



**SKGZ**



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden  
Zaak : Geneeskundige zorg, fysiotherapie, vergoeding voor meer dan veertig behandelingen  
Zaaknummer : 201700035  
Zittingsdatum : 6 december 2017

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

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, artikel 7:940 BW)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen


OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.


2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (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 AV-Totaal 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.  
De zorgverzekering is niet in geschil en blijft 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 veertig behandelingen fysiotherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 15 september 2016 en 17 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 brief van 29 december 2016 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 13 juni 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 12 oktober 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 oktober 2017 aan verzoekster gezonden.


 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 31 oktober 2017 en 3 november 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.


 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.

 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 december 2017 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

 4.1. De behandelend neuroloog heeft bij brief van 14 december 2016 over verzoekster het volgende verklaard: *“(…) Bovengenoemde patiënte presenteerde zich eerder dit jaar op de polikliniek neurologie vanwege forse lumbago met ischialgie in beide benen zonder aanwijzingen voor wortelcompressie op een MRI LWK. Patiënte werd besproken binnen een multidisciplinair pijnoverleg in aanwezigheid van neurochirurgen, een neuroloog, een pijnspecialist, 2 fysiotherapeuten en een sportarts, waarbij werd besloten om symptomatische behandeling te starten vanuit de pijnpoli en fysiotherapeutische begeleiding gericht op de functionele beperkingen. Hierbij kan vermeld worden, dat de pijnspecialist ook nog aandacht heeft voor een thoracale neuropathische pijncomponent. (...) Het betreft hier een chronisch begeleidingstraject. (...)”*

 4.2. Verzoekster heeft in 1989 een whiplash opgelopen door een auto-ongeluk. Hierna is zij gestart met fysiotherapie bij de behandelend fysiotherapeut in Leimuiden. Zij ontving aanvankelijk drie behandelingen per week. Vanwege diverse gebeurtenissen blijft fysiotherapie medisch noodzakelijk voor verzoekster. Onder meer is zij in april 2003 en januari 2004 geopereerd aan haar schouder. Na beide operaties volgde een lang revalidatietraject. In februari 2013 is verzoekster hard met haar rug tegen een opstaande rand gevallen als gevolg waarvan zij diverse kneuzingen en een gebroken rib opliep. Verzoekster ervaart door dit ongeluk tot op de dag van vandaag veel pijn die zij, zo nodig, probeert te verlichten met pijnmedicatie. Vanwege de aanhoudende pijn zijn in juni 2013 röntgenfoto's gemaakt. Uit deze foto's bleek dat verzoekster vijf gebroken ribben had. Verzoekster is op een pijnpolikliniek behandeld voor neuropathische pijnklachten. Zij heeft de behandeling beëindigd, omdat deze onvoldoende effectief was. Ook heeft verzoekster vanaf 2014 lage rugklachten. Vanwege toenemende klachten in de onderrug, de nek en de ribben is zij in mei 2016 door de huisarts verwezen naar de afdeling Sportgeneeskunde voor het stellen van een diagnose en het opstellen van een behandelplan. Uit uitgebreid medisch onderzoek is volgens verzoekster gebleken dat een matige slijtage van de sacro-iliacaalgewrichten in combinatie met een speling in de sacro-iliacaalgewrichten de heftige pijn in de lage onderrug veroorzaakt die uitstraalt naar de linkerheup en linkerbeen. De speling in voornoemde gewrichten wordt veroorzaakt door een substantiële afname van spierkracht. Pijnbestrijding in combinatie met oefentherapie moet de lage rugklachten verhelpen. De pijnklachten in de ribben en de nek kunnen niet worden verholpen. Ten aanzien van voornoemde klachten kan fysiotherapie wel bewerkstelligen dat de spieren en de wervels soepel blijven.

