



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.,  
beide te Houten

Zaak : Egypte, paramedische zorg, fysiotherapie, doelmatigheid, aanvullende  
ziektekostenverzekering

Zaaknummer : 201700442

Zittingsdatum : 8 november 2017

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

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V., en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (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 ONVZ Vrije Keuze Topfit 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 (verder: BW). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van behandelingen fysiotherapie, door haar ondergaan in Caïro (Egypte) (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 18 november 2016 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 e-mailbericht van 14 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 12 juli 2017 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 9 oktober 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 oktober 2017 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 15 oktober 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Op 23 oktober 2017 heeft verzoekster de commissie telefonisch medegedeeld bij nader inzien niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 oktober 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. De behandelend orthopeed heeft ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *"Regarding the patiënt, from 29/6/2016 to 13/9/2016 I requested high frequency daily physiotherapy as she was suffering from right and left rotator cuff tendinopathy, right hip bursitis and bilateral tendoachilles tendinitis. Each separate condition required its special physiotherapy program and as clarified in a previous report she is allergic to several NSAIDS. I suggested a physiotherapy plan including ultra sound, deep tissue massage, interferential therapy, stretching, strengthening, resistance and endurance exercises. In addition, she required preoperative rehabilitation before her hip replacement surgery scheduled in November 2016. So, she needed physiotherapy for 5 diagnoses + preoperative rehabilitation. I personally believe the patiënt benefitted from all these physio treatments in the physical preparation and rapid recovery of the total hip surgery; (...)"*

4.2. Verzoekster heeft behandelingen fysiotherapie in Nederland en in Egypte ondergaan. De behandelingen, frequenties en diagnoses in beide landen komen met elkaar overeen, waardoor verzoekster het opmerkelijk vindt dat de ziektekostenverzekeraar alleen ten aanzien van de behandelingen in Egypte aanvullende informatie heeft opgevraagd voor de afwikkeling van de declaraties. De adviserend fysiotherapeut van de ziektekostenverzekeraar - waar verzoekster geen behandelrelatie mee heeft en die zij persoonlijk nooit heeft ontmoet - gaat bij de beoordeling geheel voorbij aan de medische adviezen van haar veertien behandelende specialisten en vijf medische rapporten van haar behandelend orthopeed. De behandelingen in Egypte zijn door de ziektekostenverzekeraar als niet doelmatig beoordeeld, zonder dit oordeel op een degelijke manier te motiveren. De behandelingen fysiotherapie in Nederland zijn daarentegen wel vergoed en derhalve impliciet doelmatig bevonden. Immers, om voor vergoeding in aanmerking te komen dient de zorg doelmatig te zijn. Aan deze behandelingen zijn totaal geen eisen gesteld en aanvullende informatie hierover is niet opgevraagd. Verzoekster mag ervan uitgaan dat als bij dezelfde diagnose de behandelingen in Nederland doelmatig worden bevonden, dit ook geldt voor de behandelingen in Egypte. Daarnaast komen de behandelverslagen in Nederland overeen met die uit Egypte en dienen deze gelijk te worden beoordeeld. Dit is in de situatie van verzoekster echter niet gebeurd. Verzoekster mag erop vertrouwen dat gelijke gevallen ook daadwerkelijk gelijk worden behandeld. Voorts heeft verzoekster met veel moeite iedere keer de gevraagde aanvullende informatie naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd en daarmee steeds haar volledige medewerking verleend om aan diens hoge eisen te voldoen.

4.3. De behandelend orthopeed in Egypte spreekt in zijn verklaringen ten aanzien van de kwantiteit van de behandelingen over 'high frequency' en 'frequently daily'. Volgens verzoekster hoeft er geen taalkundig specialist aan te pas te komen om te begrijpen wat de vertalingen van deze termen zijn. Op aandringen van de ziektekostenverzekeraar heeft de behandelend orthopeed in Egypte toch de moeite genomen deze termen speciaal voor de ziektekostenverzekeraar uit te leggen. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar dit medisch rapport vervolgens zonder enige motivering ter zijde heeft geschoven. Een verwijzing naar een gemiddeld aantal behandelingen uit een richtlijn van de Nederlandse Zorgautoriteit kan hierbij niet als motivering dienen, aangezien dit een algemene constatering is, die niet gericht is op de specifieke casus van verzoekster.

