

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, klinische revalidatie, kosten medisch adviseur
Zaaknummer : 2013.00172
Zittingsdatum : 9 oktober 2013

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 2009-2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.6, 2.10 en bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009-2010, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te D tegen

E te F, hierna 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (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 [naam ziektekostenverzekeraar] Compleet en [naam ziektekostenverzekeraar] Luxe Verpleging afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

Andere door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekeringen Gezondheidsservices en Tandengaaft 100% tot € 150 zijn niet in geschil en blijven om deze reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een revalidatiebehandeling bij AZ Monica APRA revalidatiecenter te Antwerpen (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 1 december 2010 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 brieven van 27 april 2011, 2 december 2011, 19 januari 2012 en 14 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten een vergoeding te verlenen voor ambulante fysiotherapie.

3.4. Bij brief van 5 juni 2013 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 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 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 29 juli 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 juli 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 augustus 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 september 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 30 juli 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 27 augustus 2013 (zaaknummer 2013089893) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit de beschikbare stukken niet kan worden afgeleid dat medisch specialistische revalidatie voor verzoeker was aangewezen. Verzoeker was niet geïndiceerd voor intramurale revalidatie. Een afschrift van het CVZ-advies is op 29 augustus 2013 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Van de geboden gelegenheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend orthopedisch chirurg heeft ter zake van verzoeker het volgende verklaard: *"[Verzoeker] onderging een totale heupplastiek (type McMinn) op 17/11/2009 rechts en op 3/2/2010 links. Deze operaties werden uitgevoerd in verband met een ernstige invaliderende coxarthrose ten gevolge waarvan [verzoeker] zeer immobiel was geworden. Ten gevolge hiervan was er toch sprake van een ernstige atrofïering van zijn musculatuur rondom de heupgewrichten beiderzijds. Wij zijn van mening dat indien slechts 1 operatie had plaatsgevonden de revalidatie ernstig moeilijk, dan wel niet volledig mogelijk was geweest, gezien de invaliderende klachten aan de andere zijde. Derhalve is gekozen voor deze optie om dan ook intern te revalideren in de Apra. (...) met de zorg in de Apra [verzoeker] redelijke mate van zelfstandigheid wist te bereiken (...)"*.
- 4.2. Verzoeker heeft twee heupoperaties ondergaan in Antwerpen, waarvan de kosten zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar.
- 4.3. Op advies van de behandelend orthopedisch chirurg en de revalidatiearts heeft klinische revalidatie plaatsgevonden, eveneens in Antwerpen. Ter zake hiervan is ruim € 10.000,-- niet vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker stelt dit onbegrijpelijk te vinden. De kosten van zorg in België zijn lager dan in Nederland. Daarnaast wijst de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar de aanvraag af,

zonder de kwestie met de behandelend arts van verzoeker te bespreken. Dit is onzorgvuldig.

- 4.4. Verzoeker stelt dat de revalidatie noodzakelijk was. Hij heeft in dit kader een eigen medisch deskundige ingeschakeld. Deze heeft een rapport opgesteld waaruit blijkt dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van klinische revalidatie ten laste van de zorgverzekering. De revalidatie was in verzoekers geval het meest doelmatig en effectief. Er is voldaan aan de criteria zoals vermeld in de poliswaarden alsmede aan het algemene beoordelingskader voor aanspraken in het kader van de Zorgverzekeringswet, zoals dat is uitgekristalliseerd door het CVZ en de commissie. Derhalve vallen de gemaakte revalidatiekosten onder de dekking van de zorgverzekering en is de ziektekostenverzekeraar gehouden deze te vergoeden. Het is onterecht dat de ziektekostenverzekeraar enkel wenst te betalen voor ambulante fysiotherapie.
- 4.5. Voorts maakt verzoeker aanspraak op vergoeding van de kosten van de medisch deskundige die hij heeft ingeschakeld, ten bedrage van € 865,97.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Aanspraak op revalidatie bestaat als (i) de zorg voor een verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en (ii) een verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is. De zorg moet worden uitgevoerd door een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een medisch-specialist of revalidatiearts, en moet plaatsvinden in een instelling voor revalidatie die door de overheid als zodanig toegelaten en/of erkend is. Voorts moet de behandeling passen bij de situatie van een verzekerde. Het moet de minst ingrijpende, noodzakelijke behandeling zijn en deze mag niet onnodig duur zijn.
Bij een status na twee heupoperaties waarbij prothesen zijn geplaatst, kan tijdelijk paramedische ondersteuning nodig zijn bij het mobiliseren en activeren. Er is daarbij geen sprake van complexe medische problematiek. Er is dan geen noodzaak tot een multidisciplinaire behandeling onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts.
- 5.2. Verzoeker heeft twee heupoperaties ondergaan. Er is een aanvraag ingediend voor een multidisciplinair revalidatieprogramma in het AZ Monica APRA revalidatiecenter, bestaande uit fysiotherapie en ergotherapie. De betreffende aanvraag is voorgelegd aan de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar, en deze heeft een advies uitgebracht. Hieruit blijkt dat medisch-specialistische revalidatie in een klinische setting niet redelijkerwijs was aangewezen bij verzoeker. Er is niet voldaan aan de voorwaarden.
- 5.3. Bij verzoeker was geen sprake van co-morbiditeit; er was goed herstel na de heupoperatie rechts op 17 november 2009 en de heupoperatie links op 3 februari 2010. Uit de informatie van de behandelend arts van verzoeker blijkt dat alleen krachtsvermindering links en verminderde mobiliteit links na de operatie links was opgetreden. Dit is geen indicatie voor (multidisciplinaire) revalidatie. Daarnaast is de zorg niet doelma-

tig. Aangezien niet wordt voldaan aan de verzekeringsvoorwaarden, worden de kosten van revalidatie niet vergoed.

