

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, fysiotherapie, chronische lijst
Zaaknummer : 2011.02574
Zittingsdatum : 26 september 2012

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, 2.6 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te D,

tegen

E te F, 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] Zorgverzekering Gemeentezorgpolis (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 [naam ziektekostenverzekeraar] Aanvullend Classic 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op chronische fysiotherapie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 26 juli 2010 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 19 augustus 2010 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 26 april 2012 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 juli 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 juli 2012 aan verzoeker gezonden.
 - 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 31 juli 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 september 2012 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
 - 3.8. Bij brief van 17 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 20 augustus 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012087681) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. Voor ernstige restverschijnselen kan (chronische) fysiotherapie een geëigende behandeling zijn, maar van zodanige restverschijnselen blijkt niet uit het dossier. Verzoeker is daarom niet redelijkerwijs aangewezen op chronische fysiotherapie. Een afschrift van het CVZ-advies is op 22 augustus 2012 aan partijen gezonden.
 - 3.9. Verzoeker is op 26 september 2012 mondeling gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
 - 3.10. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoeker in de gelegenheid gesteld een afspraak te maken bij zijn behandelend neuroloog ten einde vast te stellen of bij verzoeker sprake is van motorische uitval bij cervicale myelopathie. Bij brief van 20 december 2012 heeft verzoeker de bevindingen van zijn behandelend neuroloog aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Bij e-mailbericht van 2 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie een afschrift doen toekomen van de brief van verzoeker alsmede van de reactie daarop. Afschriften hiervan zijn op 3 januari 2013 ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
 - 3.11. Bij brief van 3 januari 2013 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en de vervolgcorrespondentie 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 16 januari 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is in juli 2005 geopereerd aan drie nekwervels. De aanleiding hiervoor was een wervelkanaalstenose. Later is gebleken dat de operatie niet het gewenste effect heeft gehad. Verzoeker lijdt nog steeds aan cervicale myelopathie met uitvalsverschijnselen. Dit is een aandoening van het ruggenmerg en wordt vermeld op bijlage 1 Bzv.

- 4.2. Verzoeker benadrukt dat hij, in tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar stelt, met name in zijn armen en benen last heeft van paresthesieën.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker gesteld dat hij de afwijzing van de ziektekostenverzekeraar niet begrijpt. Er is bij hem immers sprake van motorische uitval. Kennelijk is dit niet duidelijk naar voren gekomen. Verzoeker biedt daarom aan dit door zijn behandelend neuroloog te laten bevestigen.
Bij brief van 20 december 2012 heeft verzoeker toegelicht dat uit de rapportage van zijn behandelend neuroloog van 22 november 2012 blijkt dat, gelet op de daaraan voorafgaande rapportages, bij hem sprake is van zodanige restverschijnselen, te weten myelopathie, dat hij als gevolg daarvan onder meer kampt met motorische uitval aan armen en benen.

4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Op 21 juli 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoeker een machtigingsaanvraag ontvangen voor vergoeding van fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Op deze aanvraag stond als indicatie 'cervicale myelopathie'. Aangezien deze indicatie niet wordt vermeld op bijlage 1 van het Bzv heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen.
- 5.2. Na een – afgewezen – aanvraag voor fysiotherapeutische hulp van 7 oktober 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar op 15 december 2010 een hernieuwde aanvraag voor fysiotherapie ontvangen. Op deze aanvraag vermeldt de huisarts van verzoeker de indicatie '*chronische aandoening, motorische uitval tgv cervicale wervelkanaal stenose waarvoor laminectomie C5-6 en C6-7*'. Op basis van deze indicatie heeft de ziektekostenverzekeraar een machtiging afgegeven voor drie maanden. Dit is de te machtigen termijn voor een hernia nucleï pulposi met motorische uitval. De afgegeven machtiging had een looptijd van 22 juni tot 21 september 2010. Van deze machtiging heeft verzoeker geen gebruik gemaakt.
- 5.3. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de paramedisch adviseur contact opgenomen met de behandelend neuroloog teneinde de indicatie van verzoeker helder te krijgen. Deze heeft tegenover de adviseur het volgende verklaard: "*Bij patiënt is sprake van een combinatie van een status na een cervicale wervelkanaalstenose waarvoor laminectomie met persisterende restklachten en een lumbale wervelkanaalstenose, waarvoor een conservatief beleid. Mijns inziens is patiënt gebaat bij chronische fysiotherapie.*" Op basis van deze verklaring is de ziektekostenverzekeraar van mening dat verzoeker geen indicatie heeft die chronische fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering rechtvaardigt. Wel kan verzoeker aanspraak maken op veertien behandelingen ten laste van de door hem afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat uit de overgelegde stukken onvoldoende is gebleken dat bij verzoeker sprake is van motorische uitval bij cervicale myelopathie.
Ook uit de na afloop van de hoorzitting toegezonden stukken blijkt onvoldoende dat hiervan sprake is.

