



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Fysiotherapie, aanvullende ziektekostenverzekering, medische noodzaak voor meer dan 36 behandelingen, schadevergoeding

Zaaknummer : 201401688

Zittingsdatum : 18 februari 2015



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen



Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

- 
- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V., en
 - 2) De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Leeuwarden, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar aanvullend verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering AV Optimaal Online (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 door verzoekster afgesloten zorgverzekering Online Verzorgd Polis en de aanvullende verzekering AV Tand Standaard Online zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op meer dan 36 behandelingen fysiotherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 mei 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 10 juni 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. Verzoekster heeft de kwestie voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen (hierna: de Ombudsman). In de tussentijd heeft de behandelend fysiotherapeut blijkbaar een nieuwe aanvraag ingediend voor verlenging van de fysiotherapeutische behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding hiervan bij beslissing van 29 juli 2014 aan verzoekster een machtiging verleend voor 20 extra behandelingen fysiotherapie. Verzoekster heeft de Ombudsman medegedeeld dat de kwestie hiermee niet is opgelost. De Ombudsman heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 
- 3.4. Bij e-mailbericht van 25 september 2014 heeft verzoekster 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).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 december 2014 medegedeeld dat het dossier nogmaals grondig is bestudeerd, en dat is geconcludeerd dat de aanvraag voor extra zittingen toch kan worden geaccordeerd. Een afschrift hiervan is op 3 december 2014 aan verzoekster gezonden, waarbij haar is gevraagd of hiermee het geschil is opgelost.
- 3.7. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 4 december 2014 medegedeeld dat de kwestie nog niet is opgelost.
- 3.8. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar op 5 december 2014 een afschrift gestuurd van de brief van verzoekster van 4 december 2014, en hem in de gelegenheid gesteld hierop binnen vier weken te reageren.
- 3.9. Verzoekster heeft de commissie bij e-mailbericht van 9 december 2014 een aanvulling gezonden op haar eerdere brieven. Een afschrift hiervan is op 11 december 2014 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 22 december 2014 gereageerd op voornoemde correspondentie. Een afschrift hiervan is op 24 december 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.11. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 januari 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 februari 2015 per e-mail medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.12. Verzoekster is op 18 februari 2015 in persoon gehoord.
- 3.13. Ter zitting heeft verzoekster haar eis vermeerderd, in die zin dat door haar een schadevergoeding van € 500,-- is gevorderd ter zake van extra behandelingen fysiotherapie en manuele therapie alsmede kosten van spierverslappers. De commissie heeft de ziektekosten-verzekeraar hiervan bij brief van 23 februari 2015 in kennis gesteld en hem de mogelijkheid geboden hierop binnen zeven dagen te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 25 februari 2015 gereageerd. Een afschrift van deze brief is op 2 maart 2015 ter kennisname aan verzoekster gestuurd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend orthopedisch chirurg heeft verzoekster op 16 september 2013 verwezen voor fysiotherapeutische behandeling in verband met de diagnoses "cervicobrachialgie" en "impingement cufftendinopathie".
- 4.2. De behandelend fysiotherapeut heeft op 15 april 2014 ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor meer dan 36 behandelingen fysiotherapie in verband met nek- en schouderklachten beiderzijds. Naast bovengenoemde diagnose vermeldt de fysiotherapeut dat verzoekster bekend is met een lichte discopathie C5-C6 en enige foramen vernauwing. Op het aanvraagformulier is als hoofd/einddoel vermeld: "Verbeteren van de lokale belastbaarheid nek/schouders bdz gericht op afname pijnklachten (VAS < 20) in ADL (PSK tillen < 20) en sport (PSK golfen 9 holes < 20) binnen een termijn van 6 maanden". Voorts heeft de fysiotherapeut vermeld dat bij de tussentijdse evaluaties op 20 januari en 18 maart 2014 is gebleken dat de pijnklachten zijn gereduceerd van VAS 49 naar VAS 18 (in januari) en VAS 16 (in maart), en dat de doelstelling pijnreductie half januari 2014 voldoende was gerealiseerd.

