zitting. Om er weer bovenop te komen, moet verzoeker een lang revalidatietraject doorlopen van 12 tot 36 maanden. De behandelend neuroloog heeft verklaard dat verzoeker vooruitgang boekt en dat de behandelingen fysiotherapie derhalve moeten worden gecontinueerd. Tevens hebben medisch specialisten bevestigd dat goede fysiotherapeutische begeleiding noodzakelijk is teneinde een optimaal herstel te bereiken.

- 4.3. De behandelingen fysiotherapie duren ongeveer anderhalf uur per zitting. Volgens de multidisciplinaire richtlijn voor het Guillain-Barré syndroom uit 2011 omvat de behandeling fysiotherapie het functioneel trainen van lichaamsfuncties en vaardigheden. Echter, de ziektekostenverzekeraar vergoedt slechts € 28,90 per sessie. Dat is de vergoeding die staat voor de behandeling van een lokaal spierprobleem. Aangezien de behandeling voor het Guillain-Barré syndroom veel complexer is, zou hier ook een hogere vergoeding tegenover moeten staan. Verzoeker heeft niet genoeg aan de 'reguliere' twintig minuten per zitting. Dat is de tijd die hij al nodig heeft om zich te verplaatsen binnen de oefenruimte en om tussen de oefeningen door te herstellen. Volgens de medisch specialisten is het namelijk van groot belang goed te luisteren naar zijn lichaam en te voorkomen dat de zenuwbanen worden overprikkeld. Overbelasting en overtraining kunnen namelijk leiden tot een terugval. De behandelend specialisten van verzoeker bevestigen dat het revalidatietraject ongeveer drie jaar duurt en dat gedurende die periode frequente intensieve therapie - van anderhalf uur - zinvol is.
- 4.4. Verzoeker heeft meerdere malen telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar, waarbij hem werd gezegd dat de nota's voor de behandelingen fysiotherapie zouden worden vergoed. De betaling bleef echter uit. Pas bij brief van 26 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag definitief afgewezen.
- 4.5. Voorts heeft verzoeker gesteld dat de kwestie al geruime tijd duurt en dat hij een deel van de kosten zelf betaalt. Dit komt neer op € 60,-- per dag, oftewel circa € 1.200,-- per maand. Hij merkt verder op dat geen van de betrokken deskundigen is gehoord.
- 4.6. In reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 14 september 2016 heeft verzoeker het volgende aangevoerd.
Het verheugt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard niet te twijfelen aan zijn behoefte aan fysiotherapie. Hiermee wordt het advies van de specialisten (neurologen en revalidatieartsen) ter harte genomen. Echter, het afzien van vergoeding van de benodigde therapie door de ziektekostenverzekeraar is hiermee tegenstrijdig. Afwijzing van vergoeding betekent ook afwijzing van de therapie.
De ziektekostenverzekeraar verwijst naar beleidsregel BR/CU-7113. Verzoeker is ter zake een leek en heeft louter baat bij de benodigde fysiotherapie en de vergoeding daarvan. Het is twijfelachtig of de ziektekostenverzekeraar de fysiotherapie niet *mag* vergoeden. Het Guillain-Barré is dusdanig zeldzaam dat geen bezwaar tegen vergoeding van de fysiotherapie is te verwachten. Het gaat om gestandaardiseerde fysiotherapeutische behandeling, en niet om alternatieve geneeskunde of een experimentele behandeling in het buitenland.
Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat het zo kan zijn dat de fysiotherapeutische zorg niet kan worden vergoed ingevolge de beleidsregels, in die zin dat de vergoeding te laag is gezien de duur van de zorg, maar dat niet kan worden vastgesteld of dit daadwerkelijk zo is, omdat dit zich onttrekt aan zijn waarneming. Dit punt stoort verzoeker het meest. Wanneer kennis of ervaring op het gebied van gezondheidszorg en revalidatie ontbreekt, is het aangewezen dat de ziektekostenverzekeraar zich laat inlichten door (medisch) specialisten. Verzoeker heeft getracht de ziektekostenverzekeraar in contact te brengen met de betreffende specialisten, maar deze heeft verzaakt informatie in te winnen bij hen.
Na ruim veertig jaar uitgebreid verzekerd te zijn bij de ziektekostenverzekeraar, had verzoeker meer verwacht.
- 4.7. Verzoeker ontving van de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar intussen een brief, gedateerd 8 november 2016. Hierin is vermeld dat niets bekend is over een geschilprocedure, zodat de incassomaatregelen niet worden opgeschort. Verzoeker is verbaasd over deze brief,