 4.3. Aan verzoekster werd in 2016 tweemaal per week fysiotherapie verleend. Vanaf september 2016 wordt zij behandeld door twee zorgaanbieders voor fysiotherapie. Op 7 juni 2016 is aan verzoekster de veertigste behandeling gegeven. Eind juni 2016 zou de fysiotherapeut in Leimuiden door de ziektekostenverzekeraar zijn geïnformeerd dat voor het continueren van deze behandeling een machtiging was vereist. Hoewel de voorwaarde van een machtiging voor langdurige fysiotherapie volgens de ziektekostenverzekeraar onder de aandacht zou zijn gebracht van de fysiotherapeuten, waren beiden hiervan niet op de hoogte. Bij navraag bleek geen enkele praktijk bij verzoekster in de regio bekend te zijn met de noodzaak van een machtiging voor meer dan veertig fysiotherapiebehandelingen.

- 4.4. De sportarts heeft eind juli 2016 namens verzoekster een machtiging aangevraagd. De betreffende aanvraag is bij brief van 15 september 2016 afgewezen, omdat deze niet correct was ingediend. De fysiotherapeut in Leimuiden heeft nadien namens verzoekster, op correcte wijze, een machtiging aangevraagd. Deze aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar bij brief van 29 december 2016 ten onrechte afgewezen.
- 4.5. In tegenstelling tot wat de ziektekostenverzekeraar stelt, is bij verzoekster wel degelijk sprake van een medische noodzaak voor meer dan veertig fysiotherapiebehandelingen per kalenderjaar. Dit blijkt onder meer uit de aanvraag voor een machtiging van 5 oktober 2016. De fysiotherapeut in Leimuiden heeft in overleg met de fysiotherapeut in Alphen aan de Rijn op deze aanvraag het volgende vermeld: *“Vraagstelling/hulpvraag Door de jaren blijkt herstel niet mogelijk, zonder behandeling is het dagelijks leven nauwelijks te doen. De vraag is het optimaliseren en onderhouden van de huidige status van het lichaam als geheel om zo in het dagelijks leven te kunnen functioneren. **Behandelplan** (...) Het hoofddoel is het behouden van het functioneren in het algemeen dagelijks leven (...) **Welke (eventuele) subdoelen heeft u geformuleerd (SMART) om het benoemde eindresultaat te behalen?** (...) Subdoel 1: het behouden van een zo optimaal mogelijke mobiliteit met de minst mogelijke pijn van de nek/schouders en ribben door wekelijks artrogene en myogene technieken uit te voeren. Subdoel 2: het behouden van een zo optimaal mogelijke mobiliteit met de minst mogelijke pijn van de lagere rug (VAS 8 # 6/7) door wekelijks artrogene en myogene handelingen met oefening uit te voeren. (...) **Op welke momenten heeft u de behandeling geëvalueerd en wat waren de resultaten hiervan (omschrijving, data, meetinstrument(en) met maat en getal)?** Op 4-1-16, 4-4-16, 5-7-16 en 6-10-16 zijn VAS en PSK gemeten. VAS 7 blijft stabiel. PSK (huishoudelijk werk 8; werk 7; licht werk om huis 8) blijft eveneens stabiel waarbij de pijn zonder therapie 8-9 is en met therapie 7-8. (...) **Hoeveel zittingen denkt u nodig te hebben om uw behandeldoel te bereiken?