- 4.4. Bij e-mailbericht van 18 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat reeds 47 behandelingen fysiotherapie in Nederland hebben plaatsgevonden terwijl de richtlijnen van de Nederlandse Zorgautoriteit uitgaan van gemiddeld 28 behandelingen. Op basis van de informatie is volgens hem niet gebleken dat in de situatie van verzoekster dient te worden afgeweken van dit gemiddelde. Echter, de ziektekostenverzekeraar is later alsnog afgeweken van deze richtlijnen, aangezien de facturen van fysiotherapie in Nederland gewoon weer zijn vergoed na het betreffende e-mailbericht. Hierdoor lijkt de ziektekostenverzekeraar van gedachten te zijn veranderd en wordt door hem zonder enige onderbouwing de fysiotherapie in Nederland wel degelijk als doelmatig beschouwd, aangezien dit - als gezegd - een voorwaarde is om voor vergoeding in aanmerking te komen. Wederom worden bij de betreffende declaraties in Nederland geen aanvullende vragen gesteld of wordt nadere informatie opgevraagd. Volgens verzoekster staat dit in schril contrast met de vele informatie die over de behandelingen in Egypte wordt opgevraagd en is hiermee sprake van willekeur. De ziektekostenverzekeraar voert, gezien het bovenstaande, tevens een knipperlichtbeleid door achtereenvolgens behandelingen af te wijzen en te vergoeden in opeenvolgende maanden in hetzelfde jaar 2016.
- 4.5. Verzoekster verwijst naar de uitspraak van de rechtbank Zeeland-West-Brabant van 4 januari 2017, zaaknummer C/02/324471/KG ZA 16-828, waarin staat dat zorgverzekeraars niet van het advies van een behandelend arts mogen afwijken zonder dit goed te onderbouwen. In de situatie van verzoekster zijn de afwijzingen niet of onvoldoende gemotiveerd. Het oordeel van de behandelend arts dient als uitgangspunt genomen te worden.
- 4.6. De actualiteit toont aan dat de behandelingen juist wel doelmatig zijn geweest. Verzoekster heeft inmiddels een total hip replacement operatie ondergaan en mede door de onderhavige pre-operatieve behandelingen fysiotherapie zit zij in het hoogste segment van rapid recovery patiënten. Dit is schriftelijk, in zijn medisch rapport, verklaard door de behandelend orthopeed. Hiermee bevestigt laatstgenoemde dat zijn advies om dagelijks fysiotherapie in Egypte te ondergaan doelmatig en juist is geweest.
- 4.7. Verder beroept verzoekster zich op een aantal rechtsbeginselen. Op grond van het zorgvuldigheidsbeginsel mag zij ervan uitgaan dat bij gelijke feiten en omstandigheden de doelmatigheid gelijk wordt beoordeeld door de ziektekostenverzekeraar. Ten aanzien van het vertrouwensbeginsel stelt verzoekster dat het feiten en omstandigheden betreft die al jaren bij de ziektekostenverzekeraar bekend zijn en die in 2016 gelijk zijn gebleven. De ziektekostenverzekeraar heeft met betrekking tot de behandelingen in Nederland aangenomen dat deze doelmatig zijn. Aangezien de behandelingen in Egypte uitgaan van exact gelijke diagnoses en frequenties, dienen deze op identieke wijze te worden beoordeeld door de ziektekostenverzekeraar en derhalve als doelmatig te worden aangemerkt, evenals voorgaande jaren. Omdat door de ziektekostenverzekeraar gelijke gevallen niet gelijk worden behandeld, is tevens sprake van schending van het gelijkheidsbeginsel. Tot slot beroept verzoekster zich op het redelijkheidsbeginsel. Gezien het feit dat de ziektekostenverzekeraar de behandelingen fysiotherapie in Nederland zonder behandelplan, van een later tijdstip dan de declaraties uit Egypte, wel doelmatig acht, mag verzoekster in alle redelijkheid ervan uitgaan dat de behandelingen die op een eerder tijdstip in Egypte hebben plaatsgevonden ook als doelmatig worden aangemerkt. Het betreft hier immers dezelfde diagnoses en dezelfde doelmatigheid.
- 4.8. 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 in eerste instantie de behandelingen fysiotherapie in zowel Nederland als Egypte zonder enig voorbehoud vergoed. In 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster aanvullende vragen gesteld ten aanzien van de behandelingen in Egypte, aangezien het opviel dat zij in dat land zeer frequent werd behandeld en daar geen verandering

