

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B tegen C en E beide te D  
Zaak : Paramedische zorg, oefentherapie  
Zaaknummer : 2010.02280  
Zittingsdatum : 8 juni 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.6 Bzv en Bijlage 1, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

---

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 waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvulling Optimaal (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Tandarts Optimaal afgesloten. De verzekering Tandarts Optimaal is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde 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 vergoeding van behandelingen oefentherapie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 augustus 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat met ingang van 1 oktober 2010 geen vergoeding meer wordt verleend voor de behandelingen oefentherapie.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 7 september 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven. Na telefonisch contact met de fysiotherapeut van verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de kosten nog tot 1 december 2010 te blijven vergoeden.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 7 januari 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).

- 3.5. 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.
  - 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 april 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 april 2011 aan verzoekster gezonden.
  - 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 3 mei 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
  - 3.8. Bij brief van 18 april 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 18 mei 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011044171) 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 bij verzoekster uitgevoerde behandelingen oefentherapie niet voldoen aan de KNGF-richtlijnen, en om die reden niet doelmatig zijn. Een afschrift van het CVZ-advies is op 24 mei 2011 aan partijen gezonden.
  - 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 juni 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
  - 3.10. De ziektekostenverzekeraar is na de zitting in de gelegenheid gesteld verzoekster op te roepen voor het spreekuur van de medisch adviseur. Bij brief van 25 augustus 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bericht dat verzoekster geen machtiging wenst af te geven voor het opvragen van nadere informatie bij de reumatoloog. Om die reden heeft geen spreekuurbezoek plaatsgevonden. Een afschrift van de brief van de ziektekostenverzekeraar is aan verzoekster gezonden.
  - 3.11. Bij brief van 30 augustus 2011 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 16 september 2011 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 verzoekster
    - 4.1. Verzoekster is sinds 2004 bekend met het hypermobiliteitssyndroom (HMS). Hiervoor volgt zij onder andere behandelingen oefentherapie, die gedurende de afgelopen jaren door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed. Nu wijst de ziektekostenverzekeraar vergoeding af op basis van een vage nieuwe regel, die niet is omlijnd, en die door de ziektekostenverzekeraar naar eigen inzicht kan worden toegepast. Het niet langer volgen van behandelingen oefentherapie zal de klachten doen verergeren.
    - 4.2. 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 behandelingen fysiotherapie en oefentherapie volgens de KNGF-richtlijnen dienen te zijn gericht op het stimuleren van de patiënt om een nieuwe leefstijl te ontwikkelen, waarbij wordt gestreefd naar afname van de afhankelijkheid van de patiënt. Uiteindelijk zal de patiënt de bewegingsactiviteiten zelfstandig op een verantwoorde wijze moeten kunnen uitvoeren. De bij verzoekster uitgevoerde behandelingen oefentherapie voldoen niet aan de richtlijn, en zijn om die reden niet doelmatig. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor ondoelmatige zorg. Omdat verzoekster sinds lange tijd oefentherapie vergoed krijgt, is een overgangsregeling getroffen van drieëneenhalve maand.
- 5.2. 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 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in artikel 18 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 18.16 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op paramedische zorg bestaat en 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 tiende 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 2 lid 5 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

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

8.5. De artikelen 2 lid 5 en 18.16 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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 is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 en 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.

8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.8. In artikel 3.18 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op vergoeding van behandelingen fysiotherapie en oefentherapie geregeld. Genoemd artikel luidt, voor zover hier van belang:

*“3.18 Fysiotherapie en oefentherapie  
3.18.1 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 of manueel therapeut. Tevens vallen behandelingen hydrotherapie onder de dekking, wanneer uitgevoerd door een van deze therapeuten.*

*Toelichting:  
Als er sprake is van een chronische indicatie zoals genoemd in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering komen de kosten vanaf de 10<sup>e</sup> behandeling voor vergoeding in aanmerking op de zorgverzekering. (...)*

8.9. Artikel 2.4 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*“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. De aanspraak op oefentherapie onder de zorgverzekering is beperkt tot de chronische aandoeningen die zijn vermeld op Bijlage 1 Bzv. Gelet op het advies van het CVZ van 18 mei 2011 is de aandoening van verzoekster aan te merken als een colla-geenziekte als bedoeld in artikel 1 sub b onder 14 van genoemde bijlage. Hiermee is de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie en of verzoekster hiervoor een indicatie heeft, bevestigend beantwoord. Rest de vraag of de door verzoekster genoten oefentherapie bij haar doelmatig is.
- 9.2. Gelet op de Memorie van Toelichting bij artikel 14 Zvw is de doelmatigheidstoets voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar, zodat de commissie slechts een marginale toetsing toekomt.
- 9.3. Getoetst moet worden of de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid tot het oordeel heeft kunnen komen dat de bij verzoekster uitgevoerde oefentherapie niet doelmatig is. De ziektekostenverzekeraar heeft zich in dit verband gebaseerd op richtlijnen van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Uit deze richtlijnen komt naar voren dat het aantal behandelingen fysiotherapie en oefentherapie gedurende enige tijd dient te worden afgebouwd, waarbij de patiënt minder afhankelijk wordt van de fysiotherapie en hij of zij in staat is zelfstandig de geleerde oefeningen uit te voeren. Gelet op het advies van het CVZ van 18 mei 2011 voldoen de behandelingen oefentherapie die verzoekster ondergaat niet aan deze richtlijn. De commissie is van oordeel dat de richtlijn kan worden gehanteerd als toetsingskader voor de vraag of een bepaalde vorm van fysiotherapie of oefentherapie doelmatig is. De ziektekostenverzekeraar heeft op basis hiervan in redelijkheid tot het oordeel kunnen komen dat de door verzoekster ondergane oefentherapie niet doelmatig is.

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.4. Tussen partijen is niet in geschil dat in beginsel aanspraak bestaat op vergoeding van behandelingen oefentherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Beoordeeld dient te worden of de door verzoekster genoten zorg ook doelmatig is, gelet op het bepaalde in artikel 2.4 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Anders dan voor de zorgverzekering blijft de beoordeling niet beperkt tot een marginale toetsing. Gezien de frequentie van de behandelingen en de termijn waarover deze zich uitstrekken, alsmede het feit dat van een afbouw respectievelijk vermindering van de afhankelijkheid van de oefentherapie geen sprake lijkt te zijn heeft de ziektekostenverzekeraar tot het oordeel kunnen komen dat bij verzoekster sprake is van ondoelmatige zorg. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar een overgangperiode in acht genomen, zodat verzoekster zich op de nieuwe situatie heeft kunnen voorbereiden.

### **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, 28 september 2011,

Voorzitter