

RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

UITSpraak Nr. 2000/97 Med

in de klacht nr. 015.00

ingediend door:

hierna te noemen 'klaagster',

tegen:

hierna te noemen 'verzekeraar'.

De Raad van Toezicht Verzekeringen heeft kennis genomen van de schriftelijke klacht, alsmede van het daartegen door verzekeraar gevoerde schriftelijke verweer.

Uit de stukken is, voor zover voor de beoordeling van de klacht van belang, het navolgende gebleken.

Inleiding

Klaagster is met ingang van 16 oktober 1998 krachtens een door haar werkgever gesloten collectieve ziektekostenverzekering bij verzekeraar tegen het risico van ziektekosten verzekerd.

In artikel 31 e van de op de verzekering toepasselijke polisvoorwaarden 1998 is bepaald: '(...)Vergoed worden de kosten bij:

1. *fysiotherapie en oefentherapie*

- a. van maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar per indicatie door een fysiotherapeut of een manueel therapeut (...)

(...)

Voorwaarden zijn dat de therapie noodzakelijk is volgens de medisch adviseur van (verzekeraar) en plaatsvindt op verwijzing van de behandelend huisarts of specialist, waarbij de indicatie van de soort therapie is aangegeven.

Als de behandelend huisarts of specialist een indicatie geeft voor meer dan 9 behandelingen fysio- of oefentherapie moet de verzekerde vooraf schriftelijke toestemming van (verzekeraar) hebben gekregen;

2. (...)'.

In het op de verzekering toepasselijke supplement 1999 op voormelde polisvoorwaarden is ten aanzien van artikel 31 bepaald 'Achter aan de laatste zin van lid e. sub 1. wordt toegevoegd: (verzekeraar) beoordeelt de aanvraag voor meer dan 9 behandelingen fysio- of oefentherapie aan de hand van de Lijst van Aandoeningen zoals deze is opgenomen in de Uniforme Regeling Fysiotherapie van Zorgverzekeraars Nederland;'

2000/97 Med

De klacht

In januari 1999 heeft klaggster knieletsel opgelopen. Verzekeraar heeft ter zake daarvan 18 behandelingen door een fysiotherapeut vergoed op basis van twee verschillende indicaties. Verzekeraar heeft echter geweigerd om meer dan 9 behandelingen door een fysiotherapeut per indicatie te vergoeden. Verzekeraar meent dat er op grond van de polisvoorwaarden per indicatie per kalenderjaar slechts aanspraak bestaat op vergoeding van maximaal 9 behandelingen, behoudens de gevallen omschreven in de Lijst van chronische aandoeningen. Dat standpunt is echter onjuist, aldus klaggster.

Op grond van het bepaalde in artikel 31 lid e. sub 1. van de polisvoorwaarden 1998 kan aanspraak worden gemaakt op vergoeding van meer dan 9 behandelingen (geen beperking van het aantal behandelingen) na toestemming van verzekeraar. De in het supplement 1999 opgenomen aanvulling op artikel 31 lid e. sub I. geeft geen enkele aanleiding om vergoeding van meer dan 9 behandelingen door een fysiotherapeut voor situaties, niet genoemd in de voormelde Lijst, te weigeren. Deze Lijst duidt alleen maar aan dat de vergoeding van de kosten tot de diverse in de Lijst genoemde gevallen is beperkt. Dat in andere gevallen uitsluitend 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar worden vergoed, is niet in de voorwaarden vermeld. Hiervoor geldt daarom de tekst van artikel 31 van de polisvoorwaarden 1998: onbeperkte vergoeding dan wel vergoeding van meer dan 9 behandelingen na toestemming van verzekeraar binnen het kader van de overige condities van de polisvoorwaarden.

Klagster beklaagt zich ook, omdat er nogal wat raakvlakken zijn met de particuliere verzekering, over de interpretatie door verzekeraar van de Ziekenfondswet, onderdeel Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering, hoewel dit niet direct op het onderhavige geval van toepassing is. Verzekeraar heeft ten aanzien van deze Regeling een soortgelijke zienswijze. Klagster wijst op het bepaalde in genoemde Regeling. Het gaat hierbij om artikel 2 (aanspraken) en 5 lid 2 (voorwaarden) van deze Regeling. Ook hier blijkt, dat op grond van de ziekenfondsverzekering aanspraak op meer dan 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar kan worden gemaakt voorzover het niet gaat om gevallen bedoeld in artikel 3 van de Regeling. Klaarblijkelijk worden ook ziekenfondsverzekerden door verzekeraar in hun rechten beperkt.