aangezien met de ziektekostenverzekeraar is afgesproken dat geen incassomaatregelen ter zake van een eigen risicovordering worden getroffen tot het moment dat de commissie een bindend advies heeft uitgebracht. Daarnaast bedraagt de eigen risicovordering circa € 300,--, terwijl de ziektekostenverzekeraar nog circa € 750,-- aan vervoerskosten moet vergoeden.

- 4.8. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij na een val van de trap het Guillain-Barré syndroom heeft opgelopen. Binnen 48 uur was sprake van totale verlamming. Verzoeker is in het ziekenhuis opgenomen en de diagnose Guillain-Barré syndroom werd gesteld. Er volgde een heel langzaam herstel. Aan verzoeker werd het advies gegeven te zoeken naar een goede fysiotherapeut. Deze is gevonden in de persoon van de heer Post. Verzoeker kan na de behandelingen zijn armen en benen weer goed bewegen en is niet meer afhankelijk van een rolstoel. Hij traint elke dag voor zijn herstel. Er zal nog één of twee jaar nodig zijn om de situatie te optimaliseren. Verzoeker kampt nog wel met restverschijnselen, zoals een tremor in de handen en sterke vermoeidheidsklachten. Thuis zijn aanpassingen uitgevoerd, waaronder het aanleggen van een lift.
- Voorts heeft verzoeker ter zitting gesteld dat discussie is gevoerd over of het gaat om een aandoening die wordt gestuurd door de hersenen. Dit is duidelijk het geval en een lange behandelingsduur is dan aangewezen. Conform de verzekeringsvoorwaarden bestaat aanspraak op fysiotherapie, en de fysiotherapeut bepaalt hoeveel therapie nodig is. In de voorwaarden is niets bepaald over de duur van de behandelingen. De fysiotherapeut krijgt weliswaar betaald voor twintig minuten, maar de noodzakelijke behandelduur is veel langer. Kennelijk moet de fysiotherapeut van de ziektekostenverzekeraar een deel van de tijd voor niets werken. Dat dit volgens de ziektekostenverzekeraar een zaak is tussen de fysiotherapeuten en de NZa gaat te ver. Het tarief voor een zitting is altijd € 28,90, ongeacht de duur. Er is geen limiet wat betreft de behandelduur, maar alleen met betrekking tot het tarief. Verzoeker moet op advies van deskundigen minimaal vijf, maar het liefst zeven dagen in de week behandelingen fysiotherapie krijgen, van minimaal een uur. Er mag echter maar gedurende een bepaalde periode één zitting per dag worden gedeclareerd. De vergoeding biedt onvoldoende compensatie. Verzoeker betaalt thans aan de fysiotherapeut het verschil tussen de werkelijke kosten en de declaratie van € 28,90 bij de ziektekostenverzekeraar. Als hij hiertoe niet de financiële middelen had gehad, had verzoeker niet de zorg gekregen die hij nodig heeft. Iedereen kan het Guillain-Barré syndroom krijgen.
- 4.9. 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 benadrukt allereerst dat geen reden is te twijfelen aan de door verzoeker beschreven behoefte aan fysiotherapie.
- 5.2. De kosten van behandelingen fysiotherapie worden tot maximaal het marktconforme tarief van € 28,90 per sessie betaald. Dit is het bedrag voor een reguliere behandeling fysiotherapie. Bij een reguliere behandeling gaat het om een zitting per patiënt, ongeacht de inhoud van de behandeling en de tijdsduur per behandeling.
- 5.3. Onder bepaalde omstandigheden kan een lange zitting worden vergoed. Een lange zitting is bedoeld voor patiënten met complexe en/of meervoudige zorgvragen, waarbij de aandoening en de situatie van de patiënt met zich brengen dat het niet mogelijk is de interventie in een reguliere zitting uit te voeren. Volgens de prestatiebeschrijvingsbeschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa), BR/CU-7113, geldig van 1 januari 2015 tot en met 31 december 2015, gaat het bij complexe en/of meervoudige zorgvragen om de volgende limitatieve aandoeningen (artikel 4 ad h):
- meervoudig gehandicapten (lichamelijk en geestelijk);
 - cerebro-vasculair accident (hemiplegie/diplegie en tetraplegie, eerste jaar aansluitend aan het accident);
 - dwarslaesie;
 - centrale ruggenmergaandoeningen (bijvoorbeeld MS, ALS, poliomyelitis);
 - spierdystrofie (vanaf 18 jaar);