** Hele jaar 2 x p.w.# ieder jaar, dus ook voor de komende jaren zal deze aanvraag gelden; dit is namelijk al sinds begin jaren 90 (...) gaande. **In welke behandel frequentie gaat u het traject voortzetten?** (...) 2 x p.w., op deze wijze is het behandeldoel te behalen, namelijk de mogelijkheden van het dagelijks leven behouden zonder terugval. (...)”* Verzoekster benadrukt dat indien zij niet tweemaal per week fysiotherapie kan ontvangen, haar dagelijks functioneren negatief zal worden beïnvloed. Zij zal meer last krijgen van pijn en bewegingsbeperkingen. Ook verwacht zij dat een afname van het aantal fysiotherapiebehandelingen zal leiden tot een toename van de ziektekosten die ten behoeve van haar worden gemaakt. Verzoekster vraagt zich af wanneer volgens de ziektekostenverzekeraar wél sprake is van een medische noodzaak voor meer dan veertig fysiotherapiebehandelingen per kalenderjaar. Ook merkt verzoekster op dat de ziektekostenverzekeraar, ondanks herhaald verzoek, niet in contact is getreden met haar behandelend artsen en hij het oordeel van meerdere artsen terzijde heeft geschoven.
- 4.6. Met ingang van 1 januari 2016 is een machtiging vereist na de veertigste fysiotherapiebehandeling in een kalenderjaar. Verzoekster is in november 2015 door de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd over deze wijziging met een brochure. In de brochure is onder meer het volgende vermeld: *“(…) Gaat u naar een zorgverlener die geen contract met Zorg en Zekerheid heeft, dan heeft u in 2016 recht op maximaal veertig zittingen. (...) NIEUW: Gaat u naar een zorgverlener die wel een contract met ons heeft, maar heeft u meer dan veertig behandelingen nodig? Dan heeft u een machtiging nodig van Zorg en Zekerheid. U hoeft hiervoor niets te doen. De fysiotherapeut vraagt de machtiging voor u aan.”* Verzoekster veronderstelde dat de aanvraag van een machtiging voor meer dan veertig fysiotherapiebehandelingen per kalenderjaar slechts een formaliteit was, omdat zij fysiotherapie ontvangt van gecontracteerde fysiotherapeuten. Verzoekster heeft op grond van deze veronderstelling de aanvullende ziektekostenverzekering verlengd. Het werd verzoekster pas in september 2016 duidelijk dat het aanvragen van een machtiging geen formaliteit betrof. Op dat moment was verzoekster nog geruime tijd gebonden aan de met de ziektekostenverzekeraar gesloten verzekeringsovereenkomst. Verzoekster vindt de genoemde passage in de brochure derhalve ronduit misleidend. De ziektekostenverzekeraar erkent de ontoereikende informatievoorziening in zijn brief, gedateerd november 2016. In deze brief wordt immers vermeld: *“(…) De machtigingsprocedure bleek voor veel verzekerden onduidelijk. De*

