



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie, scoliose
Zaaknummer : 201702132
Zittingsdatum : 9 mei 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.6 en bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Vitaal Uitgebreid afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering vanaf 23 januari 2017 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 23 maart 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat - alvorens hij de behandelingen fysiotherapie op grond van de zorgverzekering vergoedt - vanaf genoemde datum eerst twintig behandelingen fysiotherapie uit hoofde van de aanvullende ziektekostenverzekering moeten zijn vergoed.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 25 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Op 28 november 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen (hierna: het verzoek).

3.4. 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.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 28 februari 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 maart 2018 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 maart 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 maart 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 2 maart 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 30 maart 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018010914) de commissie medegedeeld dat het hem niet duidelijk is of de behandelingen fysiotherapie die verzoekster in 2004, 2011, 2016 en 2017 heeft ondergaan op een juiste wijze zijn gedeclareerd door de behandelend fysiotherapeut en geopperd dat verzoekster wellicht met hem in contact kan treden, zodat de 'CSI-codering' kan worden aangepast. Het Zorginstituut schetst drie mogelijke situaties indien de 'CSI-codering' wordt aangepast. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 4 april 2018 aan partijen gezonden.
- 3.8. Partijen zijn bij brief van 11 april 2018 uitgenodigd voor de hoorzitting van 9 mei 2018. Ondanks daartoe deugdelijk te zijn uitgenodigd is verzoekster niet verschenen. Daarnaast heeft de commissie gemachtigde van verzoekster rond het in de uitnodiging vermelde tijdstip op het in de stukken vermelde telefoonnummer gebeld. De gemachtigde was evenwel telefonisch niet bereikbaar. De ziektekostenverzekeraar is op 9 mei 2018 telefonisch gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.9. Partijen zijn bij brief van 11 mei 2018 geïnformeerd dat de commissie – in reactie op de afwezigheid van verzoekster en haar gemachtigde ter zitting – heeft besloten verzoekster in de gelegenheid te stellen binnen tien dagen schriftelijk te reageren op het bijgevoegde verslag van de hoorzitting en het advies van het Zorginstituut. Verzoekster heeft bij e-mailberichten van 18 mei 2018 van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is bij brief van 22 mei 2018 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld binnen tien dagen op deze reactie en het verslag van de hoorzitting te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 31 mei 2018 van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is op 1 juni 2018 ter kennisname aan verzoekster gestuurd.
- 3.10. Bij brief van 1 juni 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 7 juni 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Bij verzoekster is sprake van scoliose. De behandelend orthopedisch chirurg heeft haar in verband hiermee op 25 januari 2017 verwezen naar de fysiotherapeut, waarbij hij het volgende heeft verklaard: “(...) *In 1969 scoliose geconstateerd, S-vormig waarvoor expectatief beleid. (...) Röntgenologisch is er sprake van een ernstige scoliose thoracal 64Graad, lumbaal 60Graad met uitgebreid degeneratieve afwijkingen, met name van de lu[m]bosacrale wervelkolom. Een en ander lijkt progressief t.o.v. eerder vervaardigde foto’s. Beleid: vooralsnog conservatief. Continueren fysiotherapie. Ik ben het eens met de chronische indicatie voor verdere fysiotherapeutische behandeling en heb hier een verwijzing voor geschreven. (...)*” Bij brief van 14 februari 2017 is door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een machtiging verleend voor fysiotherapeutische hulp voor de periode van 23 januari 2017 tot en met 22 januari 2020.
- 4.2. Gelet op het feit dat bij verzoekster progressieve scoliose aan de orde is en dat deze aandoening is opgenomen op Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (verder: Bzv), moet de ziektekostenverzekeraar de ‘manuele fysiotherapie’ vanaf de eenentwintigste behandeling ten laste van de zorgverzekering vergoeden. De eerste twintig behandelingen ‘manuele fysiotherapie’ ter behandeling van de aandoening scoliose zijn uitgesloten van vergoeding op grond van de

