

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Fysiotherapie
Zaaknummer : 2009.00852
Zittingsdatum : 18 november 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissingen van de ziektekostenverzekeraar van 15 januari 2009 en 2 maart 2009. Hierbij zijn de aanvragen voor een machtiging voor fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering afgewezen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Jong & Zeker Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft aanspraak gemaakt op verstrekking of vergoeding van de onder 2 vermelde behandelingen, ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 januari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Bij brief van 2 februari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar nadere, medische informatie opgevraagd bij verzoekster. Verzoekster heeft in haar brief van 13 februari 2009 haar situatie uitgelegd. Via de email van 20 februari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om informatie over de FEV1/VC-waarde in procenten. Bij emailbericht van 27 maart 2009 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat zij een longfunctietest heeft laten doen en dat de huisarts inmiddels de uitslag daarvan heeft ontvangen. De huisarts heeft haar echter verteld dat dit vertrouwelijke informatie is en heeft haar geadviseerd deze informatie niet naar de ziektekostenverzekeraar te sturen.
- 3.4. Bij brief van 2 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.

- 3.5. Verzoekster heeft haar geschil voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze heeft de zaak doorgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar, omdat er nog geen heroverweging had plaatsgevonden. Bij brief van 15 mei 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.6. Bij brief van 10 juni 2009 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 zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 21 augustus 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 oktober 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.9. Verzoekster heeft daarna nog aanvullende informatie van haar fysiotherapeute en reumatoloog gestuurd. Deze informatie is op 31 augustus 2009 en 1 september 2009 door de commissie ontvangen en op 10 september 2009 doorgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar met de mogelijkheid hierop te reageren. De aanvullende informatie heeft de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding gegeven tot het geven van een nadere reactie.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 6 oktober 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 november 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.11. Bij brief van 2 oktober 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 20 oktober 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29107696) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een indicatie zoals opgenomen in Bijlage 1 Bzv. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.12. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 november 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.13. Bij brief van 19 november 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 23 november 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend reumatoloog heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: “fibromyalgie”. Voorts heeft de huisarts bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: “COPD”. De behandelende zorgverleners hebben naar aanleiding van de gestelde diagnoses bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak).
- 4.2. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij vanwege haar aandoeningen, fibromyalgie en astma, minimaal tweemaal per week behandeld moet worden door een fysiotherapeut. Zonder fysiotherapie zou zij arbeidsongeschikt kunnen worden of zelfs in een rolstoel terecht kunnen komen. Zij heeft niet de financiële middelen om de fysiotherapie zelf te bekostigen. De ziektekostenverzekeraar moet niet alleen naar de polisvoorwaarden kijken, maar ook naar de (ernst van de) klacht. Zowel de reumatoloog als de huisarts zijn van mening dat verzoekster fysiotherapie nodig heeft.
- 4.3. In een brief van 28 augustus 2009 schrijft de fysiotherapeute dat de pijnklachten veroorzaakt worden door forse hypertonieën in musculatuur van de nek, schouders, rug, armen en benen. Daarnaast geven het bekken en de enkels ook veel pijnklachten. Naast het fibromyalgiesyndroom ervaart verzoekster een algeheel onwelbevinden en is zij bekend met astma. Door middel van therapie wordt de pijn gereduceerd.
- 4.4. In een brief van 7 augustus 2009 schrijft de reumatoloog dat het beeld van verzoekster past bij een fibromyalgia syndroom. De pijnklachten zijn voor haar invaliderend en daarom wordt verzoekster doorgestuurd naar de Sint Maartens kliniek met de vraag of zij in aanmerking kan komen voor het multidisciplinaire begeleidingsprogramma.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd, dat zij voor de indicatie astma nog op 70 percent zit, terwijl de grens voor de aanspraak op fysiotherapie op 60 percent ligt. Als zij geen fysiotherapie krijgt, zal zij over vijf jaar aangewezen zijn op een rolstoel. De kosten zullen dan vele malen hoger zijn. Verzoekster benadrukt dat zij de kosten van de fysiotherapie niet zelf kan dragen.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de kosten van fysiotherapie op grond van de zorgverzekering alleen voor vergoeding in aanmerking komen indien de indicatie voorkomt op bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. De indicatie fibromyalgie komt echter niet voor op deze bijlage. Bij de tweede aanvraag heeft de huisarts verklaard dat sprake is van COPD. COPD komt als indicatie voor op de voornoemde bijlage; hierbij moet echter sprake zijn van een FEV1/VC kleiner dan 60 percent. De ziektekostenverzekeraar heeft diverse malen geprobeerd deze gegevens op te vragen bij de huisarts, maar deze heeft de informatie niet verstrekt. Nu niet is aangetoond dat sprake is van COPD met een FEV1/VC kleiner dan 60 percent, is de aanvraag afgewezen.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar nogmaals aangevoerd, dat de indicatie fibromyalgie niet voorkomt op bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. De indicatie COPD komt wel voor op deze bijlage, maar een verzekeringsindicatie is alleen aanwezig indien sprake is van minder dan 60 percent. Hiervan is bij verzoekster geen sprake. Op grond van de aanvullende verzekering bestaat een beperkte dekking voor fysiotherapie.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie is 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. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil zijn de afwijzingen van de aanvragen om vergoeding van de kosten van fysiotherapie, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 tot en met 36 van de zorgverzekering.

