

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, fysiotherapie, indicatie, registratie fysiotherapeut
Zaaknummer : 2011.01338
Zittingsdatum : 11 januari 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P. Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010 en 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.6 en bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010 en 2011)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Comfort afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft aanvankelijk bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van fysiotherapie over de periode van 7 oktober tot en met 23 december 2010. Bij brief van 24 januari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft vervolgens, op 18 februari 2011, een aanvraag ingediend voor vergoeding van de fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Bij de aanvraag heeft de fysiotherapeut de diagnose ernstige osteoporose vermeld. Deze aanvraag is op 30 maart 2011 door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.
- 3.3. Bij beslissing van 19 april 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker medegedeeld dat de ter declaratie ingediende nota voor fysiotherapie over de periode van 6 januari tot en met 31 maart 2011 niet wordt vergoed.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brief van 27 mei 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.
- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 27 september 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar

gehouden is de kosten van fysiotherapie over de periode van 7 oktober 2010 tot en met 31 maart 2011 alsnog te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 november 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 november 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 november 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 november 2011 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.10. Bij brief van 16 november 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 november 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011120020) de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten of bij verzoeker sprake is van een wervelfractuur als gevolg van osteoporose. Een afschrift van het CVZ-advies is op 30 november 2011 aan partijen gezonden. In het kader van het door CVZ geadviseerde onderzoek heeft de commissie medische informatie opgevraagd bij verzoeker. Verzoeker heeft hierop bij brief van 9 december 2011 gereageerd.
- 3.11. Een afschrift van voornoemde brief is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar is hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het CVZ-advies en/of de brief van verzoeker te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is in 1990 aan zijn rug geopereerd. Sedertdien heeft hij een indicatie voor fysiotherapie en is hij wekelijks behandeld door een fysiotherapeut wegens een chronische aandoening. De aan deze behandeling verbonden kosten zijn door de ziektekostenverzekeraar steeds vergoed. Verzoeker betwist de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de kosten van fysiotherapie altijd, met uitzondering van de periode van 11 januari 2007 tot en met 11 juni 2008, zijn vergoed uit de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.2. Begin 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat op grond van de polisvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering de kosten van de behandelingen in het laatste kwartaal van 2010 niet meer worden vergoed, omdat het maximumaantal van 36 behandelingen was bereikt. De ziektekostenverzekeraar heeft blijkbaar, zonder enig bericht hierover aan verzoeker, diens indicatie gewijzigd van 'chronisch' naar 'niet-chronisch'.

- 4.3. De kosten van de behandelingen in het eerste kwartaal van 2011 zijn niet vergoed, omdat de fysiotherapeut – bij wie verzoeker al negen jaar onder behandeling is – 65 jaar was geworden en de ziektekostenverzekeraar diens contract om die reden niet had verlengd. Ook hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker niet tijdig op de hoogte gesteld. Daarbij komt dat de fysiotherapeut weliswaar zijn praktijk aan het afbouwen is en geen nieuwe patiënten aanneemt, maar nog steeds zijn huidige patiënten behandelt.
- 4.4. Ten aanzien van het vervallen van de AGB-code (Algemene GegevensBeheer Zorgverleners) van deze fysiotherapeut, merkt verzoeker op dat de post hieromtrent naar het verkeerde adres is gestuurd. Het is dan ook niet verwonderlijk dat deze post als onbestelbaar wordt geretourneerd. Als de ziektekostenverzekeraar wist dat de AGB-registratie van de fysiotherapeut met ingang van 1 januari 2011 zou verlopen, had de ziektekostenverzekeraar verzoeker hiervan tijdig op de hoogte moeten stellen.
- 4.5. In zijn brief van 9 december 2011 deelt verzoeker aan de commissie mede dat hij verbaasd is dat de commissie bij hem nadere informatie heeft opgevraagd, te meer nu het CVZ heeft geadviseerd om de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten. Verzoeker stelt dat hij als patiënt de destijds gestelde diagnose niet op papier heeft gekregen. Hij gaat er van uit dat de ziektekostenverzekeraar over het dossier beschikt en anders kan deze het opvragen bij de behandelend arts. Verzoeker is in de jaren '80 door zijn eerste orthopedische chirurg verteld dat hij door het verblijf in een "jappenkamp" een trauma heeft opgelopen aan zijn ruggenwervels. Het kraakbeen van de tussenwervels is versleten en hij heeft het bottengestel van een zeventigjarige. Verzoeker is begin jaren '90 als gevolg van zijn rugklachten volledig afgekeurd voor arbeid en in de WAO gekomen.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat alleen in de periode van 11 januari 2007 tot en met 10 januari 2008 de kosten van fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering zijn vergoed op grond van de indicatie status na rugoperatie. Tot 1 januari 2010 werden de betreffende kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering volledig vergoed.
- 5.2. Vanaf 1 januari 2010 is de aanspraak op fysiotherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering gemaximeerd tot 36 behandelingen per kalenderjaar. Verzoeker is hiervan in november 2009 door middel van de wijzigingsbrochure op de hoogte gesteld. Verzoeker mocht er dus niet op vertrouwen dat deze kosten in 2010 volledig zouden worden vergoed.
- 5.3. De door de fysiotherapeut opgegeven indicatie osteoporose komt niet voor op bijlage 1 Bzv. Daarom heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van fysiotherapie op grond van de zorgverzekering. Het ligt niet op de weg van de ziektekostenverzekeraar nader te onderzoeken of wellicht sprake is van een breuk. Een fysiotherapeut is ter zake kundig en het is aan hem de juiste indicatie te vermelden.
- 5.4. Vanaf 1 januari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar de behandelingen door de betrokken fysiotherapeut niet meer vergoed, omdat diens zorgverlenersregistratie in

