



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Fysiotherapie, aanvullende ziektekostenverzekering, medische noodzaak voor meer dan 40 behandelingen, duidelijkheid polisvoorwaarden
Zaaknummer : 201400096
Zittingsdatum : 3 december 2014

 Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

 (Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

 tegen

1) C, en

2) D, beide te E,

 hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

 2. De verzekeringssituatie

-  2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar aanvullend verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering AV Optimaal (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten zorgverzekering Alles Verzorgd Polis is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

-  3.1. Verzoeker is onder behandeling bij twee fysiotherapeuten die in verschillende praktijken werkzaam zijn. Hij heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op meer dan 40 behandelingen fysiotherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 september 2013 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 28 oktober 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat een machtiging wordt verleend voor de tien extra zittingen die door de eerste behandelend fysiotherapeut zijn aangevraagd. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar hierop nogmaals verzocht om zijn beslissing te heroverwegen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 6 november 2013 medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
-  3.3. Vervolgens heeft ook tweede behandelend fysiotherapeut ten behoeve van verzoeker een aanvraag ingediend voor meer dan 40 behandelingen fysiotherapie. Deze aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar bij brief van 26 november 2013 afgewezen.
-  3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
-  3.5. Bij brief van 26 mei 2014 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 aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

 3.6. 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.

 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 augustus 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 september 2014 aan verzoeker gezonden.

 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 30 september 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 november 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

 3.9. Om redenen van proceseconomie heeft de commissie besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid, en tevens, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomende bevoegdheid, dat de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.

 3.10. Verzoeker is op 3 december 2014 in persoon gehoord.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

 4.1. Verzoeker heeft in het verleden meerdere auto-ongevallen gehad. Als gevolg hiervan is hij niet in staat normaal te functioneren, laat staan te werken. Met behulp van de fysiotherapeutische behandelingen en dry needling gaat het langzaamaan beter met hem. De ziektekostenverzekeraar wil echter de behandeling niet meer vergoeden.

 4.2. In de polisvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering staat vermeld dat verzoeker aanspraak heeft op een onbeperkt aantal behandelingen fysiotherapie indien deze worden verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder. Verzoeker benadrukt dat hij deze aanvullende ziektekostenverzekering heeft afgesloten vanwege de aanspraak op onbeperkte fysiotherapie. De ziektekostenverzekeraar wilde in eerste instantie echter niet meer dan 40 behandelingen vergoeden. Na het verzoek om heroverweging heeft de ziektekostenverzekeraar een machtiging verleend voor tien extra behandelingen. Verzoeker vindt dat dit duidt op willekeur en niet op een "gedegen en onderbouwde mening".

 4.3. Verzoeker stelt dat de polisvoorwaarden ten aanzien van fysiotherapie niet duidelijk zijn. Onder het kopje 'vergoedingen' staat duidelijk vermeld dat aanspraak bestaat op onbeperkte fysiotherapie. De ziektekostenverzekeraar heeft echter onder het kopje 'aanvraag' - dat in de polisvoorwaarden op de volgende bladzijde staat - vermeld dat er een beperking is tot maximaal 40 behandelingen. Verzoeker vindt de polisvoorwaarden vaag, onduidelijk en misleidend.

 4.4. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker niet gewaarschuwd dat hij bijna het maximale aantal van 40 behandelingen had ondergaan en dat hij een aanvraag moest indienen voor de vervolgbehandelingen.

 4.5. Verzoeker wijst erop dat de onderhavige fysiotherapeutische behandelingen voor hem medisch noodzakelijk zijn. Dit wordt onderschreven door de behandelend fysiotherapeuten. Verzoeker begrijpt niet dat een beoordelaar van de ziektekostenverzekeraar - die hem nog nooit heeft gezien of gesproken - beter zou kunnen beoordelen of verdere fysiotherapeutische behandeling voor hem noodzakelijk is. Verzoeker merkt hierbij op dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft gesuggereerd dat de behandelend fysiotherapeuten verzoeker dringend hebben geadviseerd om psychologische hulp te zoeken. Hiervan is verzoeker

evenwel niets bekend. Hij heeft dit nagevraagd bij de behandelend fysiotherapeuten, en zij hebben hem medegedeeld dat zij dit niet op de aanvraagformulieren hebben vermeld.

- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij derden de betreffende polisvoorwaarden heeft laten lezen. Zij vonden deze ook niet duidelijk. Verzoeker heeft de polisvoorwaarden van 2015 geraadpleegd. Hij constateert dat deze zijn gewijzigd ten opzichte van 2013, in die zin dat nu staat vermeld dat aanspraak bestaat op 37 behandelingen en dat daarna een aanvraag moet worden ingediend. Hij maakt hieruit op dat de ziektekostenverzekeraar ook heeft geconcludeerd dat de tekst uit 2013 niet duidelijk was.

Verzoeker licht toe dat de ene fysiotherapeut ervoor zorgt dat "alles soepel blijft" en dat de andere hem behandelt met dry needling. Hij doet zelf ook veel om in goede conditie te komen en te blijven, zoals sporten.

Gevraagd naar zijn klachten, antwoordt verzoeker dat hij slecht slaapt en hoofdpijn heeft. Als hij moe is, raken de trigger points geïrriteerd, en dit komt tot uiting in zijn linkeroog. Hij merkt hierbij op dat hij vorig jaar vorderingen maakte, maar een terugval kreeg toen hij moest stoppen met de fysiotherapie.

Gevraagd naar het punt van de psychologische hulp, antwoordt verzoeker dat het ging om zijn gemoedstoestand. De therapeut had vastgesteld dat verzoeker "in een dipje zat". Het betekent zeker niet dat zijn klachten 'tussen de oren' zaten. Verzoeker had en heeft reële fysieke klachten.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Op grond van artikel 3.11 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op alle medisch noodzakelijke behandelingen fysiotherapie. Na de veertigste behandeling wil de ziektekostenverzekeraar echter een controle kunnen uitvoeren op de medische noodzaak. In voornoemd artikel is ook duidelijk vermeld dat een aanvraag moet worden ingediend indien een verzekerde meer dan 40 behandelingen fysiotherapie in één kalenderjaar nodig heeft. In deze aanvraag dient de medische noodzaak voor verdere behandeling te worden onderbouwd. De verzekerde heeft pas nadat deze aanvraag door de ziektekostenverzekeraar is goedgekeurd aanspraak op (verdere) vergoeding, dat wil zeggen vanaf de éénenveertigste behandeling.

- 5.2. Naar aanleiding van het verzoek om heroverweging heeft de ziektekostenverzekeraar een herbeoordeling laten uitvoeren door een tweede deskundige. Deze heeft geconstateerd dat in de aanvraag van 19 september 2014 een stijgende lijn zat in de evaluaties van de aanvragend fysiotherapeut en dat het gestelde behandeldoel al gedeeltelijk was bereikt. De fysiotherapeut had op het aanvraagformulier vermeld dat met nog drie maanden doorbehandelen het behandeldoel kon worden bereikt. Hierbij is vermeld dat dit tien extra behandelingen betreft. Niet alle rubrieken op het aanvraagformulier waren juist ingevuld, maar de herbeoordelaar heeft in grote lijnen een beeld gekregen van de zorg die werd geleverd door de eerste behandelend fysiotherapeut. Daarom zijn de aangevraagde tien extra behandelingen alsnog goedgekeurd. Hiervan zijn negen behandelingen door de betreffende fysiotherapeut gedeclareerd.

- 5.3. De aanvraag die in november 2013 is afgewezen, betreft een aanvraag van de tweede behandelend fysiotherapeut. Bij deze praktijk is verzoeker sinds 2004 onder behandeling. Dit is een lange periode. Het Zorginstituut is van oordeel dat langdurige (onbeperkte) fysiotherapie niet (langer) het uitgangspunt vormt in de beroepsprofielen en in de richtlijnen van de beroepsgroepen van fysiotherapeuten en oefentherapeuten. Het is gebruikelijk dat fysiotherapie op methodische wijze, kortdurend (gemiddeld korter dan twaalf behandelingen gespreid over de behandelperiode en intermitterend) wordt ingezet. Alleen voor de aandoeningen die aanspraak geven op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering is langdurige behandeling bewezen effectief. Voor alle andere aandoeningen geldt dat alleen bij uitzondering een medische noodzaak voor langdurige fysiotherapie aanwezig kan zijn. In het individuele behandelplan moet daarom duidelijk zijn onderbouwd waarom sprake is van een dergelijke uitzondering. Dit kan bijvoorbeeld het

geval zijn als sprake is van meerdere (chronische) aandoeningen, of van een bovengemiddelde ziektelast of een ernstige beperking in het functioneren.