zorgverzekering. Naar verzoekster begrijpt, telt de ziektekostenverzekeraar de behandelingen 'manuele fysiotherapie' die aan haar zijn verleend voorafgaand aan de ingangsdatum van genoemde machtiging niet mee voor de eerste twintig behandelingen die van vergoeding op grond van de zorgverzekering zijn uitgesloten, volgens haar ten onrechte. De betreffende behandelingen fysiotherapie zijn immers aan haar verleend in verband met de aandoening scoliose. Zij licht toe dat zij van 2010 tot en met 2016 zeventien behandelingen 'manuele fysiotherapie' heeft ondergaan. Door de ziektekostenverzekeraar zijn in de periode van 2011 tot 27 november 2017 totaal 26 behandelingen 'manuele fysiotherapie' ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed. Hierbij merkt verzoekster op dat zij vanaf 23 januari 2017, de ingangsdatum van de door de ziektekostenverzekeraar verleende machtiging, tot 27 november 2017 zeven behandelingen 'manuele fysiotherapie' en een intake heeft gehad in verband met de aandoening scoliose. Aangezien zij al ruim twintig behandelingen 'manuele' fysiotherapie in verband met de aandoening scoliose heeft ondergaan, moeten de behandelingen fysiotherapie vanaf 23 januari 2017 worden vergoed op grond van de zorgverzekering. Tevens moeten de zestien behandelingen oefentherapie Cesar, die in de door NVS Verzekeringen aan haar verleende machtiging zijn vermeld, en de voortgezette oefentherapie Cesar worden meegeteld voor de eerste twintig behandelingen die zijn uitgesloten van vergoeding op grond van de zorgverzekering, omdat deze therapie ook valt onder de aanspraak fysiotherapeutische hulp. In totaal zijn derhalve reeds (26+16=) 42 behandelingen fysiotherapie in verband met de aandoening scoliose vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

4.3. De ziektekostenverzekeraar is volgens verzoekster ernstig in gebreke gebleven, omdat hij haar als "*persoonlijk polishouder*" geen maatwerk heeft geleverd. In dit verband merkt zij op dat:

- 1) zowel in 2011 als in 2016 geen verklaring van de fysiotherapeut nodig was;
- 2) zij in 2017 niet zelf toestemming hoefde te regelen indien zij zorg afnam van een gecontracteerde zorgaanbieder;
- 3) niet werd vermeld of de aan haar verleende zorg of diensten op grond van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering werden vergoed, en
- 4) een registratiecode alleen mondeling kon worden toegelicht.

Verzoekster wil de "*wettelijk verplichte informatie*" in het vervolg altijd aan het einde van het kalenderjaar schriftelijk verstrekt krijgen. Zij benoemt hierbij de volgende informatie: "*de polisvoorwaarden op papier; op/bij de polis vermelding van welke machtigingen er lopen tot welke datum; de actuele voorwaarden voor vernieuwen van die persoonlijke machtigingen vermelden; een lijst met declaratiecodes en de termen die erbij horen[,] en bij de info over mijn persoonlijke declaraties de vermelding t.l.v. basis- of aanvullende verzekering*". In dit verband merkt verzoekster op dat haar fysieke beperkingen van invloed zijn op haar mogelijkheid om digitale informatie te raadplegen en dat zij de verzekeringsvoorwaarden voor 2017 per post van de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen.

