

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, tegen D te E en F te G
Zaak : Geneeskundige zorg, fysiotherapie, revalidatie, behandeling scoliose
Zaaknummer : 2012.00256
Zittingsdatum : 29 augustus 2012

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 2012, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.6, 2.10 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 5 WTZi)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

1) D te E en

2) F te G,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af TNO Polis vier sterren 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 behandeling van verzekerde in de Scoliosis Care Clinic te Zwolle (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 6 maart 2012 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 e-mail van 11 mei 2012 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 van € 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 9 juli 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 juli 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 juli 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 12 juli 2012 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 augustus 2012 (zaaknummer 2012085883) heeft het CVZ 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 revalidatiezorg omdat de zorg niet wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een revalidatiearts. Of het zorg betreft zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden, kan op basis van het dossier niet worden vastgesteld. Een afschrift van het CVZ-advies is op 22 augustus 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 29 augustus 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Verzoekster is in de gelegenheid gesteld nadere informatie aan te leveren, hetgeen zij bij e-mailbericht van 10 september 2012 heeft gedaan. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.11. Bij brief van 3 oktober 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag en de stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 19 oktober 2012 aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Het CVZ stelt zich op basis van de nagekomen stukken op het standpunt dat sprake is van zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden. De gebruikte materialen ten bedrage van € 895,-- kunnen niet ten laste van de Zvw worden gebracht. Het is aan de ziektekostenverzekeraar te beoordelen of de frequentie waarin de fysiotherapie wordt geboden – twee maal per week gedurende vijf tot zes uur – doelmatig is.
- 3.12. Een afschrift van het definitieve advies van het CVZ is aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het advies te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 6 november 2012 op het advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan verzoekster gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzekerde is 15 jaar oud en heeft het syndroom van Down en scoliose. Zij heeft twee bochten in haar rug van 55 à 60 graden. De behandelend arts raadde een operatie aan. De echtgenoot van verzoekster zag echter bezwaren omdat hij een familielid heeft dat een dergelijke ingreep heeft ondergaan, en hiervan veel klachten ondervindt. De vrije wervels zijn onderhevig aan meer slijtage dan normaal, en na 10 tot 15 jaar zijn deze versleten.
- 4.2. De therapie die in de Scoliosis Care Clinic wordt gegeven, is in Duitsland bekend onder de naam 'Schroth therapie'. Hiermee heeft men al 60 jaar ervaring. Er zijn zeer goede resultaten bereikt. Zo was er in de kliniek een Turks meisje bij wie na enige weken behandeling de bochten zodanig waren afgenomen, dat een operatie niet meer nodig was.
- 4.3. De reguliere therapie bij scoliose bestaat uit fysiotherapie en Mensendieck. Verzekerde is bij een oefentherapeut Mensendieck onder behandeling geweest, waardoor de bochten zijn verergerd in plaats van verminderd. Het is algemeen bekend dat bij Mensendieck steeds dezelfde oefeningen worden voorgeschreven, die zijn bedoeld voor een verbetering van de houding. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen een c-, een s-, of een w-bocht. Op de website met betrekking tot 'Schroth therapie' wordt afgeraden dit type oefeningen uit te voeren bij scoliose. Verzekerde heeft de reeks oefeningen op de website gedurende enige tijd uitgevoerd, en hiermee al een vermindering van de bochten bereikt. Verzoekster acht het wenselijk dat verzekerde wordt begeleid bij het uitvoeren van deze oefeningen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat een operatie erg duur is en vaak onnodig. De 'Schroth therapie' leidt tot een verbetering van de kwaliteit van leven. Daarbij doet een operatie niets als het gaat om de klachten van vermoeidheid en flauwvallen. Anders is dat voor de onderhavige behandeling. Intussen is de onderste bocht teruggebracht tot 14 graden. Het bekken staat recht. De verwachting is dat ook de bovenste bocht is afgenomen, aangezien de schouders rechter staan. De ervaring leert dat Mensendieck, ondanks goed oefenen, geen verschil maakt.
- 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 Scoliosis Care Clinic is geen instelling die volgens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is toegelaten, zodat men aldaar geen revalidatiezorg mag verlenen die ten laste van de zorgverzekering kan worden gebracht. De 'Schroth-methode' is voorts geen zorg zoals fysiotherapeuten of oefentherapeuten die plegen te bieden, zodat geen sprake is van zorg die onder de dekking van de zorgverzekering valt.
- 5.2. Indien in de Scoliosis Care Clinic fysiotherapie wordt gegeven, kan deze zorg wel gedeeltelijk ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering worden vergoed. Aangezien de kliniek niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, draagt de vergoeding maximaal € 14,50 per zitting.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het hier geen specialistische zorg of revalidatiezorg betreft. Als de behandeling extramuraal zou plaatsvinden, zou het mogelijk fysiotherapie kunnen betreffen. Het is vreemd dat de orthopeed naar deze kliniek heeft doorverwezen. Dit zou denkbaar zijn in het ka-

