



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. en De Friesland
Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Leeuwarden

Zaak : Geneeskundige zorg, paramedische zorg, fysiotherapie, aantal
behandelingen aanvullende ziektekostenverzekering

Zaaknummer : 201303162

Zittingsdatum : 11 februari 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.6 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, en
- 2) De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V. te Leeuwarden, 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 Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Optimaal (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en AV Tand Extra afgesloten. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De zorgverzekering en de aanvullende verzekering AV Tand Extra zijn niet in geschil en blijven daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op behandelingen fysiotherapie (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft de eerste 40 behandelingen vergoed. Bij brief van 4 oktober 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij geen aanspraak heeft op vergoeding van verdere behandelingen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 november 2013 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 4 september 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van 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 stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 november 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 november 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 30 november 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft eveneens medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstige bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 februari 2015 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend fysiotherapeut heeft ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: *"Meneer heeft een cuffruptuur van de supraspinatus en gedeeltelijk van de subscapularis. Een ruptuur van de bicepsbrachii caput longum en een tendinose van de infraspinatus. Daarbij artrose graad III en IV. Meneer is bij de orthopeed geweest en die gaf aan dat een operatie geen optie is en dat een nieuw schoudergewricht niet meer mogelijk is omdat de prothese niet meer bevestigd kan worden. Doordat meneer afhankelijk is van een rolstoel kan hij zijn schoudergewrichten niet ontzien en belast hij deze structureel teveel. Uit de afgelopen 3 jaar is gebleken dat training en oefentherapie gericht op kracht en het verbeteren van de belastbaarheid een toename van klachten en afname van de functies geeft. (...) Behandeldoel: Zelfstandig in de ADL blijven, transfers naar de rolstoel en toilet zelfstandig kunnen uitvoeren en een algemene VAS score van de schouders < 8. (...) PSK gelijk gebleven alleen afgieten van de pannen van 4 naar 5 gegaan. (...) Afgelopen maanden goed gegaan VAS zat tussen de 6 en de 7 zowel overdag als 's nachts. Merkt wel dat er lichte achteruitgang is in de ADL mn in de persoonlijk[e] verzorging (PSK 1 naar 3), (kan zijn rug en schouders dorsaal niet meer wassen) PSK is verder gelijk gebleven. Doelen blijven gelijk, wel proberen vanaf nu naar 1x per week therapie. (...) Schouderpijnen die hij nog kan gebruiken, los- en vrij van triggerpoints houden en de mobiliteit van de schoudergewrichten behouden. Hierdoor kan meneer de schouder- en armfunctie die hij nog heeft blijven gebruiken. Als meneer zich niet meer in de rolstoel kan redden komt hij in aanmerking voor een elektrische rolstoel, thuiszorg en zal hij moeten verhuizen. In het afgelopen jaar is duidelijk geworden da[t] 1x per week behandelen afname in het functioneren geeft (PSK), daarom 2x per week therapie. (...)".*
- 4.2. Verzoeker maakt al meer dan 40 jaar gebruik van een rolstoel, en krijgt al vele jaren fysiotherapie. Dit heeft in het verleden nooit problemen gegeven met de ziektekostenverzekeraar. Echter, vanaf het jaar 2013 vindt de ziektekostenverzekeraar de behandelingen ineens niet meer nodig. Daarom zijn deze vanaf de 41e behandeling niet meer vergoed. Verzoeker heeft de fysiotherapie evenwel nodig om zonder al te veel pijn door het leven te gaan. Hij begrijpt niet dat de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar - zonder hem te hebben gezien - binnen twee minuten kan beslissen dat voor hem minder of geen fysiotherapie nodig is. De noodzaak van verdere behandeling is ter beoordeling aan de fysiotherapeut die verzoeker al jaren behandelt.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brieven de mogelijkheden genoemd van een beweegprogramma, medische fitness en ergotherapie. Verzoeker vindt deze opmerkingen kwetsend. Hij weet na 40 jaar een rolstoel te hebben gebruikt wel wat goed en slecht voor hem is.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat de medisch noodzakelijke behandelingen voorheen zonder meer werden vergoed. Sindsdien is het aantal gemaximeerd. Wat voorheen dus wel als noodzakelijk werd beschouwd, is het nu niet meer. Verzoeker heeft hierover nooit persoonlijk