4.4. In vervolg op de hoorzitting heeft verzoekster aangevoerd dat zij gedurende de onderhavige procedure voor het eerst inzicht heeft gekregen in de bij haar behandelingen 'manuele fysiotherapie' gehanteerde 'CSI-codes'. Enkel 'CSI-code' 1 is vermeld op de door de ziektekostenverzekeraar toegekende machtigingen voor fysiotherapeutische hulp. Verzoekster wijst erop dat een DiagnoseBehandelCombinatie (verder: DBC) wordt toegekend door een specialist en dat de ziektekostenverzekeraar op de toegekende machtigingen voor fysiotherapeutische hulp en oedeemtherapie DBC 3911 en 2046 heeft vermeld. Laatstgenoemde zou ervan op de hoogte moeten zijn dat de huisarts geen DBC's toekent. Voorts is de wijze van declareren door een zorgaanbieder een aangelegenheid tussen deze zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar. Dat geldt te meer omdat in de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen dat gecontracteerde zorgaanbieders de verleende zorg rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar kunnen declareren en informatie over de 'CSI-codes' kan worden geraadpleegd op de website van de ziektekostenverzekeraar die speciaal is bestemd voor zorgaanbieders. De ziektekostenverzekeraar is derhalve verantwoordelijk voor de (controle op) de toepassing van 'CSI-codes' door zorgaanbieders. Hierbij benadrukt verzoekster dat een fysiotherapeut na het afsluiten en declareren van een behandeling geen wijzigingen meer mag of kan aanbrengen in zijn registratie. Zij heeft verder, in aanvulling op hetgeen zij eerder heeft gesteld over de reeds genoten behandelingen fysiotherapie, aangevoerd dat de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar haar een machtiging voor oefentherapie Cesar heeft toegekend en dat zij in 2011 negentien behandelingen

manuele therapie met 'CSI-code' 9 heeft ondergaan en in 2016 zeven. In 2017 heeft verzoekster acht behandelingen manuele therapie met 'CSI-code' 8 ondergaan. Tevens neemt zij al vanaf 2010 deel aan therapiezwemmen, waarvoor zij de kosten vanaf 2012 zelf draagt. Hierbij verwijst verzoekster naar een verklaring van haar behandelend fysiotherapeut van februari 2011 die, voor zover hier van belang, luidt: "(...) Middels dit schrijven verklaar ik dat [naam verzoekster], [geboortedatum verzoekster], [verzekeringsnummer verzoekster] op advies van haar oedeemtherapeut en huisarts gebruik maakt van het therapeutisch zwemmen in het zwembad 'de Hooghe Waerd' te IJsselstein. Mevrouw neemt deel aan het therapiezwemmen vanwege haar medische indicatie structurele scoliose en statisch oedeem links bij status na mamma ca. Dit vind[t] plaats onder begeleiding van een daarvoor opgeleide therapeut (...)."

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Ten behoeve van verzoekster is een machtiging aangevraagd voor fysiotherapie. Op de aanvraag was onder 'Indicatie/diagnose' het volgende vermeld: "S-scoliose progressief met uitgebreide degen[.] afw[.] m[.]n[.] LWK. Thor 64 gr[.] lumb 60 gr." Aanspraak op vergoeding van fysiotherapie, waaronder manuele therapie, ten laste van de zorgverzekering bestaat vanaf de eenentwintigste behandeling, mits sprake is van een aandoening die voorkomt op bijlage 1 Bzv. Aanvullend op voornoemde voorwaarde geldt dat voorafgaand aan de fysiotherapie een verwijzing en toestemming van de ziektekostenverzekeraar zijn vereist.

5.2. In vervolg op voornoemde aanvraag heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 14 februari 2017 aan verzoekster een machtiging voor fysiotherapeutische hulp verleend, waarop diagnosecode 3911 is vermeld. Deze machtiging ziet op de periode van 23 januari 2017 tot en met 22 januari 2020. Voorts worden aan verzoekster sinds 2011 machtigingen voor oedeemtherapie verleend op grond van de indicatie oedeem na een borstamputatie. De behandelingen oedeemtherapie worden inmiddels vergoed ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat ten behoeve van verzoekster niet eerder bij hem een machtiging is aangevraagd voor fysiotherapie op grond van de indicatie scoliose.