- 5.4. Verzoeker had een indicatie voor enkelvoudige paramedische zorg, te weten extramurale fysiotherapie. Een indicatie voor andere therapie was er niet. Coulancehalve is een vergoeding ten bedrage van € 1.092,90 verleend voor extramurale fysiotherapie. Reden hiervoor is dat werd gevraagd om vergoeding van revalidatiezorg, maar niet werd voldaan aan de daarvoor geldende voorwaarden.
- 5.5. Verzoeker heeft op eigen initiatief een medisch deskundige een rapportage laten uitbrengen. De kosten daarvan worden niet vergoed.
- 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 16 van de zorgverzekering (2009), artikel 14 van de zorgverzekering (2010), en artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2009-2010) is de commissie 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 is gehouden de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, alsmede de kosten van de door verzoeker ingeschakelde medisch adviseur te vergoeden.

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 in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 43 van de zorgverzekering (2009) en de artikelen 18 tot en met 42 van de zorgverzekering (2010). Artikel 22 van de zorgverzekering (2009) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van revalidatie bestaat. Dit artikel luidt:

“22.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

U hebt recht op vergoeding van revalidatie in de volgende vormen:

- *Verblijf: Het gaat hier om revalidatie waarvoor u meerdere dagen opgenomen wordt. Deze meerdaagse opname vindt plaats als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname;*
- *Deeltijd- of dagbehandeling: Het gaat hier om revalidatie zonder verblijf.*

22.2 Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van revalidatie als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

U hebt revalidatie nodig om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen.

Het gaat om een handicap die het gevolg is van:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;*
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag.*

Deze revalidatie is hiervoor voor u de beste methode.

Door de revalidatie kunt u een bepaalde mate van zelfstandigheid bereiken of behouden die in relatie tot uw beperkingen mogelijk is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts of medisch-specialist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een team van verschillende soorten deskundigen (multi-disciplinair team) voert de zorg uit onder leiding van een medisch-specialist of revalidatie-arts.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor revalidatie.”

Eenzelfde regeling is opgenomen in artikel 22 van de zorgverzekering (2010).

- 8.3. Artikel 30 van de zorgverzekering (2009) regelt de aanspraak op vergoeding van fysiotherapie en oefen therapie. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“(…)

30.1.1. Zorg die we vergoeden voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Voor verzekerden van 18 jaar en ouder vergoeden wij fysiotherapie of oefen therapie als u beperkingen hebt als gevolg van een aandoening die staat op de “Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefen therapie”. In deze lijst staat ook aangegeven dat u bij een aantal aandoeningen een bepaalde maximum periode recht hebt op vergoeding van fysiotherapie of oefen therapie. U vindt deze lijst op onze internetsite en kunt deze ook bij ons opvragen.

Wij vergoeden de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en oefen therapie vanaf de tiende behandeling. Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, vergoeden we de behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn.

(…)

30.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van fysiotherapie en oefen therapie als u voldoet aan de volgende voorwaarden. Deze voorwaarden gelden voor verzekerden van alle leeftijden:

Algemeen

Het gaat om zorg zoals fysiotherapeuten en oefen therapeuten die normaal gesproken verlenen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U hoeft geen voorafgaande akkoordverklaring aan ons te vragen indien u zich wendt tot een gecontracteerde behandelaar fysiotherapeut of oefentherapeut. De therapeut beoordeelt namens ons of u aanspraak heeft op vergoeding doordat uw aandoening voorkomt op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie". Als u eraan twijfelt of uw aandoening op deze lijst voorkomt, raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

- een fysiotherapeut verleent de fysiotherapie;
- een manueel therapeut verleent de manuele therapie;
- een bekkentherapeut verleent de bekkentherapie;
- een kinderfysiotherapeut verleent de kinderfysiotherapie;
- een geriatrische fysiotherapeut verleent de geriatrische fysiotherapie;
- een oedeem- of huidtherapeut verleent de oedeemtherapie;
- een oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent de oefentherapie;
- een kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent de kinderoefentherapie.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend zorgverlener, bij u thuis of op de afdeling fysiotherapie of oefentherapie in een instelling, ziekenhuis of verpleeghuis waar ze fysiotherapie of oefentherapie leveren aan patiënten zonder dat sprake is van een opname.

30.3. Zorg die wij niet vergoeden

30.3.1. Zorg die wij niet vergoeden voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Wij vergoeden fysiotherapie of oefentherapie niet voor aandoeningen die niet op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie" staan.