*indruk werd gewekt dat Zorg en Zekerheid bij aanvraag altijd instemt met het vergoeden van meer dan veertig behandelingen. Dit is niet het geval. We hebben een groot aantal aanvragen in 2016 afgewezen omdat de medische noodzaak van de behandelingen ontbrak. Wij vinden het belangrijk dat u vooraf weet waar u aan toe bent, daarom kiezen we ervoor om de machtigingsprocedure en vergoeding van meer dan veertig behandelingen vanaf 1 januari 2017 te laten vervallen. In 2017 krijgt u maximaal veertig behandelingen vergoed (...)*. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 29 december 2016 ten aanzien van voornoemde brochure zelf medegedeeld dat voor meer informatie had moeten worden verwezen naar de website. Dit zegt volgens verzoekster voldoende. Bij brief van 3 maart 2017 vermeldt de ziektekostenverzekeraar overigens dat hij, in afwijking van zijn brief van 29 december 2016, meent dat de betreffende wijziging voldoende kenbaar is gemaakt in de wijzigingsfolder.

- 4.7. Verzoekster heeft in 2016 zelf € 1.516,20 moeten betalen voor fysiotherapie. Omdat verzoekster door de ziektekostenverzekeraar lange tijd in onzekerheid is gelaten over de vergoeding van fysiotherapie na 7 juni 2016 heeft zij deze kostenpost niet of nauwelijks kunnen beperken. Verzoekster had bovendien van de ziektekostenverzekeraar verwacht dat hij haar eerder zou informeren over de machtigingsprocedure voor fysiotherapie na de veertigste behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft de fysiotherapeut evenwel pas geïnformeerd over de vereiste machtiging toen verzoekster al meer dan veertig behandelingen had genoten. Gelet op voornoemde brief van de ziektekostenverzekeraar van november 2016, waaruit blijkt dat hij op de hoogte was van de onduidelijkheid omtrent de vereiste machtiging voor veel verzekerden, voelt verzoekster zich aan het lijntje gehouden.
- 4.8. De ziektekostenverzekeraar had de aanvraag niet mogen afwijzen op de grond dat het behandelplan niet was opgesteld volgens de SMART-methode, omdat in de verzekeringsvoorwaarden niet is opgenomen op welke wijze de medische noodzaak moet worden onderbouwd. In dit kader verwijst verzoekster naar de uitkomst van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekering waarin wordt verwezen naar een uitspraak van de commissie van 18 februari 2015 ( SKGZ201303162).
- 4.9. Verzoekster verwijst voorts naar de stelling van de Ombudsman Zorgverzekeringen dat de indicatie van de medisch specialist als uitgangspunt moet worden genomen bij de onderbouwing van de ziektekostenverzekeraar of er wel of geen medische noodzaak is voor de voortzetting van de behandelingen. Verder heeft verzoekster een artikel van Nu.nl (gepubliceerd op 4 januari 2017) overgelegd. In het artikel is vermeld dat zorgverzekeraars niet van het advies van een behandelend arts mogen afwijken zonder dit goed te onderbouwen. Alleen als de arts zich bij de beoordeling overduidelijk niet heeft gehouden aan de normen binnen de beroepsgroep mag van dit oordeel worden afgeweken. Zorgverzekeraars moeten de indicatie van de arts als uitgangspunt nemen, maar hoeven hier niet blind op te varen.
- 4.10. Ter zitting is door verzoekster herhaald dat zij in november 2015 van de ziektekostenverzekeraar een wijzigingenbrochure heeft ontvangen. Uit de tekst blijkt duidelijk dat indien een verzekerde meer dan veertig behandelingen fysiotherapie nodig heeft hij of zij niets hoeft te doen. Gelet op deze tekst dacht verzoekster dat het aanvragen van een machtiging slechts een formaliteit was. Een en ander wordt door de ziektekostenverzekeraar bevestigd in zijn brief van 29 december 2016. Verder merkt verzoekster op dat zij met ingang van 1 januari 2017 is overgestapt naar een andere zorgverzekeraar.
- 4.11. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Vanaf 1 januari 2016 is op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering een machtiging vereist voor meer dan veertig fysiotherapie- en/of oefentherapiebehandelingen per kalenderjaar. Wanneer de fysiotherapie of oefentherapie wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder bestaat per kalenderjaar aanspraak op maximaal veertig behandelingen. Voornoemde machtigingsprocedure heeft de ziektekostenverzekeraar in de



verzekeringsvoorwaarden opgenomen, omdat hij twijfelt aan de doelmatigheid van langdurige fysiotherapiebehandelingen. Deze twijfel wordt gesteund door het rapport van het toenmalige College voor Zorgverzekeringen van 30 mei 2011, publicatienummer 299, betreffende fysio- en oefentherapie. In dit rapport staat het volgende vermeld: "(...) *Het CVZ merkt hierbij op dat op dit moment in de beroepsprofielen (en in de richtlijnen) van de fysio- en oefentherapeuten het onbeperkt, dan wel langdurig behandelen, niet (langer) het uitgangspunt is. (...) Het continu en gedurende verschillende jaren behandelen van aandoening, lijkt niet meer overeen te komen met de huidige beroepsuitoefening van fysio- en oefentherapeuten(...).*"