5.3. In tegenstelling tot hetgeen verzoekster stelt, zijn nog géén twintig behandelingen fysiotherapie gedeclareerd in verband met de bij haar aan de orde zijnde aandoening scoliose, zodat zowel de ziektekostenverzekeraar als de verzekeraar waarbij verzoekster eerder was verzekerd tegen ziektekosten geen behandelingen fysiotherapie in verband met de aandoening scoliose heeft vergoed op grond van de zorgverzekering. Dat behandelingen zijn vergoed op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering is het gevolg van de wijze waarop de behandelend fysiotherapeut de verleende fysiotherapie heeft gedeclareerd. Hierbij verwijst de ziektekostenverzekeraar naar het door hem overgelegde declaratieoverzicht dat ziet op de periode van 3 januari 2011 tot en met 19 januari 2018. Achter elke in dit overzicht opgenomen behandeling is 'CSI-code' 1, 8 of 9 vermeld. Behandelingen fysiotherapie die worden gedeclareerd met 'CSI-code' 1 worden vergoed op grond van de zorgverzekering en die met 'CSI-code' 9 op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. De eerste twintig behandelingen fysiotherapie in verband met een op bijlage 1 Bzv opgenomen indicatie die zijn uitgesloten van vergoeding op grond van de zorgverzekering worden gedeclareerd met 'CSI code' 8. Uit het overzicht blijkt dat de behandelend fysiotherapeut de door hem aan verzoekster verleende fysiotherapie in de periode van 3 januari 2011 tot en met 25 januari 2017 heeft gedeclareerd met 'CSI-code' 9. Ook blijkt hieruit dat hij vanaf 26 januari 2017 nog maar acht behandelingen fysiotherapie heeft gedeclareerd met 'CSI-code' 8. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar in verband met zijn stelling dat nog géén twintig behandelingen fysiotherapie voor de aandoening scoliose zijn gedeclareerd, het volgende verklaard: "Bepalend om deze fysio declaraties rechtstreeks vanuit uw basisverzekering te kunnen vergoeden is dat er al eerder (ergens in periode 2009/2011 met exact dezelfde diagnosecode is gedeclareerd. Dit is echter niet het geval (...))."

5.4. De correspondentie met verzoekster vindt per post plaats, aangezien zij hierom heeft verzocht. De informatie die verzoekster wil ontvangen, kan zij bij de ziektekostenverzekeraar opvragen. De ziektekostenverzekeraar zal haar deze informatie vervolgens desgewenst schriftelijk toesturen. Hij kan niet op de polis vermelden welke machtigingen ten behoeve van verzoekster zijn verleend en tot wanneer deze gelden; van een toekenning van een aangevraagde machtiging stuurt hij altijd een bevestiging waarop een einddatum is vermeld. De machtigingen die aan verzoekster zijn verleend, zijn daarom reeds bij haar bekend. Informatie over de verwerking van declaraties kan zij bij de ziektekostenverzekeraar opvragen of bekijken in de 'Mijn VGZ omgeving'.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar - daarnaar gevraagd - ter aanvulling aangevoerd dat de 'CSI-code' afkomstig is van de behandelend fysiotherapeut.

5.6. In vervolg op de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij niet eraan twijfelt dat bij verzoekster sprake is van scoliose. Er is evenwel niet eerder een machtiging aangevraagd voor fysiotherapie op grond van de indicatie scoliose en er is vóór 23 januari 2017 niet gedeclareerd in verband met deze diagnose. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat fysiotherapeuten deskundig genoeg zijn om te weten op welke wijze zij zorg moeten declareren.

5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering en artikel 7 van de 'Voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 verzoekster vanaf 23 januari 2017 aanspraak heeft op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Tevens is in geschil of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door verzoekster gewenste informatie schriftelijk aan haar te doen toekomen, met name door deze informatie op of bij het polisblad te vermelden.

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. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 26 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

(...)

18 jaar en ouder:

(...)

- u hebt vanaf de 21e behandeling recht op vergoeding van de kosten van behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst. De kosten van de eerste 20 behandelingen per aandoening komen voor uw eigen rekening. U krijgt deze behandelingen mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

(...)