het AGB is vervallen. Ook de praktijkregistratie is vervallen. Als de AGB-registratie is vervallen, kunnen de ingediende nota's niet meer worden vergoed. Het ligt op de weg van de fysiotherapeut ervoor zorg te dragen dat de registratie weer wordt geopend.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. 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. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van fysiotherapie over de periode van 7 oktober 2010 tot en met 31 maart 2011 te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel 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. 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 19 e.v. (2011: B.3 e.v.) van de zorgverzekering. Artikel 30 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Als u 18 jaar en ouder bent, vergoeden wij fysiotherapie of oefentherapie als u beperkingen hebt als gevolg van een aandoening die staat op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie". In deze lijst staat ook dat u bij een aantal aandoeningen een bepaalde maximumperiode recht hebt op vergoeding van fysiotherapie of oefentherapie. U vindt deze lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) op onze internetsite en kunt deze ook bij ons opvragen.

Wij vergoeden per aandoening genoemd op de lijst de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en oefentherapie vanaf de tiende behandeling. Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, vergoeden we de behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn.

(...)"

In 2011 is een vergelijkbare bepaling opgenomen in artikel B.16 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 30 (2011: B.16) van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Fysiotherapie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 en bijlage 1 Bzv.

- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. In artikel 16.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op fysiotherapie opgenomen, en luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden fysiotherapie en oefen therapie zoals fysiotherapeuten en oefen therapeuten die normaal gesproken verlenen, als die niet onder de vergoeding van de hoofdverzekering vallen.

(...)

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke tarief, het in rekening gebrachte bedrag of het marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 11.5.b. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.”

In het vergoedingenoverzicht is bepaald dat aanspraak bestaat op maximaal 36 behandelingen per jaar.

In 2011 is een vergelijkbare bepaling opgenomen in artikel D.5.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 8.7. In artikel 1 van zowel de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat een fysiotherapeut degene is die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens artikel 3 van de Wet B.I.G..

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Fysiotherapie kan ten laste van de zorgverzekering worden gebracht indien sprake is van een indicatie die voorkomt in bijlage 1 Bzv. De fysiotherapeut heeft op de aanvraag vermeld dat sprake is van ernstige osteoporose. Ernstige osteoporose wordt niet vermeld in bijlage 1 Bzv. In lid 1, onderdeel b, subonderdeel 5° bijlage 1 Bzv wordt de indicatie wervelfractuur als gevolg van osteoporose genoemd. De commissie heeft verzoeker verzocht aannemelijk te maken dat bij hem sprake is (geweest) van een wervelfractuur als gevolg van osteoporose. Uit de door verzoeker toegepaste verklaring blijkt hiervan niet.
- 9.2. Nu niet is gebleken van een indicatie die voorkomt in bijlage 1 Bzv, heeft verzoeker geen aanspraak op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Verzoeker had in 2010 op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op vergoeding van 36 behandelingen fysiotherapie per jaar. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat dit aantal in 2010 reeds was bereikt, hetgeen door ver-

zoeker niet is ontkend. Verzoeker heeft daarom in 2010 de vergoeding ontvangen waarop hij op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak had.

- 9.4. De kosten van de fysiotherapeutische behandelingen in 2011 zijn afgewezen, omdat de behandelend fysiotherapeut met ingang van 1 januari 2011 niet meer geregistreerd staat in het AGB. In artikel 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat een fysiotherapeut degene is die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens artikel 3 van de Wet B.I.G.. De betrokken fysiotherapeut voldoet aan deze eis. De door de ziektekostenverzekeraar aangehaalde voorwaarde dat een zorgverlener moet zijn geregistreerd in het AGB komt niet voor in de aanvullende ziektekostenverzekering. Nu de zorgverlener voldoet aan de in de polis gestelde, voor de verzekeringnemer kenbare voorwaarden, dient de ziektekostenverzekeraar de kosten van de behandelingen door deze fysiotherapeut alsnog conform de polisvoorwaarden te vergoeden.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover het de aanspraak op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft en met inachtneming van het maximumaantal van 36 behandelingen per jaar. Voor het overige dient het verzoek te worden afgewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met in achtneming van hetgeen in 9.3 en 9.4 is gesteld.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 11 januari 2012,

Voorzitter