bericht gehad. Ook bij de ziektekostenverzekeraar zal bekend zijn dat artrose alleen is te behandelen met rust en beweging. Verder is wetenschappelijk vastgesteld dat langdurig gebruik van een rolstoel leidt tot extra slijtage van de schouders. Verzoeker gebruikt al 40 jaar een rolstoel. De fysiotherapeut weet wat het beste is voor hem. Deze fysiotherapeut is ook mee geweest naar de orthopeed in het ziekenhuis. Daar is naar voren gekomen dat de schouderklachten het gevolg zijn van artrose. Er zijn ook spieren afgescheurd. Getracht is de overgebleven kracht van de spieren te verbeteren. Er is al eens een lange rustpauze ingebouwd. Verzoeker verbleef toen in het ziekenhuis en aansluitend een week thuis. Het heeft toen maanden geduurd voor de pijnklachten weer onder controle waren. Verzoeker heeft benadrukt dat er geen alternatief bestaat en dat hij er maar mee moet leren leven.

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 aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor behandelingen fysiotherapie. In het verleden was deze aanspraak onbeperkt. Eind 2012 is aan alle verzekerden medegedeeld dat met ingang van het jaar 2013 vanaf de 41e behandeling fysiotherapie een onderbouwing noodzakelijk is van de medische noodzaak voor verdere behandeling. Hierbij moeten onder andere verbeterdoelen worden gesteld. Op het moment dat geen punten meer kunnen worden verbeterd, moet ruim bewijs worden aangeleverd ter onderbouwing van de stelling dat het voor de verzekerde niet mogelijk is zonder de fysiotherapie bepaalde lichamelijke functies te kunnen behouden, daar deze op dat punt ook een eigen verantwoordelijkheid heeft. In de aanvraag die de ziektekostenverzekeraar ontving, staat dat het behandeldoel bestaat uit het zelfstandig blijven in de algemene dagelijkse levensverrichtingen, het goed kunnen (blijven) uitvoeren van transfers naar rolstoel en toilet en het houden van een algemene VAS-score onder de 8. De verrichtingen bestaan voornamelijk uit het mobiliseren en uit triggerpointmassage. Dit betreft passieve methodes, die niet aansluiten op het doel. De doelmatigheid van verdere fysiotherapie is met het gestelde in de aanvraag dan ook niet aangetoond.

5.2. Volgens verzoeker is het voor hem niet mogelijk zonder veel pijn door het leven te gaan indien hij geen fysiotherapie krijgt. Uit de behandelgeschiedenis blijkt echter dat verzoeker vanaf 1 januari 2008 continu onder behandeling is geweest voor dezelfde klachten. Omdat geen behandelpauzes hebben plaatsgevonden, is niet komen vast te staan dat deze een negatief effect zouden hebben op de lichamelijke toestand van verzoeker.

5.3. De medisch adviseur heeft telefonisch contact gehad met de behandelend fysiotherapeut en met verzoeker. De fysiotherapeut heeft gevraagd om een coulancevergoeding voor het jaar 2013 voor twaalf zittingen. Ook vraagt zij of in het jaar 2014 50-52 zittingen kunnen worden vergoed. Aangezien geen doelmatige, medisch noodzakelijke zorg wordt verleend, kan de ziektekostenverzekeraar hierin niet meegaan. Daarom is aan verzoeker aangeboden een ergotherapeut in te schakelen, die kan bekijken of de overbelasting kan worden verminderd. Eventueel kunnen hiervoor hulpmiddelen worden ingeschakeld. Verzoeker heeft echter medegedeeld weinig heil te zien in deze optie.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het criterium altijd de medische noodzaak is geweest, alleen werd hier in het verleden minder strikt mee omgegaan. Omdat de kosten van kortdurende fysiotherapie stegen, is hier meer aandacht voor gekomen. Er is een maximum aantal behandelingen gesteld, dat in 2014 is verlaagd naar 36. Fysiotherapie moet genezingsgericht zijn, anders betreft het enkel onderhoudstherapie. Het klopt dat verzoeker geen persoonlijk bericht over de wijziging heeft gehad. Wel is hij ingelicht over de voorwaardenwijziging eind 2012. De ziektekostenverzekeraar betwijfelt niet dat verzoeker baat heeft bij de behandelingen, maar er moet een bepaald einddoel zijn gericht.