- 5.2. Verzoekster heeft aanspraak op fysiotherapie wanneer deze zorg medisch noodzakelijk is. In de 'begripsomschrijving' van de aanvullende ziektekostenverzekering is ten aanzien van de medische noodzaak van zorg het volgende bepaald: *"De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen, voor zover vallend onder de dekking van deze polis. Eén en ander ter beoordeling door de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid."* De ziektekostenverzekeraar beoordeelt de aanvraag van een machtiging voor meer dan veertig behandelingen door een fysiotherapeut per kalenderjaar op grond van deze medische noodzaak. De medische noodzaak toetst hij aan de hand van de 'SMART-principes'. In de richtlijnen van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (hierna: KNGF) is over de 'SMART-principes' het volgende opgenomen: *"SMART staat voor Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden. Een SMART-doelstelling is richtinggevend: de doelstelling geeft aan wat de patiënt wil bereiken en stuurt het gedrag van zowel de patiënt als de fysiotherapeut. De doelen worden geformuleerd op activiteitsniveau. In de SMART-formulering wordt aangegeven welke resultaten moeten worden bereikt en wanneer."*
- 5.3. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft bij de beoordeling van de aanvraag van verzoekster voor een machtiging voor meer dan veertig fysiotherapiebehandelingen per kalenderjaar, naast de medische noodzaak, twee andere aspecten betrokken. De medisch adviseur heeft beoordeeld in hoeverre de voorgestelde behandelingen, opgesteld volgens de SMART-principes, een verbetering van de gezondheid van verzoekster opleveren en in hoeverre sprake is van een duidelijk omschreven einddoel.
- 5.4. De door de ziektekostenverzekeraar op 5 oktober 2016 ontvangen aanvraag die namens verzoekster is ingediend door de behandelend fysiotherapeut in Leimuiden voldoet niet aan de 'SMART-principes'. Uit de aanvraag blijkt bijvoorbeeld niet wat tot dat moment de concreet behaalde resultaten waren van de behandelingen. De fysiotherapeut heeft weliswaar vermeld dat hij de resultaten van de behandeling heeft gemeten met de Visuele Analoge Scale (hierna: VAS) en de Patiënt Specifieke Klachten (verder: PSK), maar de PSK is geen instrument voor het meten van pijn, doch voor het inventarissen van de hulpvraag van de patiënt. Bovendien zijn in de "evidence statements" van het KNGF geen gegevens bekend over de betrouwbaarheid van de PSK. Aan de in het behandelplan vermelde PSK-waarde kan derhalve geen klinische relevantie worden toegekend. Bovendien trekt de fysiotherapeut de conclusie dat de waarde van de PSK stijgt wanneer verzoekster geen fysiotherapie (meer) krijgt. Volgens de paramedisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar kan de fysiotherapeut een dergelijke conclusie echter niet trekken, omdat de maximale aaneengesloten periode van tien dagen gedurende welke verzoekster in 2016 geen fysiotherapie heeft genoten hiervoor te kort is. Voorts vermeldt de fysiotherapeut in het kader van de VAS een score van 8 zonder fysiotherapie en een score van 6/7 met fysiotherapie. De ziektekostenverzekeraar gaat er van uit dat de fysiotherapeut met deze scores het tienvoudige bedoelt, omdat in het kader van de VAS een schaal van 1 tot 100 wordt gehanteerd. Gelet op het artikel 'Clinically important difference thresholds of the Visual analog scale: a conceptual model for identifying meaningful intraindividual changes for pain intensity. Pain, in Press.' van R. Emshoff, S. Betram en I. Emshoff is in het onderhavige geval geen sprake van een verbetering die klinisch relevant is. Daarnaast is niet gebleken dat verdere behandelingen een verbetering van de gezondheidssituatie van verzoekster opleveren. De behandelingen zijn louter gericht op het behoud van functies in het dagelijks leven. Dergelijke onderhoudstherapie dient volgens de paramedisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar geen therapeutisch doel. Voorts zijn in het behandelplan geen duidelijk einddoel en einddatum opgenomen. De machtiging is aangevraagd voor "de komende

jaren". Omdat geen specifieke doelen in het behandelplan zijn vermeld, zijn de resultaten van de behandelingen niet meetbaar, en kan ook niet worden beoordeeld in hoeverre de doelen acceptabel en/of realistisch zijn. Gelet op het voorgaande zijn meer dan veertig fysiotherapiebehandelingen per kalenderjaar in het geval van verzoekster niet medisch noodzakelijk.