Chronische lijst

De lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie wordt ook wel de 'Chronische lijst' genoemd. Deze naam dekt eigenlijk niet de lading, omdat niet alle chronische aandoeningen op deze lijst staan. Aandoeningen die wel op de lijst staan, zijn onder andere bepaalde aandoeningen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat, bepaalde long- en vaataandoeningen, lymfoedeem, weke delen tumoren en littekenweefsel van de huid. Het gaat in sommige gevallen ook om de behandeling van een aandoening na een opname in een ziekenhuis ter bespoediging van het herstel. Twijfelt u of uw aandoening op deze lijst voorkomt? Neem dan vooraf contact met ons op. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

U vindt de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) op onze website. U kunt deze lijst ook telefonisch bij ons opvragen. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

In het schema hieronder vindt u op hoeveel zorg u recht hebt

Omschrijving

(...)

Uw aandoening staat op de Lijst met aandoeningen[.] Let op[:] Voor sommige aandoeningen is het aantal behandelingen beperkt.

(...)

18 jaar en ouder

(...)

vanaf de 21e behandeling

(...)

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. (...)

Wie mag de zorg verlenen

1. Fysiotherapie: fysiotherapeut, heilgymnast-masseur of gespecialiseerde fysiotherapeut.

Een gespecialiseerde fysiotherapeut is een kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of manueel therapeut.

De gespecialiseerde fysiotherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie.

(...)

Toestemming

U hebt alleen vooraf onze toestemming nodig als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). U hebt een verklaring nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist waaruit blijkt dat u behandeld moet worden voor een aandoening die is opgenomen in deze Lijst. (...)"

8.4. Artikel 1.9 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

(...)

Toestemming

U hebt in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, dan hebt u geen recht op vergoeding van de kosten van de zorg.

(...)

Als u toestemming hebt voor verzekerde zorg geldt deze ook als u overstapt naar een andere zorgverzekeraar of als u van uw vorige verzekeraar toestemming hebt ontvangen. (...)

- 8.5. De artikelen 1.9 en 26 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Fysiotherapie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 en bijlage 1 Bzv.
- 8.7. 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.
- 8.8. Artikel 10 van de 'Voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op beweegzorg en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Beweegzorg bestaat uit:

1. fysiotherapie;
2. oedeemtherapie;
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck;
4. ergotherapie;

Naast deze reguliere therapieën kunt u ook gebruik maken van alternatieve bewegingstherapieën:

5. chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., orthomanuele geneeskunde, craniosacraal-therapie, haptotherapie en ontspannings- en ademhalings therapie van Dixhoorn.

Wie mag de zorg verlenen

1. Fysiotherapie: fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut.

Een gespecialiseerde fysiotherapeut is een kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut en de manueel therapeut. De gespecialiseerde fysiotherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie.
(...)

5. *Alternatieve bewegingstherapieën: een door ons aangewezen zorgaanbieder.*

Wordt de zorg, zoals beschreven onder punt 1 tot en met 4, verleend door een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. (...)

Wordt de zorg, zoals beschreven onder punt 5, verleend door een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

(...)

Vergoeding

(...) VGZ Vitaal Uitgebreid

maximaal 32 behandelingen per kalenderjaar voor alle beweegzorg samen; voor alternatieve bewegingstherapieën maximaal 1 behandeling per dag tot maximaal € 45, voor manuele therapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar(...)

Bijzonderheden

18 jaar en ouder

2. *Chronische aandoeningen:*

u hebt recht op vergoeding van de eerste twintig behandelingen tot maximaal het aantal behandelingen in uw aanvullende verzekering. Vanaf de 21e behandeling hebt u recht op vergoeding van de kosten vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist. Deze chronische aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

(...)

Alle leeftijden

(...)