Klagster begrijpt best, dat er een verantwoorde reden voor fysiotherapie moet zijn en geen onnodige kosten moeten worden gemaakt. Het is dan ook reëel, dat zorgverzekeraars hierop attent zijn. Controle of meer dan 9 behandelingen nodig zijn is dan ook normaal. Om slechts - op een aantal indicaties na - uitsluitend 9 behandelingen te vergoeden, ook al wordt de noodzaak niet ontkend, gaat echter te ver. Een intensieve fysiotherapie heeft louter voordelen voor de periode na een operatie. Des te beter de spiermassa in conditie is hoe sneller de patiënt zal revalideren. Dit heeft zowel financiële als sociale voordelen. Om nog maar niet te spreken over de (anti)-reclame voor de zorgverzekeraar. Nodig geachte behandelingen afwijzen geeft onbegrip en zal uiteindelijk negatief uitwerken voor zorgverzekeraars die dit stringente standpunt huldigen. Voorts heeft klaggster ervaren dat een andere verzekeringsmaatschappij met een ander collectief contract voor ziektekosten met een aanvullende verzekering, op grond van deze aanvullende verzekering wel de kosten van fysiotherapie voorafgaande aan een operatieve ingreep vergoedt, uiteraard uitsluitend voor zover er sprake is van een medische noodzaak. Hoewel de verzekeringsvoorwaarden niet identiek zijn, komt

2000/97 Med

het voor de verzekeringstechnische leek vreemd over dat op het oog inhoudelijk gelijke verzekeringen niet dezelfde soort medische kosten vergoeden.

Een aspect dat ook speelt is dat klaagster, in verband met de lange wachttijd in bijna alle ziekenhuizen binnen de regio, heeft geregeld dat zij op korte termijn in een privé-kliniek kon worden behandeld, in dagbehandeling, in tegenstelling tot hetgeen het geval is bij de normale ziekenhuizen, wat een aanzienlijke kostenbesparing voor verzekeraar oplevert. Verzekeraar gaat hieraan geheel voorbij. Alleen als er wat te halen valt, dan is hij ineens soepel: de dagbehandeling in plaats van de klinische behandeling werd natuurlijk wel toegestaan.

Het standpunt van verzekeraar

Verzekeraar heeft in verband met het door klaagster opgelopen knieletsel op basis van de polisvoorwaarden de kosten van 18 behandelingen door een fysiotherapeut voor twee verschillende indicaties vergoed. Onder verwijzing naar deze voorwaarden heeft verzekeraar vergoeding voor meer dan 9 behandelingen door een fysiotherapeut per indicatie per kalenderjaar afgewezen.

Met ingang van 1 januari 1998 vergoedt verzekeraar slechts de kosten van 9 behandelingen door een fysiotherapeut per indicatie per kalenderjaar. Voor meer dan 9 behandelingen per indicatie moet de verzekerde vooraf schriftelijke toestemming van verzekeraar hebben verkregen.

Het beperken van het aantal behandelingen fysiotherapie werd noodzakelijk omdat de kosten explosief bleven stijgen. Op initiatief van de overheid is met de beroepsgroep een discussie gestart hoe de kosten konden worden teruggedrongen. Uitgangspunt was dat dit moest leiden tot een structurele beheersing van de kosten op dit gebied. Al langer was in discussie dat fysiotherapie veelvuldig voor de meest uiteenlopende kwalen werd toegepast, zonder dat er altijd sprake was van merkbare verbetering in de behandelde aandoening. In overleg met de beroepsgroep en ter zake kundige artsen is besloten de door de overheid gewenste besparing zorginhoudelijk vorm te geven. Dit betekende dat voor aandoeningen waarvoor het effect van langdurige behandeling niet bewezen was, bepaald is dat maximaal 9 behandelingen per indicatie zijn toegestaan. Voor met name genoemde chronische aandoeningen is een behandeltime van enkele maanden of zelfs een langere periode toegestaan.

Deze regeling (de Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering) is per 1 januari 1996 van kracht geworden voor de ziekenfondsverzekering en de standaardpakketpolis. Op verzoek van de overheid is de nieuwe fysiotherapieregeling ook door het merendeel van de particuliere verzekeraars in de maatschappijvoorwaarden gevolgd. Verzekeraars vergoedingsregeling ten aanzien van fysiotherapie is in artikel 31 lid e. sub 1. (Paramedische hulp) van de polisvoorwaarden neergelegd.

