



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, fysiotherapie, indicatie
Zaaknummer : 201402035
Zittingsdatum : 11 februari 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.6 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Standaard Zorgverzekering (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 Aanvullend Classic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding






3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 juni 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 16 juli 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 19 augustus 2014 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

3.4. Bij brief van 9 oktober 2014 heeft verzoeker 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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.

- 
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 november 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 december 2014 aan verzoeker gezonden.
- 
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 12 december 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 januari 2015 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 
- 3.8. Bij brief van 3 december 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 19 december 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014155114) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat degeneratieve torsiescoliose geen indicatie is die voorkomt op de chronische lijst fysiotherapie. Of aanspraak bestaat op fysiotherapie voor de behandeling van een aangeboren heupafwijking kan niet worden beoordeeld, omdat hierover geen gegevens in het dossier beschikbaar zijn. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 
- 3.9. Verzoeker is op 11 februari 2015 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 
- 3.10. Bij brief van 13 februari 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie hierop heeft het Zorginstituut bij brief van 20 februari 2015 aan de commissie het herzien advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is op 23 februari 2015 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de geboden mogelijkheid.



4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 
- 4.1. Verzoeker is op zesjarige leeftijd door zijn heup gezakt. Uit het onderzoek dat destijds is uitgevoerd, is gebleken dat het rechter heupgewricht geen kalk opnam. Op zestienjarige leeftijd is het rechter heupgewricht verwijderd en is het bovenbeen op het bekken vastgezet. Deze ingreep is niet bevorderlijk geweest voor de wervelkolom, aangezien het bekken bij iedere stap van het rechterbeen scharniert. In de loop der jaren is een aanzienlijke verkromming van de wervelkolom ontstaan. Als gevolg van deze scoliose is verzoeker geopereerd aan zowel een rug- als een nekhernia.
- 
- 4.2. Op of omstreeks 1 maart 2014 is verzoeker de kracht in zijn rechterbeen volledig verloren. Verzoeker is door meerdere artsen onderzocht. Een neurochirurg heeft geconcludeerd dat een operatie een te groot risico met zich zou brengen, omdat hierdoor een te grote tordering van het bovenlichaam zou ontstaan. Hij heeft verzoeker daarom geadviseerd zich door een fysiotherapeut te laten behandelen. Dit werk, aangezien verzoeker hierdoor weer wat kracht in zijn onderbeen heeft.
- 
- 4.3. Verzoeker stelt dat hij aanspraak heeft op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering, omdat zijn indicatie - scoliose - voorkomt op Bijlage 1 Bzv.
- 
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de operatie, waarnaar wordt verwezen in de aanvraag, in 2009 heeft plaatsgevonden. Daarna is hij nog een keer geopereerd aan een nekhernia. Op de dag dat hij de kracht verloor uit zijn rechterbeen, heeft verzoeker onder andere nog een heg geknipt. Nadat hij was gaan zitten, kon hij ineens niet meer opstaan. Het is voor hem

daarom duidelijk dat dit geen spierprobleem is, zoals de ziektekostenverzekeraar suggereert, maar een neurologisch probleem.

De neurochirurg heeft verzoeker geadviseerd zich door een fysiotherapeut te laten behandelen. De behandelend fysiotherapeut heeft de kosten van de behandelingen gedeclareerd met code 3511. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar de declaratie afgewezen. Op Bijlage 1 Bzv is wél de code 3911 opgenomen. Dit is de diagnose progressieve scoliose. Nadat op zijn zestiende zijn heupgewricht is verwijderd, is verzoeker ervoor gewaarschuwd dat zijn rug bij iedere stap een "optater" zou krijgen. Bij iedere operatie die hij sindsdien heeft ondergaan, hebben de artsen het gehad over de scoliose. De ziektekostenverzekeraar gebruikt in zijn brief de woorden "in de regel" en "vaak". Dit betekent niet dat progressieve scoliose niet bij ouderen zou kunnen voorkomen.

4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Chronische fysiotherapie komt alleen in aanmerking voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering, indien het gaat om één van de op Bijlage 1 Bzv genoemde aandoeningen. Verzoeker heeft scoliose. In lid 1, onderdeel b, sub 2 van Bijlage 1 Bzv is progressieve scoliose genoemd. Progressieve scoliose betekent een scoliose die verergert, vaak tijdens de groei. De kromming in de wervelkolom verergert in dergelijke situaties in een snel tempo en een behandeling met een brace is dan gebruikelijk. Voor behandeling van progressieve scoliose hanteren fysiotherapeuten de diagnosecode 3911 (gecombineerd/totale wervelkolom). De behandelend neurochirurg heeft de diagnose 'degeneratieve torsiescoliose' vermeld. Een degeneratieve scoliose wordt veroorzaakt door het ouder worden of door slijtage van de wervelkolom. Dit duidt niet op een progressieve scoliose zoals bedoeld in Bijlage 1 Bzv.

5.2. De behandelend fysiotherapeut heeft de onderhavige fysiotherapie gedeclareerd met diagnosecode 3511 (afwijkingen lumbosacrale wervelkolom). Deze aandoening komt niet voor in Bijlage 1 Bzv. Daarom heeft verzoeker op grond van deze diagnosecode geen aanspraak op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.