in kwam. Om te kunnen beoordelen of de vervolghandelingen in aanmerking komen voor vergoeding, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster verzocht hem een behandelplan van de behandelend medisch specialist te sturen waaruit de duur en de frequentie van de behandelingen blijkt, en de onderbouwing hiervan. Bij brief van 22 juli 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de nota's uit Egypte betreffende de periode van juli 2015 tot en met december 2015 op basis van coulance nog eenmalig worden vergoed. Voor de vervolgnota's is aanvullende informatie vereist. Het aantal behandelingen dat in Nederland bij een soortgelijke indicatie gebruikelijk is, ligt namelijk aanzienlijk lager. Derhalve dient te worden aangetoond dat de behandelingen in de situatie van verzoekster doelmatig zijn. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn e-mailbericht van 18 november 2016 aan verzoekster medegedeeld, zodat zij had kunnen weten dat verdere nota's van fysiotherapie in Egypte niet zonder meer zouden worden vergoed. Verzoekster heeft hierop weliswaar verklaringen van de behandelend medisch specialist naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd waarin de termen 'high frequency' en 'frequently daily' voorkomen, maar de ziektekostenverzekeraar heeft meer informatie nodig om te kunnen achterhalen wat hiermee precies wordt bedoeld.

5.2. Op grond van de aanwezige informatie stelt de ziektekostenverzekeraar dat geen sprake is van doelmatige zorg, waardoor de behandelingen fysiotherapie die verzoekster in 2016 in Egypte heeft ondergaan niet worden gedekt door de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoekster heeft in dit verband aangevoerd dat zij in Nederland dezelfde behandelingen ondergaat en dat zij het opmerkelijk vindt dat over die behandelingen nooit vragen zijn gesteld. De ziektekostenverzekeraar deelt hierop mede dat de meeste fysiotherapeuten in Nederland, waaronder enkele fysiotherapeuten van verzoekster, digitaal declareren, waarbij de nota's steekproefsgewijs worden gecontroleerd. Als bij een interne controle wordt gezien dat de frequentie van de declaraties fysiotherapie erg hoog is bij een verzekerde, dan wordt bij de fysiotherapeut navraag gedaan naar de doelmatigheid van de behandeling. De declaraties van de behandelingen fysiotherapie in Nederland hebben niet in de steekproef gezeten. Daarnaast is het zo dat de nota's worden ingediend via verschillende kanalen en door verschillende zorgverleners waardoor zij separaat worden afgehandeld. Door deze factoren is niet meteen opgemerkt dat het aantal behandelingen fysiotherapie zo hoog was. Het feit dat de nota's al die tijd zijn vergoed, betekent dan ook niet dat de ziektekostenverzekeraar heeft geoordeeld dat de behandelingen fysiotherapie in Nederland doelmatig zijn.