Artikel 25 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie bestaat.

Voor zover hier van belang, luidt artikel 25 als volgt:

“Zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden (...) voor verzekerden van 18 jaar en ouder: zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat niet de eerste 9 behandelingen.

(...)

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist, voor behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen.

Machtiging:

ja, voor behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen.”

7.2. Artikel 25 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op

prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Fysiotherapie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv en, waar het gaat om de indicaties, verder uitgewerkt bijlage 1 van de Bzv.

- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. De commissie overweegt aangaande het geschil in deze als volgt. Fysiotherapie kan alleen ten laste van de zorgverzekering gebracht worden als sprake is van een indicatie die voorkomt in bijlage 1 van het Bzv. Fibromyalgie is niet als indicatie opgenomen in deze bijlage, derhalve kan de fysiotherapie op grond van deze indicatie niet ten laste van de zorgverzekering worden gebracht.
- 7.6. Astma is evenmin als indicatie opgenomen in bijlage 1 van het Bzv. Wel is dat het geval voor COPD mits sprake is van een FEV1/VC kleiner dan 60 percent. De huisarts heeft op het aanvraagformulier weliswaar de indicatie COPD vermeld, maar aan herhaald verzoek om informatie waaruit dat zou kunnen blijken is door verzoekster niet voldaan. Ter zitting heeft zij verklaard dat de FEV1/VC 70 percent is. De commissie concludeert daarom dat verzoekster niet aan de gestelde voorwaarde voldoet.
- 7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover het ziet op de zorgverzekering, dient te worden afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.8. Artikel 8 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt, voor zover hier van belang:

“Beweegzorg is zorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Dat kan zorg zijn zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten deze plegen te bieden. Zorg zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden heeft als doel uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. Maar u kunt ook kiezen voor (behandelingen door) alternatieve therapeuten. Hieronder vindt u een opsomming wat onder beweegzorg valt:
1. fysiotherapie;
(...)
Vergoeding ten hoogste € 600,- per kalenderjaar.”
- 7.9. Op grond van haar aanvullende verzekering heeft verzoekster recht op een vergoeding van maximaal € 600,- per jaar. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster de maximale vergoeding voor 2009 reeds bereikt heeft. Dit is door verzoekster tijdens de hoorzitting bevestigd. De commissie concludeert dat de aanvullende verzekering geen mogelijkheid biedt om een hogere vergoeding toe te kennen dan die welke verzoekster reeds heeft ontvangen.
- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover het ziet op de aanvullende ziektekostenverzekering, eveneens dient te worden afgewezen.

Conclusie

- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 december 2009,

Voorzitter