5.3. De paramedisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft uit het dossier opgemaakt dat verzoeker een aangeboren heupafwijking heeft als bedoeld in het eerste lid onderdeel b sub 1 van Bijlage 1 Bzv. Voor de specifieke behandeling van de heupklachten kan worden gedeclareerd met de diagnosecode 6212, en heeft verzoeker aanspraak op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.

5.4. Verzoeker heeft ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op maximaal veertien behandelingen fysiotherapie per medische indicatie per kalenderjaar.

5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar voornoemde standpunten herhaald. De ziektekostenverzekeraar heeft benadrukt dat verzoeker op grond van zijn aangeboren heupafwijking aanspraak heeft op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Verzoeker kan zijn huisarts vragen om een verwijsbrief voor fysiotherapie op grond van deze indicatie. De behandelend fysiotherapeut kan de kosten vervolgens declareren met code 6212. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat hij zich aan de regels moet houden, omdat hij hierop gecontroleerd wordt.

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 de artikelen 10 van de zorgverzekering en 8 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie 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 verzoeker aanspraak heeft op fysiotherapie 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 mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 25 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

(...)

18 jaar en ouder:

(...)

*- u hebt vanaf de 21e behandeling recht op vergoeding van de kosten van behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst. De kosten van de eerste 20 behandelingen per aandoening komen voor uw eigen rekening. U krijgt deze behandelingen mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.
(...)”*

8.4. Artikel 25 van de zorgverzekering is volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. 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 Bzv en verder uitgewerkt in Bijlage 1 Bzv.

8.6. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.7. In artikel 16 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat bij aandoeningen zoals vermeld in Bijlage 1 Bzv aanspraak bestaat op de eerste twintig zittingen per aandoening. Voor overige aandoeningen bestaat aanspraak op maximaal veertien zittingen per aandoening per kalenderjaar.

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 op Bijlage 1 Bzv.

9.2. Op 2 juni 2014 heeft de behandelend fysiotherapeut ten behoeve van verzoeker een aanvraag tot machtiging ingediend. De neurochirurg vermeldt op de verwijzing de volgende diagnose: "status na operatie lumbale laminectomie L5, nu forse degeneratieve torsiescoliose en focale stenose, advies training rug/buikspieren".


9.3. Op grond van de indicatie 'status na opname ziekenhuis' bestaat ingevolge lid 1, onderdeel d, subonderdeel 5°, van Bijlage 1 Bzv gedurende twaalf maanden na de operatie aanspraak op vergoeding van behandelingen fysiotherapie. De operatie blijkt echter al meer dan één jaar geleden te hebben plaatsgevonden. Daarom bestaat thans op grond van deze indicatie geen aanspraak meer op vergoeding van fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.

9.4. Op grond van de indicatie 'progressieve scoliose' bestaat ingevolge lid 1, onderdeel b, subonderdeel 2° van Bijlage 1 Bzv aanspraak op vergoeding van behandelingen fysiotherapie. De neurochirurg heeft verklaard dat bij verzoeker sprake is van een forse degeneratieve torsiescoliose en focale stenose. Laatstgenoemde indicatie is niet opgenomen in voornoemde bijlage. Uit bovenvermeld advies van het Zorginstituut blijkt dat degeneratieve torsiescoliose niet is aan te merken als progressieve scoliose. Daarom bestaat op grond van deze indicatie geen aanspraak op vergoeding van fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.

9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft vastgesteld dat verzoeker een aangeboren heupafwijking heeft als bedoeld in lid 1, onderdeel b, onderdeel 1° van Bijlage 1 Bzv. Ter zitting is gebleken dat de onderhavige fysiotherapie is verleend voor klachten die volgen uit de aangeboren heupafwijking. De commissie constateert dat verzoeker derhalve een indicatie heeft die aanspraak geeft op vergoeding van de kosten van fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. De behandelingen zijn echter met een verkeerde code gedeclareerd, te weten 3511 in plaats van 6212. De commissie is van oordeel dat dit verzoeker - gezien het voorgaande - niet mag worden tegengeworpen. De ziektekostenverzekeraar dient derhalve de in 2014 met code 3511 gedeclareerde kosten voor fysiotherapie alsnog aan te merken als fysiotherapie verleend op grond van de aangeboren heupafwijking. Verzoeker heeft daarom conform artikel 25 van de zorgverzekering aanspraak op vergoeding van de kosten van fysiotherapie vanaf de 21e behandeling.


Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.6. Op grond van artikel 16 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat, indien sprake is van een aandoening zoals vermeld in Bijlage 1 Bzv, aanspraak op vergoeding van de eerste twintig behandelingen fysiotherapie per aandoening per kalenderjaar. Voor overige aandoeningen bestaat aanspraak op maximaal veertien behandelingen. Aangezien door de ziektekostenverzekeraar was geoordeeld dat bij verzoeker sprake was van een aandoening die aanspraak gaf op maximaal veertien behandelingen en en ter zitting is gebleken dat de onderhavige fysiotherapie is verleend voor klachten die volgen uit een aandoening zoals vermeld in Bijlage 1 Bzv, heeft verzoeker thans




aanspraak op vergoeding van nog zes behandelingen fysiotherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.


Conclusie




9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.




9.8. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.




10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek toe.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 11 maart 2015,



mr. drs. P.J.J. Vonk