Vanaf eind januari 2014 is gestart met een oefenprogramma dat is gericht op versterking van de schouder musculatuur en een actieve houdingscorrectie ten behoeve van ADL, werk en sportfuncties. Daarnaast heeft de fysiotherapeut enkele subdoelen geformuleerd.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het behandeldoel is bereikt. Dit is echter niet het geval. De behandeldoelen die zijn opgesteld, lagen op stoornisniveau (pijnvermindering, mobiliteit en spierkracht) en functieniveau (dagelijkse activiteiten, werk en sport). Voorwaarde om het functieniveau te verbeteren is dat sprake is van pijnvermindering, voldoende mobiliteit en een normale spierkracht. Daarom zijn de items op stoornisniveau als subdoelen in het behandelplan opgenomen. Het einddoel ligt echter op functieniveau. Omdat de pijnklachten in januari 2014 duidelijk waren afgenomen, staat in de tussentijdse evaluatie dat het subdoel 'pijnvermindering' op dat moment voldoende was gerealiseerd en kon het accent van de behandeling worden gelegd op het verhogen van de belastbaarheid van de nek en de schouders. Verzoekster volgt hiervoor ook - voor eigen rekening - drie keer per week medische fitness.
- 4.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar bestaat geen medische noodzaak voor fysiotherapie indien het doel "behoud van resultaat en in beweging blijven" is. Verzoekster is gebleken dat voor 90 percent van de patiënten, die fysiotherapie nodig hebben, het verhogen van de belastbaarheid één van de belangrijkste behandeldoelen is. Het lijkt erop dat de ziektekostenverzekeraar van mening is dat dit geen fysiotherapie is, hetgeen verzoekster onbegrijpelijk vindt. Dat behandeling noodzakelijk is, blijkt wel uit de toename van de pijnklachten indien zij meer wordt belast dan wel als zij niet meer wordt behandeld. In januari 2014 waren de pijnklachten duidelijk verminderd (VAS 18), maar eind maart 2014 waren deze weer toegenomen (VAS 40). Na het staken van de behandeling in mei 2014 namen de pijnklachten nog verder toe (12 juni 2014: VAS 74).
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de fysiotherapeut niet heeft gewerkt volgens de richtlijn voor kortdurend behandelen. Volgens de ziektekostenverzekeraar is bij de aandoening van verzoekster een kortdurende, intensieve behandeling op zijn plaats. Hoewel de ziektekostenverzekeraar zijn stelling niet heeft onderbouwd, gaat verzoekster ervan uit dat wordt verwezen naar de richtlijn 'KANS' (Nek-, schouder-, en armklachten). Verzoekster merkt hierbij op dat bij haar sprake is van een combinatie van diagnoses, waardoor in haar geval gemotiveerd is afgeweken van voornoemde richtlijn. Daarnaast heeft verzoekster al sinds 1985 last van de onderhavige klachten en hierdoor van een sterk verminderde belastbaarheid.
- 4.6. Verzoekster heeft in december 2013 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar over haar verzekeringspakket en het uitbreiden van haar aanvullende ziektekostenverzekering. Aangezien haar fysiotherapeutische behandeling een langdurig traject is, heeft verzoekster haar huidige aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten waarbij was vermeld dat aanspraak bestaat op onbeperkte fysiotherapie. In de brochure waren hierbij geen 'kleine lettertjes' of voetnoten vermeld. Pas na ontvangst van de afwijzende beslissing is verzoekster verder gaan zoeken en is haar gebleken dat op de website van de ziektekostenverzekeraar is vermeld dat goedkeuring moet worden gevraagd. Als consument mag verzoekster erop vertrouwen dat een aanspraak op onbeperkte fysiotherapie ook daadwerkelijk betekent dat zij aanspraak heeft op een onbeperkt aantal behandelingen fysiotherapie.
- 4.7. De ziektekostenverzekeraar heeft zonder deugdelijk onderzoek de meningen van de behandelend arts en de behandelend fysiotherapeut naast zich neergelegd en heeft hierbij enkel verwezen naar een richtlijn. Verzoekster benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft overlegd met de behandelend arts of de behandelend fysiotherapeut. De fysiotherapeut heeft zelf wel geprobeerd contact op te nemen met de medewerker van de ziektekostenverzekeraar die het dossier van verzoekster heeft behandeld, maar hij kwam niet verder dan het klantcontactcentrum.
- 4.8. Verzoekster stelt dat als zij van de ziektekostenverzekeraar geen machtiging krijgt voor voortzetting van de fysiotherapeutische behandeling, zij ook in de jaren 2015 en 2016 geen fysiotherapie meer vergoed zal krijgen voor de onderhavige indicatie.

