

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F te G tegen C en E beide te D
Zaak : Geneeskundige zorg, oefentherapie, chronische lijst
Zaaknummer : 2010.02404
Zittingsdatum : 13 april 2011

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 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door F te G

tegen

1) C en

2) E te D

hierna gezamenlijk 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 Vrije Keuze basisverzekering (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 Vrije Keuze Benfit afgesloten en kon hij gebruik maken van ZorgConsulent en Zorgservicebureau (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van behandelingen oefentherapie na 27 mei 2010 (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 2 augustus 2010 is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft hierop een nieuwe aanvraag gedaan en, nadat ook deze was afgewezen, diverse malen aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 13 september 2010 en 27 oktober 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 27 december 2010 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 ad € 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 2 februari 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 februari 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 maart 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 maart 2011 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 8 februari 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 21 februari 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011017567) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een aandoening die voorkomt op bijlage 1 Bzv. Een afschrift van het CVZ-advies is op 1 april 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. De behandelend traumachirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "St(atus) na polytrauma met multiple wervel ##". Volgens zijn toelichting is sprake van "Chronisch (...) progressieve post-traumatische rugklachten + kyfose + geringe scoliose". In verband hiermee heeft hij oefentherapie en revalidatie voorgeschreven. De behandelend revalidatiearts heeft geconcludeerd tot een chronische indicatie. Hij heeft op 11 augustus 2010 verklaard: "Status na wervel #, spondylose Th4-Th11 onder niveau Th11 pijnklachten wegens chronische overbelasting op dit punt bij bewegen".
 - 4.2. Verzoeker voegt hieraan toe dat de klachten zijn ontstaan na een ongeval op 1 augustus 2008. Aanvankelijk zijn de ruggenwervels met titanium pennen vastgezet, maar omdat afstotingsverschijnselen optraden zijn deze pennen op 28 mei 2009 verwijderd. De wervels bleken intussen aan elkaar te zijn gegroeid. Verzoeker stelt dat zijn situatie niet in de polisvoorwaarden en regelgeving is ondervangen omdat deze zeer weinig voorkomt. Andere indicaties, zoals progressieve scoliose, zijn wel gedekt. Bij verzoeker kan de scoliose echter niet (meer) progressief zijn omdat een deel van zijn ruggenwervels is vastgezet.
 - 4.3. Voorts wijst verzoeker op het feit dat hij nu morfine gebruikt om de chronische pijn te onderdrukken. Zonder de oefentherapie zal hij zich niet maatschappelijk kunnen ontwikkelen en daardoor wellicht altijd afhankelijk zijn van anderen. Verzoeker wijst er verder op dat hij steeds de meest uitgebreide ziektekostenverzekering heeft gekozen en dat overstappen naar een andere ziektekostenverzekeraar voor hem, vanwege zijn handicap, onmogelijk is.
 - 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. De ziektekostenverzekeraar stelt, onder verwijzing naar de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, dat aansluitend aan het ontslag uit het ziekenhuis recht bestond op oefentherapie gedurende één jaar ten laste van de zorgverzekering. Deze periode eindigde op 28 mei 2010. Abusievelijk zijn in eerste instantie de eerste negen behandelingen niet vergoed. Deze komen echter op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering voor vergoeding in aanmerking en een en ander is daarom intussen gecorrigeerd. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen verdergaande dekking.
- 5.2. De op 29 maart 2010 afgegeven machtiging is niet correct geweest. De daarop vermelde diagnosecode 0005 is gelijk aan diagnosecode 3205. De medische indicatie van deze code is spondylodese. Alle behandelingen die met de diagnosecode 3205 zijn gedeclareerd, zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed op grond van de zorgverzekering. Daarnaast zijn in de periode van 18 maart tot en met 3 mei 2010 behandelingen gedeclareerd met diagnosecode 3326. Deze behandelingen zouden alleen op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Op dat moment was echter de maximumvergoeding voor 2010 reeds toegekend.
- 5.3. 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 verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van behandelingen oefentherapie na 27 mei 2010 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.
Artikel 16 van de 'Omvang van de dekking' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op paramedische zorg bestaat. Lid 2 ziet op fysiotherapie en oefentherapie en luidt, voor zover hier van belang:

"Fysiotherapie en oefentherapie omvat de noodzakelijke behandelingen, door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut, in geval er sprake is van een indicatiestelling en in bijlage 1 van het besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde

behandelduur niet is overschreden.”

- 8.3. Artikel 16 van de ‘Omvang van de dekking’ van de zorgverzekering is volgens artikel 2 lid 1 van de ‘Algemene bepalingen’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv), met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering (Rzv) met inbegrip van de daarbij behorende toelichtingen.
- 8.4. 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, waaronder oefentherapie, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv. In deze bepaling wordt voor een overzicht van de aandoeningen die recht geven op behandeling ten laste van de zorgverzekering verwezen naar Bijlage 1 Bzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. In artikel 2 lid 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de kosten van zorg verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar worden vergoed tot maximaal negen behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker heeft, op grond van artikel 16 van de ‘Omvang van de dekking’, aanspraak op behandelingen oefentherapie ten laste van de zorgverzekering – met uitzondering van de eerste negen behandelingen –, indien zijn aandoening voor komt op Bijlage 1 Bzv.
- 9.2. Bij verzoeker is sprake van status na opname in een ziekenhuis als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5 van de bijlage. Deze opname eindigde op 28 mei 2009. De maximale termijn gedurende welke de behandelingen oefentherapie ten laste van de zorgverzekering komen is bij deze indicatie ingevolge het vijfde lid van de bijlage twaalf maanden, dat wil zeggen tot en met 27 mei 2010.
- 9.3. De stelling van verzoeker dat bij hem de indicatie progressieve scoliose aan de orde zou kunnen zijn, ware het niet dat de ruggenwervels zijn vastgezet en intussen vergroeid, treft geen doel. Blijkens de verwijzing door de behandelend traumachirurg is er een lichte scoliose in de lumbale wervelkolom. Dat deze scoliose progressief is, is door verzoeker op geen enkele wijze onderbouwd.
- 9.4. De lijst van aandoeningen volgens Bijlage 1 Bzv heeft een limitatief karakter en er is geen hardheidsclausule opgenomen. Om die reden treft de stelling van verzoeker, dat de kosten van oefentherapie ook na 28 mei 2010 moeten worden vergoed aangezien zijn situatie niet is ondervangen in de regelgeving en de polisvoorwaarden omdat deze zelden voorkomt, geen doel.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Verzoeker heeft aanspraak op maximaal negen behandelingen oefentherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Deze negen behandelingen zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 april 2011,

Voorzitter