5.4. Beide behandelend fysiotherapeuten hebben op de aanvraagformulieren vermeld dat zij verzoeker het dringende advies hebben gegeven om te kijken naar de mogelijkheid van psychologische hulp. Dit wijst erop dat voor de klachten van verzoeker eerder een psychologische benadering is aangewezen dan een fysiotherapeutische.

5.5. Volgens verzoeker had de ziektekostenverzekeraar hem tijdig moeten waarschuwen dat hij bijna het aantal van 40 behandelingen fysiotherapie had gehad, en dat hij daarom een aanvraag moest indienen. De nota's voor de onderhavige behandelingen worden echter vaak pas na enkele weken bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend. Hierdoor heeft de ziektekostenverzekeraar geen actueel overzicht van het aantal behandelingen fysiotherapie dat een verzekerde heeft genoten. Daarom is het voor de ziektekostenverzekeraar niet mogelijk verzekerden tijdig een waarschuwing te sturen.

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 artikel 2.10 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op meer dan 50 behandelingen fysiotherapie ten laste van 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. Artikel 3.11 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"a. Fysiotherapie (aanvulling op de basisverzekering)

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van medisch noodzakelijke fysiotherapie, waaronder begrepen bekkenfysiotherapie, geriatrie fysiotherapie, kinderfysiotherapie, lymfedrainage/oedeemtherapie, manuele therapie en psychosomatische therapie.

(...)

Vergoeding

Gecontracteerde zorgaanbieder:

alle medisch noodzakelijke behandelingen, waarvan per kalenderjaar maximaal 9 behandelingen manuele therapie

Niet-gecontracteerde zorgaanbieder:

maximaal 40 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie.

(...)

Aanvraag

Als u een AV Optimaal (Online) heeft en in een kalenderjaar meer dan 40 behandelingen fysiotherapie nodig heeft, is vanaf de 41e behandeling een aanvraag voor verdere behandeling noodzakelijk. Uw behandelaar dient deze aanvraag naar [naam ziektekostenverzekeraar] te sturen. In deze aanvraag moet de medische noodzaak voor verdere behandeling

worden onderbouwd. U heeft pas recht op vergoeding vanaf de 41e behandeling als [naam ziektekostenverzekeraar] de aanvraag van de behandelaar heeft goedgekeurd.

Let op

Als u wordt behandeld door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoeft deze geen aanvraag voor verdere behandeling in te dienen. In dat geval is de vergoeding namelijk beperkt tot maximaal 40 behandelingen.