6. *Een screening, intake en onderzoek op dezelfde dag telt als 1 behandeling. Als een screening, intake en onderzoek niet op dezelfde dag plaatsvinden, dan telt dit als twee behandelingen.*

8. *U hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget."*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Op grond van artikel 26 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering bestaat aanspraak op fysiotherapie - met uitzondering van de eerste twintig behandelingen per indicatie - indien sprake is van een indicatie die voorkomt op bijlage 1 Bzv en met inachtneming van de aldaar vermelde termijnen. Vast staat dat bij verzoekster een zodanige indicatie aan de orde is, in de vorm van progressieve scoliose, en dat aan haar door de ziektekostenverzekeraar een machtiging is verleend voor fysiotherapie met betrekking tot de periode van 23 januari 2017 tot 23 januari 2020. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of de behandelingen 'manuele fysiotherapie', oefentherapie Cesar en therapeutisch zwemmen die verzoekster voorafgaand aan 23 januari 2017 heeft ondergaan, meetellen voor de eerste twintig behandelingen per indicatie - in dit geval scoliose - die zijn uitgezonderd van vergoeding op grond van de zorgverzekering.
- 9.2. Verzoekster heeft in dit verband – samengevat – gesteld dat haar vorige verzekeraar destijds een machtiging heeft afgegeven voor zestien behandelingen en dat zij nadien nog 26 behandelingen heeft gehad, in totaal derhalve 42. Al deze behandelingen houden verband met de aandoening scoliose. In 2017 werden acht behandelingen manuele therapie gedeclareerd met 'CSI-code' 8. De

ziektekostenverzekeraar is volgens verzoekster verantwoordelijk voor de controle op het correct toepassen van de 'CSI-codes' door de zorgaanbieder. De zorgaanbieder kan en mag achteraf geen wijzigingen aanbrengen in zijn administratie. Van zijn kant heeft de ziektekostenverzekeraar – samengevat - betoogd dat de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor het gebruik van de 'CSI-codes'. Er zijn na 26 januari 2017 nog maar acht behandelingen gedeclareerd met 'CSI-code' 8 en deze tellen mee voor het eerder genoemde aantal van twintig. Andere behandelingen werden gedeclareerd met code 9 en deze tellen niet mee, maar komen wel voor rekening van de aanvullende (ziektekosten)verzekering. Dat er in de periode 2009/2011 met de zelfde diagnosecode is gedeclareerd is niet gebleken. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van een deel van de behandelingen verklaard dat de fysiotherapeut er mogelijk "niet aan heeft gedacht met de juiste code te declareren."

De commissie merkt op dat het, op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg, aan de zorgaanbieder is op de juiste wijze te declareren. Voorts staat vast dat verzoekster ook behandelingen heeft ondergaan in verband met oedeem na een mamma-amputatie, hetgeen een andere indicatie is dan scoliose. Vanwege de indicatie oedeem na mamma-amputatie zijn – door verzoekster onweersproken – vanaf 2011 en laatstelijk op 23 maart 2017 machtigingen afgegeven door de ziektekostenverzekeraar. Uit dit alles volgt dat niet zonder meer kan worden aangenomen dat alle door verzoekster ondergane behandelingen (42) dan wel ten minste twintig hiervan waren gerelateerd aan scoliose. Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies van 30 maart 2018 opgemerkt dat hem niet duidelijk is of de behandelingen die verzoekster in 2004, 2011, 2016 en 2017 heeft ondergaan op de juiste wijze zijn gedeclareerd. Om die reden heeft hij geopperd dat verzoekster de behandelend fysiotherapeut zou kunnen vragen de 'CSI-codering' aan te passen. Hierbij is door het Zorginstituut onderscheid gemaakt tussen (i) de situatie dat verzoekster uiterlijk op 31 december 2011 twaalf behandelingen fysiotherapie of oefentherapie voor eigen rekening of ten laste van de aanvullende (ziektekosten)verzekering heeft ondergaan – in welk geval zij onder het overgangsrecht valt –, (ii) die waarin zij uiterlijk op 31 december 2016 twintig behandelingen fysiotherapie of oefentherapie voor eigen rekening of ten laste van de aanvullende (ziektekosten)verzekering heeft ondergaan, en (iii) die waarin zij uiterlijk op 31 december 2017 twintig behandelingen fysiotherapie of oefentherapie voor eigen rekening of ten laste van de aanvullende (ziektekosten)verzekering heeft ondergaan.