- spina bifida (vanaf 18 jaar);
- cystische fibrose.

Vanaf 1 januari 2016 tot 4 april 2016 gold beleidsregel BR/CU-7160, en vanaf 5 april 2016 beleidsregel BR/CU-7167. Beide beleidsregel hebben een gelijkkluidend artikel 4 ad m.

Alle voormelde beleidsregels van de NZa zijn vastgesteld op grond van artikel 57 lid 1 aanhef en onder b en c van de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg). Deze bepalingen geven de NZa de bevoegdheid om tarieven op grond van artikel 50 lid 1 onderdelen a, b en c Wmg c.q. prestatiebeschrijvingen op grond van artikel 50 lid 1 onderdeel d Wmg vast te stellen. Ingevolge artikel 35 lid 1 Wmg is het - kort gezegd - een zorgaanbieder verboden een tarief in rekening te brengen dat niet overeenkomt c.q. niet binnen de tariefruimte valt zoals die door de NZa is vastgesteld. Artikel 35 lid 3 Wmg verbiedt een ziektekostenverzekeraar een tarief als bedoeld in het eerste lid te betalen of aan derden te vergoeden. Buiten het feit dat op overtreding daarvan sancties kunnen volgen van de NZa zelf (hoofdstuk 6 Wmg), is overtreding daarvan ingevolge artikel 1 onder 2 van de Wet Economische Delicten ook een economisch delict.

De aandoening van verzoeker - het Guillain-Barré syndroom - valt niet onder die genoemd in artikel 4 ad h (2015) respectievelijk artikel 4 ad m (2016) van voornoemde beleidsregels. Tevens heeft de adviserend fysiotherapeut van de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat het syndroom een indicatie betreft die buiten het centrale zenuwstelsel valt en dat derhalve geen sprake is van een centrale ruggenmergaandoening.

In alle drie de beleidsregels is naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar de lijst met aandoeningen waarvoor een lange zitting gerechtvaardigd is, limitatief. Dat de beleidsregels in 2016 geen limitatieve lijst zouden bevatten, ondanks dat het woord 'limitatief' ontbreekt, onderschrijft de ziektekostenverzekeraar niet. De zinsnede "*Complexe en meervoudige zorgvragen zijn de aandoeningen en situaties, zoals hieronder omschreven*" duidt erop dat deze limitatief zijn bedoeld. Dit betekent dat de behandelend fysiotherapeut voor de aan verzoeker geleverde zorg geen tarief voor een lange zitting in rekening mag brengen en dat de ziektekostenverzekeraar dit tarief niet aan de zorgverlener of aan verzoeker mag vergoeden. Het meerdere dat verzoeker aan de fysiotherapeut heeft betaald, kan hij naar de mening van de ziektekostenverzekeraar dan ook als onverschuldigd betaald van de fysiotherapeut terugvorderen.