5.5. Op geen enkele wijze wordt in de aanvraag verwezen naar de fysiotherapie die aan verzoekster is verleend door de fysiotherapeut in Alphen aan de Rijn. Bovendien ontbreekt in deze aanvraag de voor een beoordeling van de betreffende behandelingen noodzakelijke informatie. Voor de vergoeding hiervan moet de fysiotherapeut in Alphen aan de Rijn zelf een gerichte aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar indienen.

5.6. Het bindend advies waarop verzoekster zich op beroept, wijzigt het standpunt van de ziektekostenverzekeraar niet. Bij verzoekster is immers geen sprake van een medische noodzaak voor meer dan veertig fysiotherapiebehandelingen per kalenderjaar. Uit een uitspraak van de commissie van 7 oktober 2015 (SKGZ201500441) blijkt bovendien dat ondanks dat in de polisvoorwaarden niet wordt gewezen op de 'SMART-principes' bepalend is of sprake is van een medische noodzaak.

5.7. In de door de Nederlandse Zorgautoriteit opgestelde regeling 'Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten' is onder andere opgenomen aan welke regels de ziektekostenverzekeraar moet voldoen indien hij de polisvoorwaarden wijzigt. De ziektekostenverzekeraar moet verzekerden tijdig informeren over de voor hen nadelige wijzigingen en dergelijke wijzigingen op de website plaatsen. Wanneer de genoemde wijzigingen ingaan per 1 januari moeten deze worden opgenomen in het prolongatiepakket. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster in november 2016 een 'wijzigingsfolder' gestuurd waarmee hij de onderhavige wijziging aan verzoekster kenbaar heeft gemaakt. In deze 'wijzigingsfolder' was vermeld op welke website betrokkene een volledig overzicht van de veranderingen en de polisvoorwaarden kon raadplegen. De polisvoorwaarden waren op of kort na 16 november 2016 op de website van de ziektekostenverzekeraar raadpleegbaar. Op grond van het voorgaande meent de ziektekostenverzekeraar dat hij de genoemde regeling is nagekomen en de wijziging voldoende kenbaar heeft gemaakt.

5.8. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat uit de voorwaarden duidelijk blijkt dat een medische toets plaatsvindt en dat het aanvragen van een machtiging geen formaliteit betreft.

5.9. 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 'Rubriek B' 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 volledige vergoeding van de kosten van fysiotherapie in 2016 ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel 10 van 'Rubriek A' van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op paramedische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"10.1 Fysiotherapie*

*Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

*(...)*

*- het maximale aantal behandelingen dat is aangegeven per aanvullende pakket geldt voor de fysiotherapiebehandelingen die zijn omschreven onder 20.1.1 en 10.1.2 samen;*

*(...)*

*10.1.1 Fysiotherapie door een gecontracteerde fysiotherapeut*

*Wat wordt er vergoed?*

*In aanmerking komen de kosten van fysiotherapie per verzekerde per kalenderjaar, voor zowel chronische als niet-chronische aandoeningen, voor zover er geen recht is op vergoeding uit de basisverzekering.*

*(...)*

*Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

*(...) AV-Totaal: Alle medisch noodzakelijke behandelingen \*\**

*\*\* na 40 zittingen is vooraf schriftelijk toestemming vereist.*

*(...)"*

- 8.3. Artikel 7 van 'Rubriek B' van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

*"7.1 Wijziging*

*Zorg en Zekerheid heeft het recht de voorwaarden en/of premie van de bij Zorg en Zekerheid lopende verzekering en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. De wijzigingen worden op een door Zorg en Zekerheid vast te stellen datum doorgevoerd. Zorg en Zekerheid maakt, eventueel op premienota's, de wijzigingen bekend.*