der van een onderzoek. De behandeling voldoet in Nederland nog niet aan de voorwaarden. Dit kan bijvoorbeeld in Duitsland anders zijn, omdat daar andere regels gelden.

5.4. In zijn reactie op het definitieve advies van het CVZ heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de in de kliniek gegeven fysiotherapie door fysiotherapeuten een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Op grond van de prestatiebeschikking van de Nza inzake fysiotherapie beslaat een zitting een onafgebroken tijdspanne, waarin de zorgaanbieder de patiënt voor één of meer indicaties begeleidt, adviseert en/of behandelt. Uit de stukken blijkt dat meer dan één zitting per dag plaatsvindt. Gebruikelijke fysiotherapeutische zorg is één zitting per dag. Alle zorg die boven deze ene zitting per dag uitkomt, is volgens de ziektekostenverzekeraar ondoelmatig.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 16 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering 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 aanspraak alsnog in te willigen, 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering omschrijft revalidatie als volgt:

"Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een conform de bij of door wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie."

8.4. Artikel 8 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op revalidatie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft aanspraak op revalidatie, maar uitsluitend als:

- 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 leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag;*
- u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.*

Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname. U heeft, bij revalidatie in een klinische situatie, aanspraak op vergoeding van de kosten voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen. Voor de berekening van de 365 dagen tellen ook mee de overige opnames in (psychiatrische) ziekenhuizen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen;*
- in een niet-klinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).”*

- 8.5. Artikel 24 van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering regelt de aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie en luidt, voor zover hier van belang:

“24.1 Chronische aandoeningen

Wij vergoeden per aandoening de kosten van de 21e en daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut, overeenkomstig bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Het overzicht uit bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van de brochure ‘Paramedische Zorg’ en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar vergoeden wij tevens de kosten van de eerste 20 behandelingen.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten als zorg plegen te bieden. Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij maximaal € 14,50 per zitting. De door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. (...)”

- 8.6. De artikelen 1 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering en 8 en 24 van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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. Paramedische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv en verder uitgewerkt in Bijlage 1 Bzv. Verblijf is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op vergoeding indien de verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.8. 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.

- 8.9. Artikel 12 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie en luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde huidtherapeut vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde huidtherapeut. De door ons gecontracteerde huidtherapeuten kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen. (...)”