- 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 10 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 is gehouden 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 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 11 tot en met 34 van de zorgverzekering. Artikel 23 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie Cesar Mensendieck bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel als volgt:

“Artikel 23. Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck

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 tiende behandeling recht op vergoeding van de kosten van behandeling van aandoeningen die in Bijlage 1 van het besluit Zorgverzekering staan. Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens Bijlage 1.*
- *U hebt geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de eerste negen behandelingen. De kosten hiervan krijgt u mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.*

(...)

Verwijzing door:

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist, voor behandeling van de in Bijlage 1 van het besluit Zorgverzekering aangegeven aandoeningen.

Machtiging

Ja, voor behandeling van de in Bijlage 1 van het besluit Zorgverzekering aangegeven aandoeningen.

(...)”

- 8.3. In artikel 1.2 van de zorgverzekering is bepaald dat de verzekerde recht heeft op zorg waarop hij naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.4. De artikelen 1.2 en 23 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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.
Fysiotherapie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv en verder uitgewerkt in Bijlage 1 Bzv.
Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 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. Artikel 16 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2011) regelt fysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel als volgt:

“Artikel 16 Fysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Door

- *fysiotherapeut bij individuele fysiotherapie, psychosomatische fysiotherapie en fysiotherapie in groepsverband;*

(...)

Vergoeding

De maximale vergoeding per zitting is afhankelijk van de soort therapie en geldt per indicatie per kalenderjaar. De maximale bedragen per soort staan in de tabel ‘Maximum per zitting’ weergegeven.

Vergoeding

[naam ziektekostenverzekeraar] Classic

Indicaties zoals vermeld in bijlage 1 van het besluit zorgverzekering

100% van de kosten voor de eerste 12 zittingen per indicatie

Overige medische indicaties (...)

Maximaal 14 zittingen per indicatie

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.
- 9.2. Op 15 december 2010 is een aanvraag tot machtiging ingediend. De huisarts vermeldt de volgende indicatie: "chronische aandoening, motorische uitval tgv cervicale wervelkanaal stenose waarvoor laminectomie C5-6 en C6-7". Deze aandoening wordt genoemd in Bijlage 1, lid 1, onderdeel 10° Bzv, waarnaar artikel 23 (2010) van de zorgverzekering verwijst, en geeft gedurende maximaal drie maanden aanspraak op de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Op grond hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar een machtiging afgegeven voor de periode van 22 juni 2010 tot en met 21 september 2010. Voor zover verzoeker gedurende deze periode behandelingen heeft ondergaan, bestaat op basis van de onderhavige indicatie aanspraak op vergoeding van behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering, met uitzondering van de eerste negen.
- 9.3. Op grond van de indicatie 'status na opname in een ziekenhuis' zou verzoeker ingevolge het lid 1, onderdeel d, subonderdeel 5°, van Bijlage 1 Bzv gedurende twaalf maanden na de operatie aanspraak kunnen maken op vergoeding van behandelingen fysiotherapie. Aangezien uit de overgelegde stukken blijkt dat de operatie die verzoeker heeft ondergaan al in een verder verleden, te weten in 2005 heeft plaatsgevonden, bestaat thans op basis van deze indicatie geen aanspraak (meer) op vergoeding van fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.
- 9.4. Verzoeker heeft aangevoerd dat bij hem sprake is van een ruggenmergaandoening als bedoeld in lid 1, onderdeel a, subonderdeel 2°, van Bijlage 1 Bzv. Deze indicatie geeft aanspraak op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering, zonder beperking in tijd.
- 9.5. Uit het CVZ-advies van 20 augustus 2012 blijkt dat een blijvende beschadiging van eerdere myelumcompressie in theorie kan voldoen aan de indicatie 'ruggenmergaandoening'. Indien sprake is van ernstige restverschijnselen als bijvoorbeeld een spastische parese of strengafwijking, kan (chronische) fysiotherapie een geëigende behandeling zijn. Verzoeker heeft in reactie hierop evenwel geen feiten en/of omstandigheden gesteld waaruit zodanige restverschijnselen kunnen worden afgeleid, zodat niet is gebleken dat verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op (chronische) fysiotherapie, zoals artikel 1.2 van de zorgverzekering vereist.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker ingevolge de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft op vergoeding van maximaal veertien zittingen (behandelingen fysiotherapie) per jaar, waarbij, afhankelijk van het soort therapie, maximumtarieven voor de vergoeding per zitting gelden.

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, 6 februari 2013,

Voorzitter