*(...)"*

- 8.4. De 'Begripsomschrijvingen' als vermeld in 'Rubriek A' van de aanvullende ziektekostenverzekering luiden, voor zover hier van belang:

*"(...) Medisch(e) noodzakelijk/noodzaak*

*De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen, voor zover vallend onder de dekking van deze polis. Eén en ander ter beoordeling door de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid.(...)"*

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.1. De aanvullende ziektekostenverzekering bood in het jaar 2015 dekking voor meer dan veertig fysiotherapeutische behandelingen. Op grond van artikel 7.1 van 'Rubriek B' van de aanvullende ziektekostenverzekering staat het de ziektekostenverzekeraar vrij de verzekeringsvoorwaarden eenzijdig te wijzigen met ingang van een door hem te bepalen datum. Van dit recht is door de ziektekostenverzekeraar gebruik gemaakt, in die zin dat met ingang van 1 januari 2016 een machtiging is vereist voor meer dan veertig behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar. In voorkomend geval dienen de verzekeringnemers tijdig van de wijziging van de voorwaarden op de hoogte te worden gesteld. Zij kunnen er alsdan voor kiezen de aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen binnen de termijn die daar voor staat en desgewenst over te stappen naar een andere verzekeraar. Een en ander is conform artikel 7:940, vierde lid, BW.
- 9.2. Vast staat dat de ziektekostenverzekeraar in november 2015 aan verzoekster een wijzigingsfolder heeft gestuurd waarin het volgende is opgenomen: "(...) Gaat u naar een zorgverlener die geen contract met Zorg en Zekerheid heeft, dan heeft u in 2016 recht op maximaal veertig zittingen. (...) NIEUW: Gaat u naar een zorgverlener die wel een contract met ons heeft, maar heeft u meer dan veertig behandelingen nodig? Dan heeft u een machtiging nodig van Zorg en Zekerheid. U hoeft



*hiervoor niets te doen. De fysiotherapeut vraagt de machtiging voor u aan."* Door verzoekster is aangevoerd dat zij uit de tekst van de wijzigingsfolder heeft opgemaakt dat indien zij meer dan veertig behandelingen fysiotherapie nodig had, zij geen actie hoefde te ondernemen en dat het aanvragen van een machtiging slechts een formaliteit was. De commissie begrijpt de stelling van verzoekster aldus dat de betreffende folder bij haar de indruk heeft gewekt dat in een situatie als de onderhavige de aanvraag voor een machtiging zonder meer wordt gehonoreerd. Verzoekster heeft ter onderbouwing van haar standpunt gewezen op de brief van de ziektekostenverzekeraar van november 2016 waarin hij schrijft: *"De machtigingsprocedure bleek voor veel verzekerden onduidelijk. De indruk werd gewekt dat Zorg en Zekerheid bij aanvraag altijd instemt met het vergoeden van meer dan veertig behandelingen. Dat is niet het geval. We hebben een groot aantal aanvragen in 2016 afgewezen omdat de medische noodzaak van de behandelingen ontbrak."* Naar het oordeel van de commissie erkent de ziektekostenverzekeraar hiermee zelf dat in de folder van november 2015 de indruk waarop verzoekster zich beroept, is gewekt. Dat deze indruk niet juist is, staat er niet aan in de weg dat verzoekster gerechtvaardigd erop heeft mogen vertrouwen dat, als zij naar een gecontracteerde zorgverlener – zoals de fysiotherapeut in Leimuiden - ging, de door deze ingediende aanvraag tot de beoogde machtiging voor meer dan veertig behandelingen fysiotherapie zou leiden. Op grond hiervan oordeelt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen. Van de fysiotherapeut in Alphen aan den Rijn werd kennelijk geen aanvraag ontvangen.

### Conclusie

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

Zeist, 10 januari 2018,

A.I.M. van Mierlo