Bij behandelingen door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij maximaal € 14,50 per zitting. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat revalidatie en fysiotherapie verzekerde prestaties vormen onder de zorgverzekering. Hetgeen hen verdeeld houdt, is of de behandeling in de Scoliosis Care Clinic kan worden aangemerkt als revalidatie dan wel paramedische zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, en zo ja of de betreffende zorg ook doelmatig is.
- 9.2. Waar het gaat om de vraag of sprake is van revalidatie geldt het volgende. Artikel 2.10 Bzv stelt geen regels met betrekking tot de instelling waarin het verblijf, waarop ingevolge de zorgverzekering aanspraak bestaat, dient plaats te vinden. Blijkens de nota van toelichting is het aan de ziektekostenverzekeraar regels te stellen met betrekking tot de soort instelling waarin dient te worden verbleven. De ziektekostenverzekeraar heeft in artikel 1 van de zorgverzekering bepaald dat onder revalidatie wordt verstaan onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een conform de bij of door wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.
- 9.3. Artikel 5 van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), welke wet hiervoor is bedoeld, omschrijft een instelling als volgt:

“Een organisatorisch verband dat behoort tot een bij algemene maatregel van bestuur aangewezen categorie van instellingen die zorg verlenen waarop aanspraak bestaat ingevolge artikel 6 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten of ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet, moet voor het verlenen van die zorg een toelating hebben van Onze Minister.”

- 9.4. Niet gebleken is dat de Scoliosis Care Clinic kan worden aangemerkt als een instelling zoals bedoeld in artikel 5 WTZi, zodat verzekerde ingevolge de artikelen 1 van de ‘algemene voorwaarden’ en 8 van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering geen aanspraak heeft op het verblijf aldaar. Ter zitting is echter gebleken dat verzekerde – in afwijking van de informatie in het dossier – niet intra- maar extramuraal is behandeld.
- 9.5. Met betrekking tot de vraag die dan rijst of mogelijk sprake is van paramedische zorg, geldt dat de zorg die in de Scoliosis Care Clinic wordt verleend zorg is zoals fysiotherapeuten of oefentherapeuten die plegen te bieden, zodat verzekerde in beginsel aanspraak heeft op deze zorg ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft echter gesteld dat de behandeling zoals deze door de kliniek wordt verleend – namelijk twee maal per week gedurende vijf tot zes uur – ondoelmatig is. Verzekerde kan zijns inziens toe met één reguliere zitting per dag. Kennelijk acht de ziektekostenverzekeraar een behandeling tweemaal per week wel doelmatig.
- 9.6. Gelet op artikel 14 Zvw en de Memorie van Toelichting bij dit artikel is de vraag of zorg doelmatig is voorbehouden aan de zorgverzekeraar, zodat de commissie in dezen slechts een marginale toetsing toekomt. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid tot de beslissing heeft kunnen komen dat verzekerde toe kan met één reguliere zitting fysiotherapie per dag gedurende twee dagen per week, en dat de méér verleende zorg niet doelmatig is. Een en ander is conform hetgeen is bepaald in de ‘Prestatiebeschrijvingbeschikking’ van de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) (TB/CU-7027-01), waarin is bepaald dat een zitting een onafgebroken tijdspanne beslaat. De fysiotherapeut mag niet meer dan één prestatie per dag declareren. Uit de door verzoekster overgelegde informatie blijkt dat door de fysiotherapeut per dag niet één, doch een aantal prestaties met een bedrag van € 28,50 is gedeclareerd.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor behandelingen fysiotherapie tot een maximum van € 14,50 per zitting, voor zover de zorgverzekering geen dekking biedt en het gaat om zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met dien verstande dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van twee reguliere behandelingen fysiotherapie per week ten behoeve van verzekerde ten laste van de zorgverzekering. Aangezien het hier een niet-gecontracteerde zorgverlener betreft, bedraagt de vergoeding conform artikel 2.4.1 van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering maximaal € 14,50 per zitting, met uitzondering van de eerste twintig behandelingen. Voor deze eerste twintig behandelingen ontvangt zij op

grond van artikel 12 een vergoeding van maximaal € 14,50 per zitting ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 9.9. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, is de ziektekostenverzekeraar gehouden het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe conform hetgeen is bepaald onder 9.8.

- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster dient te vergoeden.

Zeist, 5 december 2012,

Voorzitter