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 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende verzekeringsvoorwaarde relevant.

8.2. Artikel 3.11 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op onder andere fysiotherapie 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 psychosomatischetherapie.

Wie mag deze zorg verlenen

Een fysiotherapeut die is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR). Inschrijving in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie is te controleren via www.defysiotherapeut.com. Lymfedrainage/oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden verleend door een huidtherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Let op

Behandelingen door een fysiotherapeut die niet voldoet aan deze begripsomschrijving worden niet vergoed. (...)

AV Optimaal (Online)

Gecontracteerde zorgaanbieder: alle medisch noodzakelijke behandelingen, waarvan per kalenderjaar 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. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Partijen houdt verdeeld de vraag of vanaf de 41e behandeling door de ziektekostenverzekeraar een vergoeding dient te worden verleend. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.


9.2. In artikel 3.11 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat - indien meer dan 40 behandelingen fysiotherapie noodzakelijk zijn - de behandelend fysiotherapeut bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag moet indienen. Hierin moet de medische noodzaak voor verdere behandeling worden onderbouwd. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat de

onderbouwing dient te bestaan uit het stellen van een behandeldoel en een weergave van de wijze waarop dit doel zal worden behaald. Indien het gaat om een onderhoudsbehandeling, dient te behandelend fysiotherapeut te onderbouwen waarom de patiënt niet zelf in staat is de aanwezige functie te behouden.


- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag van de behandelend fysiotherapeut beoordeeld, en hierover opgemerkt dat het gaat om een onderhoudsbehandeling. De doelen die zijn gesteld, kunnen volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar niet worden bereikt door middel van de behandeling die wordt gegeven, bestaande uit mobilisatie en triggerpointmassage. Uit het dossier blijkt dat de klachten van verzoeker worden veroorzaakt door overbelasting. Massage helpt volgens de ziektekostenverzekeraar niet om overbelasting te voorkomen dan wel te verminderen. Bovendien zijn volgens de ziektekostenverzekeraar geen behandelpauzes ingelast waaruit blijkt dat het niet geven van behandelingen fysiotherapie leidt tot een verslechtering van de gezondheid van verzoeker.
- 9.4. Uit de aanvraag van de behandelend fysiotherapeut blijkt dat een behandeldoel is gesteld, en dat de VAS score door behandeling gelijk is gebleven dan wel is verlaagd. Alleen het afgieten van pannen is van een VAS score 4 naar 5 gegaan. Volgens de fysiotherapeut geeft het losmaken van de schoudermusculatuur een goed resultaat. Hierbij is uitgegaan van een behandeling die tweemaal per week plaatsvindt. Uit de aanvraag blijkt verder dat is geprobeerd de behandelfrequentie te verminderen naar eenmaal per week, hetgeen heeft geleid tot een achteruitgang. Uit het voorgaande blijkt dat weliswaar geen behandelpauze is ingelast, maar dat wel is geprobeerd de behandelfrequentie te verminderen. Verder is volgens de behandelend fysiotherapeut op bepaalde punten vooruitgang geboekt met de gegeven behandelingen, en is bij andere onderdelen de situatie van verzoeker door de behandeling gelijk gebleven. De fysiotherapeut heeft onderbouwd waarom zij van mening is dat verdere behandeling bij verzoeker is aangewezen. In artikel 3.11 van de aanvullende ziektekostenverzekering is enkel bepaald dat de medische noodzaak moet worden onderbouwd, niet waaruit deze onderbouwing dient te bestaan. De toelichting die de ziektekostenverzekeraar hierop heeft gegeven is derhalve niet in de voorwaarden vastgelegd en niet voor een verzekerde kenbaar.
- 9.5. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat de medische noodzaak van verdere behandeling voldoende door de fysiotherapeut is onderbouwd, zodat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag ten onrechte heeft afgewezen, en hij gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 18 februari 2015,



prof. mr. A.I.M. van Mierlo