 4.9. Ter zitting heeft verzoekster voornoemde stellingen herhaald. Ter aanvulling heeft zij aangevoerd dat als gevolg van het noodgedwongen tijdelijk stoppen van de fysiotherapie, de behandeling weer vanaf het begin moest worden gestart. Volgens verzoekster is de tweede aanvraag voor extra behandelingen niet gehonoreerd. Als gevolg hiervan heeft zij extra kosten moeten maken, onder andere voor spierverslappers, en behandelingen manuele therapie en fysiotherapie. Zij schat deze kosten op € 500,--.

 Verzoekster merkt op dat het in de onderhavige kwestie gaat om het begrip 'medische noodzaak'. Met ingang van 1 januari 2015 is zij overgestapt naar een andere verzekeraar.

 4.10. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag van 15 april 2014 in eerste instantie afgewezen, omdat onvoldoende is gebleken dat een medische noodzaak tot voortzetting van de behandeling aanwezig is. Hierdoor is de behandeling niet doelmatig. Uit de aanvraag blijkt dat het behandeldoel is behaald. Als de behandeling vooral is bedoeld om in beweging te blijven of het bereikte resultaat te behouden, bestaat geen medische noodzaak voor verdere behandeling.

 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 juli 2014 een nieuwe aanvraag ontvangen voor 20 extra behandelingen fysiotherapie. Bij brief van 29 juli 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster naar aanleiding van deze aanvraag een machtiging verleend voor 20 extra behandelingen fysiotherapie in 2014.

 5.3. Daarnaast gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar geantwoord dat het niet zo is dat verzoekster in 2015 en 2016 geen recht meer heeft op fysiotherapie in verband met de onderhavige indicatie. In 2015 kan de behandelend fysiotherapeut aan het begin van het traject bepalen of sprake is van een medische noodzaak voor behandeling, en of de behandeling doelmatig is. Nadat 36 behandelingen hebben plaatsgevonden, kan een aanvraag worden ingediend voor verlenging van de behandeling. Deze aanvraag zal dan, naar de commissie begrijpt, door de ziektekostenverzekeraar worden beoordeeld.

 5.4. Bij brief van 1 december 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld dat het dossier nogmaals grondig is bestudeerd. Naar aanleiding hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat de aanvraag uit april 2014, voor 20 extra zittingen fysiotherapie, alsnog kan worden geaccordeerd.

 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek - voor zover het meer behandelingen fysiotherapie betreft dan reeds zijn toegekend - dient te worden afgewezen.

 5.6. Bij brief van 25 februari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd op de ter zitting door verzoekster gevorderde schadevergoeding. Verzoekster heeft de kosten van fysiotherapie van 4 augustus tot en met 29 december 2014 vergoed gekregen. De door verzoekster geclaimde extra kosten kan de ziektekostenverzekeraar moeilijk plaatsen. Spierverslappers op medisch voorschrift komen in beginsel voor rekening van de zorgverzekering. Daarom vraagt de ziektekostenverzekeraar zich af welke extra kosten verzoekster heeft gehad. Behoudens een duidelijke en gedocumenteerde onderbouwing van de claim van verzoekster, die ook duidelijk zijn causaal verband moet vinden in de aanvankelijke weigering tot vergoeding van extra fysiotherapie, gaat de ziektekostenverzekeraar op voorhand niet in op deze claim en wijst deze af.

 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 verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van meer dan 36, respectievelijk 56 behandelingen fysiotherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

- 8.1. Artikel 3.12 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op fysiotherapie en luidt, voor zover hier van belang:

"Fysiotherapie en oefentherapie (aanvulling op de basisverzekering)

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van:

a. medisch noodzakelijke fysiotherapie, waaronder begrepen bekkenfysiotherapie, geriatrie fysiotherapie, kinderfysiotherapie, lymfedrainage/oedeemtherapie, manuele therapie en psychosomatische therapie;

(...)

Wie mag deze zorg verlenen

a. Fysiotherapie mag worden verleend door een fysiotherapeut die is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR). Inschrijving in het CKR is te controleren via www.defysiotherapeut.com.

Lymfedrainage/oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden verleend door een huidtherapeut die als kwaliteitsgeregistreerd is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

(...)