Het kan uiteraard zijn dat de door de fysiotherapeut verleende noodzakelijke zorg ingevolge de beleidsregels van de NZa niet adequaat kan worden vergoed, in die zin dat de vergoeding te laag is gezien de duur van de zorg. Of dit het geval is, onttrekt zich aan de waarneming van de ziektekostenverzekeraar. Dit is echter niet iets dat verzoeker of de ziektekostenverzekeraar regardeert.

Als de behandelend fysiotherapeut van mening is dat de zorg voor het Guillain-Barré syndroom door middel van een lange zitting zou moeten plaatsvinden, dient hij dit via zijn belangenorganisatie aan te kaarten bij de NZa. Het is de ziektekostenverzekeraar bekend dat de NZa regelmatig overleg voert met belangenorganisaties van zorgaanbieders.

Verzoeker komt niet in aanmerking voor vergoeding van een lange zitting.

- 5.4. Voorts kunnen per dag meerdere zittingen worden gedeclareerd, indien daar een medische noodzaak voor is. Verzoeker wordt per zitting anderhalf uur achter elkaar behandeld waardoor niet gesproken kan worden van meerdere zittingen op één dag.
- 5.5. Er is diverse malen telefonisch contact geweest tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar. Volgens de registratie van de telefonische contacten is nimmer sprake geweest van een toezegging van de kant van de ziektekostenverzekeraar, inhoudende vergoeding van de volledige kosten. In de verzekeringsvoorwaarden staan de voorwaarden en de dekking ter zake van behandelingen fysiotherapie duidelijk beschreven. Bij twijfel had verzoeker dit telefonisch kunnen navragen, hetgeen echter niet is gebeurd. Voorts heeft verzoeker pas achteraf - in oktober 2015 - de machtiging voor de behandelingen fysiotherapie aangevraagd bij de ziektekostenverzekeraar, terwijl de gedeclareerde behandelingen betrekking hebben op de periode van juni tot en met september 2015.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat niet wordt getwijfeld aan de behoefte van verzoeker aan fysiotherapie. Er is gekeken of recht bestaat op vergoeding

van een lange zitting fysiotherapie. Dit wordt bepaald door de beleidsregels van de NZa, waarin bepaalde aandoeningen worden genoemd. De vraag is of het hierbij een limitatieve opsomming betreft. Dit is nagevraagd bij de NZa en medegedeeld werd dat de bedoeling was een limitatieve lijst op te stellen. Het Zorginstituut is dezelfde mening toegedaan. Dit betekent dat verzoeker een deel van de kosten van de fysiotherapie zelf moet betalen. De fysiotherapeut kan hieraan ook meewerken, maar de ziektekostenverzekeraar houdt zich aan de beleidsregel. De vraag die opkomt is wie het risico hoort te dragen. Dit betreft een zaak tussen de fysiotherapeuten en de NZa.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 17 van de zorgverzekering en artikel 18 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 ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de behandelingen fysiotherapie alsnog volledig 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 zorgaanbieders en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18.1 tot en met 18.23 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 18.15 lid 2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder omvat - vanaf de 21e 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; (...)"

8.4. Artikel 3 lid 2 van de zorgverzekering bepaalt de maximale vergoeding van de kosten en luidt, voor zover hier van belang:

"De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het overeengekomen tarief dat is afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders;

- het wettelijke maximum tarief dat op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg is vastgesteld.

- wanneer er geen wettelijk tarief is vastgesteld, op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg en er geen tarieven zijn overeengekomen met de zorgaanbieder die de zorg heeft verleend, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het marktconforme tarief; (...)"