De declaraties van de behandelingen fysiotherapie in het buitenland worden daarentegen handmatig afgehandeld, waardoor de ziektekostenverzekeraar heeft opgemerkt dat de frequentie van de behandelingen in Egypte extreem hoog was. Zo heeft verzoekster in 2015 in Egypte 231 behandelingen fysiotherapie ondergaan. In Nederland heeft zij in dat jaar geen fysiotherapeut bezocht. Het aantal behandelingen in Egypte komt neer op gemiddeld vijf per week. Op basis van dit gegeven is een onderzoek ingesteld waarbij door de adviserend fysiotherapeut van de ziektekostenverzekeraar is geconcludeerd dat sprake is van ondoelmatige zorg. In 2016 heeft verzoekster 47 behandelingen in Nederland gehad, hetgeen voor de ziektekostenverzekeraar op zich geen reden was voor nader onderzoek. In hetzelfde jaar hebben echter 80 behandelingen fysiotherapie plaatsgevonden in Egypte. Dit aantal vindt de ziektekostenverzekeraar wel te groot, zeker in combinatie met voornoemde 47 behandelingen in Nederland.

5.3. In de aanvullende ziektekostenverzekering staat dat vergoeding alleen plaatsvindt indien sprake is van een medische noodzaak, hetgeen afhankelijk is van de individuele situatie. Voor de meeste aandoeningen is het gebruikelijk dat men kortdurend intensief wordt behandeld indien klachten ontstaan of deze verergeren. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt niet dat het resultaat van de behandeling verbetert als men in plaats daarvan zonder tussenpozen langdurig een of meerdere keren per week wordt behandeld. Alleen voor de aandoeningen die staan vermeld op de chronische lijst is langdurige fysiotherapie bewezen effectief. Dit betekent dat voor andere aandoeningen dan genoemd op de chronische lijst alleen bij uitzondering een medische noodzaak voor langdurige behandeling aanwezig kan zijn. In het individuele behandelplan dient daarom duidelijk te zijn onderbouwd waarom sprake is van een dergelijke uitzondering en/of waarom de behandelaar afwijkt van de bestaande richtlijnen. In het geval dat de behandeling vooral is bedoeld om in beweging te blijven of tot behoud van het bereikte eindresultaat, bestaat geen medische noodzaak voor verdere behandeling en kan deze worden beëindigd. In een dergelijke situatie kan

de behandelaar de verzekerde informeren over hetgeen hij of zij zelf kan doen, zoals het volgen van een beweegprogramma.

Uit de behandelplannen en de verklaringen die verzoekster heeft opgestuurd, kan niet worden opgemaakt dat bij haar sprake is van bovenstaande uitzondering. Zo wordt door de behandelend orthopeed weliswaar benoemd dat verzoekster mobiliteitsproblemen heeft, maar wordt niet onderbouwd welke gevolgen dit voor haar heeft en in hoeverre deze positief kunnen worden beïnvloed door middel van fysiotherapie. Daarnaast ontbreekt een goede onderbouwing waarom een behandel frequentie van twee keer per week wordt ingezet. Voorts valt op dat de bijstelling van doelen niet structureel plaatsvindt. De uitgevoerde metingen en de uitkomsten hiervan worden niet ingezet om eventueel nieuwe doelen te bepalen of de huidige bij te stellen. Juist bij langdurige behandelingen is het van groot belang om de uitkomsten van de meetinstrumenten in te zetten. Op basis van die uitkomsten dienen nieuwe adequate doelen te worden gesteld voor een periode van ongeveer drie maanden.