9.3. De commissie tekent in de eerste plaats aan dat de Zvw met ingang van 1 januari 2006 in werking is getreden, zodat voor de beoordeling zal worden uitgegaan van de behandelingen die na die datum hebben plaatsgevonden.

Door verzoekster is in de procedure niet aannemelijk gemaakt dat zij uiterlijk op 31 december 2011 twaalf behandelingen fysiotherapie of oefentherapie heeft ondergaan in verband met de indicatie scoliose, en waarvan de kosten voor haar rekening zijn gebleven dan wel zijn vergoed ten laste van de aanvullende (ziektekosten)verzekering. Dit betekent dat – nog daargelaten of op dat moment een toestemmingsvereiste gold en of verzoekster hiervan toen gebruik heeft gemaakt – verzoekster geen beroep kan doen op het overgangsrecht en zij derhalve niet met ingang van 1 januari 2012 in aanmerking komt voor fysiotherapie of oefentherapie ten laste van de zorgverzekering.

Aangezien de 'CSI-codering' niet is aangepast, heeft verzoekster evenmin aannemelijk gemaakt dat zij vóór 23 januari 2017 meer dan acht behandelingen fysiotherapie of oefentherapie had ondergaan voor eigen rekening dan wel ten laste van de aanvullende (ziektekosten)verzekering in verband met de indicatie scoliose. Daarom komen de vanaf deze datum ondergane behandelingen niet ten laste van de zorgverzekering. Dit is eerst aan de orde vanaf de eenentwintigste behandeling fysiotherapie of oefentherapie.

Hetgeen verzoekster verder heeft aangevoerd, met name ten aanzien van de kosten van het therapiezwemmen, die vanaf 2012 voor haar rekening zijn gebleven, kan niet leiden tot een andere uitkomst. De commissie begrijpt dat het hier gaat om therapeutisch zwemmen, en dit is geen fysiotherapie of oefentherapie.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.4. Niet in geschil is dat verzoekster per kalenderjaar aanspraak heeft op totaal 32 behandelingen beweegzorg - waaronder fysiotherapie - ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering

en dat dit aantal van 32 maximaal negen behandelingen manuele therapie per indicatie per kalenderjaar omvat.

Schriftelijke verstrekking informatie

- 9.5. Verzoekster wenst in het vervolg de verzekeringsvoorwaarden per post van de ziektekostenverzekeraar te ontvangen. Kennelijk is de ziektekostenverzekeraar al aan haar verzoek tegemoetgekomen, aangezien verzoekster heeft gesteld dat zij de verzekeringsvoorwaarden voor 2017 per post heeft gekregen. De commissie laat dit punt daarom verder rusten. Daarnaast wenst verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar in het vervolg op of bij het polisblad de volgende zaken vermeldt: i) de aan haar verleende machtigingen, ii) de data waarop deze machtigingen eindigen, en iii) de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden met betrekking tot de aanvraag van nieuwe machtigingen. Voor zover verzoekster met haar verzoek bedoelt dat de ziektekostenverzekeraar haar - uit eigen beweging - de genoemde informatie gelijktijdig met het versturen van het polisblad moet doen toekomen, overweegt de commissie dat hij hiertoe, mede gelet op de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010) van de Nederlandse Zorgautoriteit, niet is verplicht. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster tijdens de onderhavige procedure medegedeeld dat bij toekenning van een machtiging een bevestiging wordt verzonden en dat voor het overige de informatie bij hem kan worden opgevraagd en dat hij haar die informatie op haar verzoek dan per post doet toekomen. Hetzelfde geldt voor de door verzoekster gevraagde lijst, waaruit blijkt of de ten behoeve van haar gedeclareerde zorg wordt vergoed op grond van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Een en ander is conform artikel 5 in samenhang met artikel 1.8 van voornoemde regeling.

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, 29 augustus 2018,

G.R.J. de Groot