- 8.5. De artikelen 3 lid 2 en 18.15 lid 2 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11 lid 1 onderdeel a en 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 en bijlage 1 Bzv.
- 8.7. 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.
- 8.8. In onderdeel '3. Omvang van de dekking' van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is opgenomen dat aanspraak bestaat op vergoeding van maximaal 36 behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Voorts is in onderdeel '2. Wijze van uitvoering' in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaald dat deze verzekering een aanvullende vergoeding verleent bovenop de zorgverzekering. Er wordt pas vergoeding verleend als de kosten niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. Kosten die onder het eigen risico van de zorgverzekering vallen, worden niet aanvullend vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, waarnaar artikel 18.15 lid 2 van de zorgverzekering verwijst, genoemde aandoening. De behandelingen fysiotherapie worden derhalve vanaf de 21ste behandeling vergoed ten laste van de zorgverzekering. Conform artikel 3 lid 2 van de zorgverzekering is de vergoeding per zitting door de ziektekostenverzekeraar bepaald op € 28,90. De wijze waarop dit tarief is vastgesteld vormt geen onderwerp van geschil. Hetzelfde geldt voor de bevoegdheid van de ziektekostenverzekeraar hiertoe.
- 9.2. Hetgeen partijen - gelet op het voorgaande - verdeeld houdt, is de vraag of verzoeker in aanmerking komt voor vergoeding van een lange zitting voor patiënten met complexe en/of meervoudige zorgvragen. De prestatiebeschikking BR/CU-7113 van de NZa is hiervoor leidend. De lange zitting is bedoeld voor patiënten met complexe en/of meervoudige zorgvragen. De aandoening en de situatie van de patiënt brengen met zich dat het niet mogelijk is om de interventie in een reguliere zitting uit te voeren. Complexe en/of meervoudige zorgvragen zijn de volgende aandoeningen:
- meervoudig gehandicapten (lichamelijk en geestelijk);
 - cerebro-vasculair accident (hemiplegie/diplegie en tetraplegie, eerste jaar aansluitend aan het accident);
 - dwarslaesie;
 - centrale ruggenmergaandoeningen (bijvoorbeeld MS, ALS, poliomyelitis);

- spierdystrofie (vanaf 18 jaar);
- spina bifida (vanaf 18 jaar);
- cystische fibrose.

Naar de commissie begrijpt, is hiermee door de NZa een limitatieve opsomming beoogd.

De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld en onderbouwd dat het bij het Guillian-Barré syndroom gaat om een perifere zenuwaandoening en dat derhalve sprake is van een indicatie die buiten het centrale zenuwstelsel valt. Verzoeker en zijn behandelend medisch specialisten hebben deze stelling niet voldoende weersproken. Aangezien genoemde lijst limitatief is, komt verzoeker met zijn indicatie niet in aanmerking voor een vergoeding op grond van een lange zitting in verband met een complexe en/of meervoudige zorgvraag. De stellingen van verzoeker dat de reguliere tijd van twintig minuten per zitting niet voldoende is om de behandeling effectief te kunnen uitvoeren en dat hij nog een lang revalidatietraject voor de boeg heeft, kunnen niet leiden tot een andere uitkomst.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering kent dekking voor 36 behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar. Als sprake is van een aandoening die is genoemd in Bijlage 1 Bzv worden de kosten vanaf de 21e behandeling vergoed ten laste van de zorgverzekering. De dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft zodoende een aanvullend karakter. In een dergelijk geval worden alleen de eerste twintig behandelingen vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- Het onderhavige geschil betreft niet het *aantal* behandelingen, maar de *hoogte van de vergoeding* per behandeling. De (dekking van de) aanvullende ziektekostenverzekering voorziet niet in de mogelijkheid eventueel resterende behandelingen in te zetten om een aanvullende vergoeding te ontvangen op de vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

Telefonische toezegging

- 9.4. Uit de registratie van de telefonische contacten tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar is niet gebleken van een toezegging, inhoudende volledige vergoeding van de onderhavige behandelingen fysiotherapie. Het beroep van verzoeker op een zodanige toezegging slaagt derhalve niet.

Conclusie

- 9.5. 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 2016,

A.I.M. van Mierlo