

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, oefentherapie
Zaaknummer : 2009.02267
Zittingsdatum : 6 oktober 2010

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 2009 en 2010, artt. 10, en 11 Zvw, 2.6 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009 en 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D

hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 5 maart 2009 de aanvraag voor voortgezette behandelingen oefentherapie met ingang van 17 maart 2009 (hierna: de aanspraak) af te wijzen..

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. 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). De aanvullende ziektekostenverzekering biedt een beperkte dekking voor de kosten van oefentherapie. Partijen verschillen daarover niet van mening zodat de aanvullende ziektekostenverzekering verder onbesproken kan blijven. Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 5 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar enkele malen om heroverweging gevraagd. Bij brieven van verschillende datum heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten eenmalig en coulancehalve, bij wijze van overgangsmaatregel, de kosten van oefentherapie, gemaakt tussen 17 maart en 31 december 2009, alsnog te vergoeden.
- 3.5. Bij brief van 13 juli 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 (hierna:

het verzoek).

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 augustus 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 augustus 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 augustus 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 oktober 2010 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 24 augustus 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 augustus 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010107537) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoeker geen sprake is van een perifere zenuwaandoening maar van een radicaire prikkeling met als gevolg eventuele motorische problematiek. Gelet op deze constatering is verlening van de gevraagde oefentherapie niet mogelijk. Een afschrift van het CVZ-advies is op 27 september 2010 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 oktober 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 2 november 2010 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 17 november 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. De behandelend neuroloog heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: “een cervicale radiculomyelopathie met restmyelopathische verschijnselen en neuropathische pijn op basis van infarctering in het ruggemerg na een operatie”. In verband hiermede heeft hij de ziektekostenverzekeraar gevraagd de kosten van behandelingen oefentherapie voor de duur van minimaal één jaar te vergoeden.
 - 4.2. Verzoeker schetst zijn medisch verleden en stelt dat hij op basis van het voorgaande in 2007 en 2008 vergoeding heeft ontvangen voor de kosten van de behandelingen oefentherapie. De afgegeven machtiging eindigde op 17 maart 2009. Naar aanleiding van de afwijzende beslissing van 5 maart 2009 heeft de behandelend neuroloog een nieuwe aanvraag gedaan, waarbij door hem is vermeld: “Myelopathie

cervicaal; status na ok cervicale wk voor kanaalstenose; MRI thans: geen stenose wel myelopathie; chronische verstrekking oefentherapie.”

Verzoeker concludeert dat hij een indicatie heeft voor chronische oefentherapie. Hij betoogt dat eerder machtigingen zijn verleend; dat zijn situatie sindsdien niet is veranderd, en dat ook de ‘Lijst Borst’ niet is gewijzigd.

Verder tekent hij aan dat de ziektekostenverzekeraar op enig moment heeft geoordeeld dat sprake was van “perifere zenuwpijn”. Deze aandoening geeft recht op chronische oefentherapie. Nadat de Ombudsman Zorgverzekeringen de ziektekostenverzekeraar daar op had gewezen, kwam deze tot de conclusie dat de indicatie “radiculair syndroom” aan de orde was, waarvoor een beperking tot drie maanden geldt.

Verzoeker vermoedt dat in zijn geval sprake is van een samenloop van drie verschillende indicaties, waarvan er althans een recht geeft op voortzetting van de oefentherapie ten laste van de zorgverzekering.