- 5.4. Iedere fysiotherapeut moet in staat zijn een duidelijk behandelplan op te stellen waarin staat welke doelen voor een vastomlijnde periode worden gesteld, hoe deze naar verwachting behaald gaan worden en wat de vervolgstappen zijn als de gestelde doelen niet worden behaald. Alle benodigde informatie moet in het behandelplan zijn terug te vinden. Indien de informatie niet duidelijk of onvolledig is, dan wordt dit opgevraagd bij de behandelaar, aangezien deze een behandelrelatie met de verzekerde heeft. Voor de ziektekostenverzekeraar is het daarom niet nodig verzoekster nog persoonlijk te spreken of te onderzoeken; dit levert geen extra of andere informatie op. Aangezien zowel de fysiotherapeut als de ziektekostenverzekeraar verantwoordelijk is voor het betaalbaar houden van de zorg, is het logisch dat een controle plaatsvindt of de kosten terecht worden vergoed. Bij deze controle wordt uitgegaan van de informatie van de behandelaar, maar daarnaast wordt beoordeeld of de behandeling voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep. Volgens de richtlijnen van de Nederlandse Zorgautoriteit wordt bij polyartitis, de ontstekingen waar verzoekster last van heeft, uitgegaan van gemiddeld 28 behandelingen. Verzoekster heeft dit aantal ruimschoots overschreden, terwijl uit de ontvangen behandelverslagen geen redenen zijn op te maken tot afwijking van de richtlijnen. Op basis van deze spiegelinformatie kan worden gesteld dat geen sprake is van doelmatige zorg, omdat er ook geen inhoudelijke beoordeling aan ten grondslag ligt van de behandelend therapeut.
- 5.5. Het is voor de ziektekostenverzekeraar van belang te weten wat voor soort behandeling precies wordt gegeven. Fysiotherapie kan namelijk worden vergoed vanuit de zorgverzekering indien sprake is van een chronische indicatie, zoals vermeld in de lijst 'Borst'. De vergoeding op basis van de zorgverzekering gaat altijd voor op die vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. In Nederland zijn fysiotherapeuten op de hoogte met welke declaratiecode zij daartoe moeten declareren. Indien verzoekster na de 'total hip replacement' een chronische indicatie heeft, kan de fysiotherapeut de behandelingen declareren met de betreffende diagnosecode waardoor na de eerste twintig behandelingen vergoeding vanuit de zorgverzekering kan plaatsvinden. De fysiotherapeuten in het buitenland kennen dit systeem echter niet, waardoor altijd een toelichting op de behandeling vereist is.

- 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 10 van 'Deel A' 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 is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.



8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.

8.2. Artikel 2 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op beweegzorg en luidt, voor zover hier van belang:

**"Lid 1 Fysiotherapie en oefentherapie**

ONVZ vergoedt de kosten van behandeling door:

- een fysiotherapeut (ook online via HelloFysio.nl);(...)"

8.3. Artikel 3, derde lid, van 'Deel A' van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt:

*"U heeft alleen aanspraak op vergoeding van kosten als sprake is van een medische noodzaak;(...)"*

9. Beoordeling van het geschil

9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de nota's van de behandelingen fysiotherapie die verzoekster in 2016 in Egypte heeft ondergaan afgewezen. De ziektekostenverzekeraar baseert zijn afwijzende beslissing op artikel 3, derde lid, van 'Deel A' van de aanvullende ziektekostenverzekering, waarin is geregeld dat alleen recht bestaat op vergoeding als sprake is van een medische noodzaak. Het bestaan van een zodanige noodzaak houdt partijen verdeeld.

9.2. De adviserend fysiotherapeut van de ziektekostenverzekeraar is tot de conclusie gekomen dat de medische noodzaak voor de behandelingen fysiotherapie in Egypte onvoldoende is onderbouwd. Daarbij is verwezen naar richtlijnen van de Nederlandse Zorgautoriteit. De ziektekostenverzekeraar is een onderzoek gestart nadat uit de handmatige verwerkingen van de buitenlandse nota's was gebleken dat verzoekster, gelet op bedoelde richtlijnen, opvallend veel behandelingen fysiotherapie declareerde. Verzoekster heeft de mogelijkheid gekregen om door middel van behandelverslagen van de behandelend medisch specialisten aan te tonen dat de hoge frequentie van de behandelingen in haar situatie medisch noodzakelijk is. Op basis van de door haar overgelegde stukken heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat hieruit niet blijkt van een medische noodzaak. Daarnaast komt uit deze stukken niet naar voren op welke wijze en binnen welk tijdsplan de gestelde doelen moeten worden bereikt.