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Aan de orde zijn twee vragen. In de eerste plaats of de polisvoorwaarden voldoende duidelijk zijn ten aanzien van de aanspraak op behandelingen fysiotherapie, en voorts of, indien dit het geval is, bij verzoeker een medische noodzaak bestaat voor extra behandelingen fysiotherapie.
- 9.2. In artikel 3.11 is de aanspraak op fysiotherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering opgenomen. In dit artikel staat onder het kopje 'vergoeding' vermeld dat bij behandeling door een gecontracteerde zorgaanbieder aanspraak bestaat op "alle medisch noodzakelijke behandelingen". Onder het kopje 'aanvraag' staat vermeld dat indien de verzekerde "in een kalenderjaar meer dan 40 behandelingen fysiotherapie nodig heeft, (...) vanaf de 41e behandeling een aanvraag voor verdere behandeling noodzakelijk (is)". Voorts is in deze alinea vermeld: "U heeft pas recht op vergoeding vanaf de 41e behandeling als [naam ziektekostenverzekeraar] de aanvraag van de behandelaar heeft goedgekeurd".
- 9.3. De commissie is van oordeel dat artikel 3.11 van de aanvullende ziektekostenverzekering eenduidig is, zowel wat betreft de omvang van de aanspraak al de te volgen procedure indien meer dan 40 behandelingen nodig zijn. Het argument van verzoeker dat onder het kopje 'vergoedingen' het aantal van 40 niet staat vermeld, maakt dit niet anders. Het betreffende artikel van de polisvoorwaarden dient als geheel - zowel onder het kopje "vergoedingen" als onder het kopje "aanvraag" - te worden gelezen.
- 9.4. Verzoeker stelt voorts dat de ziektekostenverzekeraar hem tijdig, dat wil zeggen voordat hij het aantal van 40 behandelingen fysiotherapie zou bereiken, had moeten waarschuwen. De ziektekostenverzekeraar heeft ten aanzien hiervan gesteld dat dit niet mogelijk is, omdat de nota's doorgaans enkele weken na de behandeling(en) bij hem worden ingediend en dat hij daardoor geen actueel overzicht heeft. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar hierin volgen. Daarbij komt dat het meer voor de hand ligt, en ook van verzoeker in redelijkheid mag worden gevergd, dat deze aan de hand van de afspraken die hij maakt bij beide fysiotherapeuten zelf bijhoudt hoeveel behandelingen hij in een kalenderjaar in totaal heeft gehad.
- 9.5. Ten aanzien van de medische noodzaak van de extra fysiotherapeutische behandelingen in de situatie van verzoeker, overweegt de commissie het volgende. Het vereiste van de medische noodzaak is opgenomen onder het kopje 'vergoedingen' van artikel 3.11 van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.6. In de aanvraag van 19 september 2013 heeft de betreffende fysiotherapeut medegedeeld te verwachten dat nog tien behandelingen met een frequentie van éénmaal per week nodig zouden zijn. Hierbij is als indicatie vermeld: chronische recidiverende nekklachten. Aangezien deze aanvraag na herbeoordeling is goedgekeurd, en de commissie niet is gebleken dat - wat betreft de behandeling door deze zorgverlener - meer of anders is aangevraagd, is de commissie van oordeel dat aan dit punt van het geschil reeds volledig tegemoet is gekomen door de ziektekostenverzekeraar.
- 9.7. Met de aanvraag van 18 november 2013 wordt door de tweede behandelend fysiotherapeut verzocht om vijftien extra behandelingen fysiotherapie met een frequentie van éénmaal per week. Als indicatie is vermeld: hulp bij chronische schouder/nek- en hoofdpijnlachten, na multiple whiplashtraumata. In deze aanvraag is vermeld dat verzoeker sinds 2004 onder behandeling

is voor de betreffende klachten. De behandeling is erop gericht dat verzoeker zijn algemene dagelijkse verrichtingen kan blijven verrichten.

9.8. De commissie constateert dat de in beide aanvragen vermelde indicaties elkaar overlappen, te weten de chronische nekklachten. Beide aanvragen vermelden wel verschillende diagnosecodes. Volgens de eerste fysiotherapeut is verzoeker bij beide zorgverleners onder behandeling voor dezelfde klachten, volgens de tweede fysiotherapeut betreft het andere klachten. Nog daargelaten of verzoeker al dan niet bij beide fysiotherapeuten onder behandeling was voor dezelfde klachten, is de commissie van oordeel dat uit de aanvragen niet blijkt dat er een medische noodzaak is voor meer behandelingen fysiotherapie dan die welke reeds door de ziektekostenverzekeraar zijn gemachtigd.

9.9. Ten aanzien van de stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte heeft gesuggereerd dat de behandelend fysiotherapeuten verzoeker dringend hebben geadviseerd om psychologische hulp te zoeken, merkt de commissie op dat de tweede behandelend fysiotherapeut in de aanvraag van 18 november 2013 heeft vermeld dat hij verzoeker een dringend advies voor psychologische hulp heeft gegeven. Het staat de ziektekostenverzekeraar vrij hiernaar te verwijzen.

Conclusie

9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 december 2014,

mr. drs. P.J.J. Vonk