- 4.3. Voorts vraagt verzoeker aandacht voor de procedurele aspecten. Hij vermoedt dat een deel van zijn dossier is zoekgeraakt; correspondentie is niet beantwoord, en terugbelafspraken zijn niet nagekomen. Verder zijn de telefonische wachttijden lang en worden de gestelde vragen niet correct afgewikkeld.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat volgens hem er twee gronden zijn waarop de behandelingen voor vergoeding in aanmerking komen. In de eerste plaats betreft het hier een aandoening van het ruggenmerg hetwelk wordt bevestigd door de behandelend neuroloog. Ten tweede wordt door de ziektekostenverzekeraar ontkend dat het zou gaan om een perifere neuropathie. Gelet op de klachten komt verzoeker zelf tot de conclusie dat bij hem wel degelijk sprake is van perifere neuropathie met daarbij tevens een radiculair syndroom.
- 4.5. 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 dat bij verzoeker sprake is van een wervelkanaalstenose met motorische uitval. Dit is de facto een radiculare prikkeling met als gevolg eventuele motorische problematiek. Het probleem doet zich voor bij een zenuwwortel, en het betreft dus geen “perifere zenuwaandoening”. Bij de behandeling van een “radiculair syndroom met motorische uitval” is de periode gedurende welke de kosten ten laste van de zorgverzekering komen maximaal drie maanden. Op 25 maart 2010 is op grond hiervan een machtiging afgegeven voor het tijdvak van 5 januari tot 4 april 2010. In de brief van 30 maart 2010 is dit alles echter niet goed verwoord.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar erkent dat bepaalde zaken rond de behandeling van de aanvraag niet goed zijn gelopen. Hiervoor zijn excuses aangeboden. Hoe het kan dat bepaalde poststukken niet zijn ontvangen, kan de ziektekostenverzekeraar niet verklaren.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat alleen gedurende de eerste twaalf maanden aanspraak bestond op fysiotherapie. En dat in het tweede en derde jaar de kosten derhalve ten onrechte zijn vergoed. Verder verklaart de ziektekostenverzekeraar dat geen sprake kan zijn van een perifere neuropathie én een radiculair syndroom. Het is het een of het ander.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de noodzakelijke behandelingen oefentherapie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
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 25 van de zorgverzekering 2009 (2010: artikel 23) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck bestaat. Voor zover hier van belang, luidt deze bepaling als volgt:
- “Omschrijving:
 U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Onder deze zorg wordt ook oedeemtherapie verstaan.
 (...)
 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. Artikel 25 van de zorgverzekering is volgens artikel 1 (2009) respectievelijk artikel 2.9 (2010) van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 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 fysiotherapie en oefentherapie zijn te verstaan, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv. Bijlage 1 Bzv bevat een opsomming van aandoeningen die, vanaf de tiende behandeling, recht geven op de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en oefentherapie, al dan niet gedurende een bepaalde periode.

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

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De commissie stelt allereerst vast dat de ziektekostenverzekeraar na tussenkomst van de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft besloten de kosten van de behandelingen oefentherapie, gemaakt tussen 17 maart en 31 december 2009, alsnog te vergoeden. Verzoeker heeft derhalve geen verder belang bij een bindend advies met betrekking tot de aanspraak op oefentherapie over deze periode.
- 9.2. Het zelfde geldt voor het tijdvak van 5 januari tot 4 april 2010, nu door de ziektekostenverzekeraar intussen een machtiging werd afgegeven, en door verzoeker geen melding is gemaakt van voor zijn rekening gebleven kosten van oefentherapie, gemaakt tussen 1 en 5 januari 2010.
- 9.3. Voor zover het de vanaf 4 april 2010 gemaakte kosten betreft, stelt de commissie vast dat bij verzoeker geen sprake is van een “perifere zenuwaandoening”, maar van een “radiculair syndroom met motorische uitval”. Deze aandoening wordt genoemd in Bijlage 1, lid 1 onder a 10°, waarnaar artikel 23 (2010) van de zorgverzekering verwijst, en geeft gedurende maximaal drie maanden aanspraak op de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie of oefentherapie ten laste van de zorgverzekering.
- 9.4. Dat eerder, dat wil zeggen tot 17 maart 2009, wel een machtiging werd verleend voor chronische oefentherapie maakt het voorgaande niet anders. Inherent aan de procedure waarbij telkens een machtiging voor een bepaald tijdvak wordt afgegeven, is dat de verlenging geen automatisme is, maar dat een beoordeling plaatsvindt die kan leiden tot een andere uitkomst. Rekening houdend met de mogelijkheid dat de ziektekostenverzekeraar in het verleden verkeerd heeft beslist, moet hij de gelegenheid hebben dit te corrigeren. In dat geval zal hij onder omstandigheden echter wel maatregelen moeten treffen om de gevolgen van een en ander te verzachten. In dit geval is daartoe een overgangstermijn van 17 maart tot en met 31 december 2009 gehanteerd. De commissie acht deze termijn alleszins redelijk.
- 9.5. Ten aanzien van de stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk het standpunt heeft ingenomen dat de indicatie “perifere zenuwpijn” aan de orde was, welke indicatie later is veranderd in “radiculair syndroom met uitvalsverschijnselen”, merkt de commissie op dat wat er ook mag zijn van het te dien aanzien gestelde in de brief van 30 maart 2010, de op 25 maart 2010 afgegeven machtiging hoe dan ook uitsluitend zag op de periode tot 4 april 2010. Om in aanmerking te komen voor vergoeding van verdere behandelingen zou derhalve opnieuw een aanvraag moeten worden gedaan, gevolgd door een beoordeling en eventueel een correctie door de ziektekostenverzekeraar.

- 9.6. Met betrekking tot de procedurele aspecten kan de commissie geen bindend advies uitbrengen. Deze zijn overigens al onderwerp geweest van de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen.

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, 1 december 2010,

Voorzitter