9.3. De commissie onderschrijft de conclusie van de ziektekostenverzekeraar. Hoewel het begrip 'medische noodzaak' in de verzekeringsvoorwaarden geen nadere invulling heeft gekregen, is het gelet op de aard van de verzekering vanzelfsprekend dat sprake moet zijn van een indicatie, terwijl daarnaast aan de eis van doelmatigheid moet zijn voldaan. De betekenis van 'noodzaak' is aldus tweeledig. Tegen deze achtergrond moet worden vastgesteld dat verzoekster niet aannemelijk heeft gemaakt welke behandeldoelen met de fysiotherapie worden nagestreefd en op welke wijze en binnen welke termijn deze naar verwachting zullen worden behaald. De ziektekostenverzekeraar heeft de mogelijkheid om bij twijfel ten aanzien van de indicatie of de doelmatigheid van de behandelingen aanvullende informatie op te vragen.

Dat de behandelingen fysiotherapie in Nederland zijn vergoed, betekent niet automatisch dat deze als doelmatig zijn beoordeeld. Immers, de declaraties werden, althans voor een deel, digitaal ingediend en zaten niet in de steekproef waardoor zij op basis van de declaratiecode zijn vergoed, zonder een separate beoordeling op doelmatigheid. De ziektekostenverzekeraar heeft inderdaad nog enkele nota's van behandelingen fysiotherapie in Nederland, na de afwijzing op 18 november 2016, vergoed. De commissie heeft begrip voor de stelling dat dit laatste voor verwarring heeft gezorgd bij verzoekster, echter dit kan op zich niet leiden tot vergoeding van de declaraties uit Egypte, aangezien de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van die declaraties verzoekster reeds ervan op de hoogte had gesteld dat voor vergoeding van de vervolghandelingen aanvullende informatie nodig was. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 29 maart 2017 aan

de Ombudsman Zorgverzekeringen medegedeeld dat indien het aantal behandelingen fysiotherapie in 2017 in Nederland vragen oproept over de doelmatigheid, voor die behandelingen informatie wordt opgevraagd. Hieruit lijkt te volgen dat de ziektekostenverzekeraar ook de behandelingen fysiotherapie in Nederland niet zonder meer als doelmatig beschouwt.

- 9.4. Verzoekster verwijst naar de uitspraak van de rechtbank Zeeland-West-Brabant van 4 januari 2017 waarin staat dat zorgverzekeraars niet van het advies van een behandelend arts mogen afwijken, zonder dit goed te onderbouwen. De commissie merkt hierover op dat deze uitspraak niet inhoudt dat een verzekeraar zonder meer tot vergoeding is gehouden. In het kader van de zorgverzekering mag de medische indicatie dan wel een gegeven vormen, doch daarmee staat nog geenszins vast dat ook een verzekeringsindicatie bestaat. Die beoordeling ligt uitsluitend bij de zorgverzekeraar. De beoordeling van de doelmatigheid heeft de wetgever - althans waar het de zorgverzekering betreft - nadrukkelijk aan de zorgverzekeraar gelaten. Voor de aanvullende verzekeringen is deze verdeling van bevoegdheden evenwel niet anders. Zoals hiervoor is overwogen, gaat het bij de 'medische noodzaak' om de indicatie en de doelmatigheid, en is het aan de ziektekostenverzekeraar in voorkomend geval te onderbouwen waarom de vereiste medische noodzaak ontbreekt. Hij heeft dit gedaan en verzoekster heeft - daartoe in de gelegenheid gesteld - het bestaan van een medische noodzaak niet aannemelijk gemaakt. Hiermee staat voldoende vast dat het grote aantal behandelingen fysiotherapie niet doelmatig, en daarmee niet medisch noodzakelijk, is.

- 9.5. Hetgeen verzoekster overigens stelt, met name ten aanzien van de door haar aangehaalde rechtsbeginselen en het gegeven dat door de pre-operatieve behandelingen zij - voor zover het de heupoperatie betreft - tot het hoogste segment van de rapid recovery patiënten behoort, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

### **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, 8 november 2017,

A.I.M. van Mierlo