(...)"

Eenzelfde regeling is opgenomen in artikel 30 van de zorgverzekering (2010).

- 8.4. Artikel 11 van de zorgverzekering (2009) regelt de aanspraak op vergoeding van zorg in buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"(...)

11.1. U woont in Nederland en krijgt zorg in het buitenland

Als u in Nederland woont, hebt u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland.

(...)

11.4 Tarief en akkoordverklaring

Als u zorg inroept in een ander land dan uw woonland van een zorgverlener of instelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten dan kan het voor u vooraf niet altijd duidelijk zijn of u die zorg geheel, deels of misschien helemaal niet vergoed krijgt. Daarom raden wij u aan bij voorziene zorg in het buitenland altijd vooraf onze zorgadvisering aan te vragen. Dat geeft duidelijkheid en bespaart u teleurstellingen achteraf. Het kan zelfs zo zijn dat wij meer vergoeden dan wij in de vergoedingsbepaling in deze voorwaarden hebben vastgelegd.

11.5. Bevoegde zorgverlener en zorginstelling

De zorg die u krijgt in het buitenland moet in ieder geval worden verleend door een zorgverlener of zorginstelling die in het betreffende land bevoegd is deze zorg te verlenen."

Eenzelfde regeling is opgenomen in artikel 18 van de zorgverzekering (2010).

- 8.5. Artikel 17 van de zorgverzekering (2009) betreft de hoogte van de vergoeding van zorg. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“(…)

17.4. Tarief

Wij vergoeden de zorg volgens de verzekeringsvoorwaarden nadat we de nota hebben ontvangen tot maximaal:

a. het (maximum-)tarief dat op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld; of

b. het in Nederland geldende marktconform bedrag als er geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat. Het “marktconform bedrag” is bij ons het tarief dat wij voor vergelijkbare zorg met zorgverleners in Nederland of in ons kernwerkgebied (Zuid-Nederland) hebben afgesproken en met wie wij een overeenkomst gesloten hebben. Zijn meerdere verschillende tarieven afgesproken, dan hanteren wij het gemiddelde van die tarieven. Welk tarief we hanteren en hoe hoog dat is, kunt u bij ons opvragen of via onze internetsite opzoeken.

“(…)”

Eenzelfde regeling is opgenomen in artikel 15 van de zorgverzekering (2010).

- 8.6. In artikel 2.5 van de zorgverzekering (2009-2010) is bepaald dat aanspraak bestaat op vergoeding van die zorg waarop een verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.7. De artikelen 2.5, 11, 17, 22 en 30 van de zorgverzekering (2009) en de artikelen 2.5, 15, 18, 22 en 30 van de zorgverzekering (2010) zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering (2009-2010) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. 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.
Verblijf is geregeld in artikel 2.10 Bzv.
In artikel 2.1 lid 3 Bzv is bepaald dat een verzekerde recht heeft op een vorm van zorg of een dienst slechts voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.9. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.10. Artikel 16 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2009-2010) regelt de aanspraak op fysiotherapie. In het vergoedingenoverzicht 2009 is geregeld dat de vergoeding 100% is, en in het vergoedingenoverzicht 2010 is geregeld dat maximaal 27 behandelingen per jaar worden vergoed.

8.11. Artikel 20 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.
2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Aangezien verzoeker niet voorafgaand aan de revalidatiebehandelingen toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, blijft toetsing aan artikel 20 Vo. nr. 883/2004, gelet op het arrest Stamatelaki (HvJ 19 april 2007, C-444/05) achterwege. De aanspraak op vergoeding dient zodoende te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.2. Revalidatie (ongeacht of dat al dan niet klinisch is) en enkelvoudige fysiotherapie vormen verzekerde prestaties in het kader van de zorgverzekering. Waar het gaat om de vraag naar de indicatie, blijkt uit het CVZ-advies van 27 augustus 2013 dat in de situatie van verzoeker geen sprake was van een complexe medische problematiek op grond waarvan een indicatie bestaat voor een multidisciplinair behandeltraject onder begeleiding van een revalidatiearts.

9.3. De commissie volgt het advies van het CVZ en maakt de conclusie hiervan tot de hare, en komt dan ook tot het oordeel dat niet is voldaan aan het gestelde in artikel 2.5 van de zorgverzekering (2009-2010).

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor fysiotherapie. Door verzoeker is echter aanspraak gemaakt op vergoeding van klinische revalidatie. De kosten zijn ook als zodanig gedeclareerd. Desalniettemin is de ziektekostenverzekeraar coulancehalve overgegaan tot vergoeding van behandelingen fysiotherapie. De commissie zal in deze beslissing niet treden. Er bestaat geen verdere aanspraak op vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Kosten medisch adviseur

- 9.5. Verzoeker heeft op eigen initiatief een medisch adviseur ingeschakeld. Reeds hierom, en gelet op het feit dat zijn verzoek dient te worden afgewezen, bestaat geen aanspraak op vergoeding van de hiermee gemoeide kosten.

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, 9 oktober 2013,

Voorzitter