Vergoeding

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

Niet-gecontracteerde zorgaanbieder: maximaal 36 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie

(...)

Aanvraag

Als u een AV Optimaal (Online) heeft en in een kalenderjaar meer dan 36 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie nodig heeft, is vanaf de 37e 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 37e behandeling als [naam ziektekostenverzekeraar] de aanvraag van de behandelaar heeft goedgekeurd.

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.1. Op grond van artikel 3.12 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat in de onderhavige situatie aanspraak op maximaal 36 behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar. Betreft het een gecontracteerde zorgaanbieder, dan geldt deze beperking niet en bestaat aanspraak op alle medisch noodzakelijke behandelingen fysiotherapie. Verzoekster stelt dat de betreffende voorwaarden voor haar onvoldoende duidelijk waren. In dit verband heeft zij verklaard dat zij aanvankelijk alleen de brochure heeft bekeken en eerst na ontvangst van de afwijzende beslissing de polisvoorwaarden heeft geraadpleegd. Deze omstandigheid komt voor haar risico en kan niet aan de ziektekostenverzekeraar worden tegengeworpen. De commissie concludeert dat de polisvoorwaarden voldoende duidelijk zijn en dat niet zonder meer aanspraak bestaat op onbeperkte fysiotherapie.

- 9.2. Het zojuist genoemde artikel 3.12 laat de mogelijkheid open dat vanaf de 37e behandeling door de behandelend fysiotherapeut een aanvraag voor verlenging kan worden gedaan. In het geval van verzoekster is op 15 april 2014 door de fysiotherapeut een dergelijke aanvraag ingediend voor 20 extra behandelingen, welke aanvraag - op 12 juli 2014 ontvangen - door de ziektekostenverzekeraar is gehonoreerd op 29 juli 2014. Lopende de procedure heeft de ziektekostenverzekeraar, bij brief van 1 december 2014, medegedeeld een machtiging te verlenen voor nogmaals 20 extra behandelingen fysiotherapie. Hiermee is de aanvraag van 15 april 2014 alsnog goedgekeurd. Verzoekster kan worden toegegeven dat met deze goedkeuring alsnog is komen vast te staan dat de eerdere afwijzing van die aanvraag niet terecht was.

Schadevergoeding

- 9.3. Verzoekster heeft gesteld dat zij als gevolg van de aanvankelijke - en naar later is gebleken, niet terechte - afwijzing van de aanvraag van 15 april 2014 schade heeft geleden ten bedrage van € 500,--. Deze schade bestaat uit kosten van behandelingen manuele therapie en fysiotherapie, en kosten van spierverslappers. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de behandelingen fysiotherapie zijn vergoed en dat de kosten van de spierverslappers ten laste van de zorgverzekering komen. De commissie merkt op dat in de procedure aannemelijk is geworden dat de tijdig ingediende aanvraag voor verlenging uit april 2014 eerst in december van dat jaar is goedgekeurd door de ziektekostenverzekeraar. Laatstgenoemde heeft aldus onrechtmatig gehandeld jegens verzoekster en dient de als gevolg hiervan ontstane schade te vergoeden. De commissie stelt het schadebedrag naar redelijkheid vast op maximaal € 500,--. Verzoekster dient van de door haar gevorderde kosten nota's onderscheidenlijk betaalbewijzen over te leggen. Indien mocht blijken dat de behandelingen fysiotherapie reeds zijn vergoed of nog zullen worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, respectievelijk dat ten laste van de zorgverzekering vergoeding is of zal worden verleend ter zake van de spierverslappers, mag de ziektekostenverzekeraar de hiermee gemoeide bedragen in mindering brengen op het maximum van € 500,--. Hetgeen verzoekster heeft gesteld ten aanzien van de behandelingen fysiotherapie in 2015 en 2016 behoeft geen bespreking aangezien zij met ingang van 1 januari 2015 niet meer bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het primaire verzoek dient te worden afgewezen. De schadevergoeding - zoals ter zitting is gevorderd - dient gedeeltelijk te worden toegewezen, zoals bepaald in 9.3.
- 9.5. Aangezien het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het primaire verzoek af. De ter zitting gevorderde schadevergoeding dient gedeeltelijk te worden toegewezen, zoals bepaald in 9.3.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 25 maart 2015,

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