De in 1996 door de overheid ingevoerde limitatieve lijst van aandoeningen leidde in de praktijk tot veel problemen, omdat een aantal zware aandoeningen niet op de lijst voorkwam. Hierdoor bleken geen mogelijkheden aanwezig te zijn tot meer behandelingen, terwijl voor enkele van de wel genoemde chronische aandoeningen het meerdere in de praktijk te laag bleek. Deze constateringen hebben geleid tot bijstelling van de lijst. Vanaf 1998 geldt een uitgebreidere lijst, waaraan diagnoses zijn toegevoegd en waarbij van een aantal aandoeningen de behandeltermijn is verlengd. Ook in 1999 heeft uitbreiding van deze lijst plaatsgevonden.

2000/97 Med

Vanuit het door de overheid voorgestane convergentiebeleid tussen de ziekenfondsverzekering en de particuliere verzekering heeft verzekeraar deze lijst eveneens van toepassing verklaard voor zijn particuliere ziektekostenverzekeringen. Deze Lijst van Aandoeningen is opgenomen in de Uniforme Regeling Fysiotherapie, die door Zorgverzekeraars Nederland onder zorgverzekeraars wordt verspreid.

Met ingang van 1 januari 1999 heeft verzekeraar door middel van een supplement aan artikel 31 lid e. sub 1. van de polisvoorwaarden toegevoegd dat hij de Lijst van Aandoeningen als toetsingscriterium hanteert voor het beoordelen van de aanvraag voor meer dan 9 behandelingen fysio- of oefentherapie per indicatie. In feite betreft dit het transparant maken van de beoordelingscriteria die de medisch adviseur hanteert bij het al dan niet verlenen van toestemming voor meer dan 9 behandelingen per indicatie.

Op basis van het hiervoor genoemde artikel 31 lid e. sub 1. is voor het vergoeden van meer dan 9 behandelingen fysiotherapie per indicatie schriftelijke toestemming van verzekeraar vereist. Toestemming wordt alleen dan verleend, indien:

- verzekerde vooraf de extra behandelingen door middel van een aanvraagformulier vergezeld van een verklaring van de huisarts of specialist heeft aangevraagd;
- er volgens de medisch adviseur van verzekeraar sprake is van een medische noodzaak voor de behandeling;
- de aandoening voorkomt op de Lijst van Aandoeningen, waarvoor langdurige behandeling is geïndiceerd.

Van de medisch adviseur heeft verzekeraar vernomen dat de aandoening van klagster niet voorkomt op de Lijst van Aandoeningen waarvoor langdurige fysiotherapie is geïndiceerd. Dit betekent dat verzekeraar geen vergoeding voor meer dan 9 behandelingen door een fysiotherapeut per indicatie toekent.

Verzekeraar kan de stelling van klagster dat uit artikel 31 lid e. sub 1. van de polisvoorwaarden blijkt dat de indicaties die niet op deze lijst staan vermeld, onbeperkt voor vergoeding in aanmerking komen, niet delen. Er is sprake van een zogenaamde positieve lijst, dat wil zeggen dat slechts bij aandoeningen die op deze lijst voorkomen, meer dan 9 behandelingen fysio- of oefentherapie per indicatie vergoed kunnen worden. Er is derhalve enkel sprake van een langduriger of zelfs onbeperkte vergoeding bij een chronische aandoening die voorkomt op de Lijst van Aandoeningen. In de overige gevallen is - ongeacht de indicatie - altijd sprake van een beperkte vergoeding.

Verzekeraar is van oordeel dat hij op grond van de polisvoorwaarden een juist standpunt heeft ingenomen door vergoeding van de meer dan 9 behandelingen door een fysiotherapeut per indicatie af te wijzen.

Het tweede onderdeel van de klacht heeft betrekking op de interpretatie door verzekeraar van de Ziekenfondswet, onderdeel Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering (met name artikel 2 en artikel 5).

Zoals in het voorgaande reeds is aangegeven hanteert verzekeraar per 1 januari 1999 de Lijst van Aandoeningen voor het beoordelen van een aanvraag voor meer dan 9 behandelingen fysiotherapie. Verzekeraar heeft in zijn correspondentie met klagster aangegeven dat de regeling in de polisvoorwaarden van zijn particuliere ziektekostenverzekering ten aanzien van fysiotherapie overeenkomt met de regelgeving op basis van de Ziekenfondswet. In artikel 2 van de Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering is

2000/97 Med

bepaald dat aanspraak op (onder andere) fysiotherapeutische hulp ten hoogste 9 behandelingen per indicatie per jaar omvat. Op grond van artikel 3 van voornoemde regeling kan aanspraak gemaakt worden op meer dan 9 behandelingen per indicatie, indien de verzekerde lijdt aan een van de in artikel 3 lid 1 limitatief opgesomde aandoeningen. Deze in artikel 3 lid 1 genoemde aandoeningen komen overeen met de indicaties die in de Lijst van Aandoeningen, zoals opgenomen in de Uniforme Regeling Fysiotherapie, zijn vermeld. Verzekeraars regelgeving ten aanzien van de particuliere verzekerden komt hiermee overeen met de regelgeving op basis van de Ziekenfondswet.

Verzekeraar is van oordeel dat hij hiermee een juiste interpretatie geeft aan de regelgeving met betrekking tot de Ziekenfondswet.

Het commentaar van klaagster

Klaagster heeft, kennis genomen hebbend van het verweer van verzekeraar, haar klacht gehandhaafd. Klaagster merkt nog op dat de Lijst van chronische aandoeningen niets meer is dan een handleiding voor de beoordeling van een aanvraag voor verdere behandeling van de in deze Lijst genoemde aandoeningen. Uit niets blijkt dat indien er meer dan 9 behandelingen nodig zijn, er uitsluitend recht is op vergoeding van de behandelingen bedoeld in deze Lijst. Hetzelfde is het geval bij de Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering. Afwijzing van medisch noodzakelijke hulp was geen uitgangspunt van de wetgever in zijn streven naar kostenbeheersing.

-

Het oordeel van de Raad

1. De Raad stelt voorop dat hij geen voor partijen bindende uitspraak kan doen over de uitleg van de op de onderhavige verzekering toepasselijke polisvoorwaarden. Een dergelijke uitspraak is aan de rechter voorbehouden. Wel kan de Raad beoordelen of het dienaangaande door verzekeraar ingenomen standpunt verdedigbaar is, omdat, zou dat laatste niet het geval zijn, verzekeraar de goede naam van het verzekeringsbedrijf zou schaden.
2. Verdedigbaar is, gelet op het bepaalde in artikel 31 lid e. sub 1, laatste zin in samenhang met de in supplement 1999 daaraan toegevoegde zin, het standpunt van verzekeraar dat hij geen toestemming behoeft te verlenen voor meer dan 9 behandelingen fysiotherapie als deze wordt aangevraagd voor een aandoening die niet voorkomt op de Lijst van Aandoeningen zoals deze is opgenomen in de Uniforme Regeling Fysiotherapie van Zorgverzekeraars Nederland. Het advies van zijn medisch adviseur geeft verzekeraar voldoende grond voor zijn standpunt dat de aandoening waaraan klaagster lijdt, niet op deze lijst voorkomt en dat hij vergoeding van meer dan negen behandelingen door een fysiotherapeut kan weigeren. Door het innemen van dit standpunt heeft verzekeraar de goede naam van het verzekeringsbedrijf niet geschaad. Daaraan doet niet af dat, naar klaagster stelt, de behandeling medisch noodzakelijk is en dat zij ter zake van een door haar wegens het knieletsel te ondergane operatieve ingreep een kostenbesparing voor verzekeraar heeft kunnen bewerkstelligen.
3. Eveneens is verdedigbaar het standpunt van verzekeraar dat toepassing van de Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering in klaagsters situatie tot dezelfde uitkomst zou leiden, daargelaten dat klaagster bij dit standpunt geen belang heeft, daar zij niet krachtens een ziekenfondsverzekering tegen het risico van ziektekosten is verzekerd.

2000/97 Med

De beslissing

De Raad verklaart de klacht ongegrond.

Aldus is beslist op 25 september 2000 door Mr. F.H.J. Mijnsen, voorzitter, Mr. H.C. Bitter, D.F. Rijkels, arts, Mr. B. Sluijters en Dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van Mr. S.N.W. Karreman, secretaris.

De Voorzitter:

(Mr. F.H.J. Mijnsen)

De Secretaris:

(Mr. S.N.W. Karreman)