

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie
Zaaknummer : 2010.01612
Zittingsdatum : 27 juli 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door E te F hierna te noemen: gevolmachtigde

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam gevolmachtigde] Natura Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam gevolmachtigde] Den Haag afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 februari 2010 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 juni 2010 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 24 januari 2011 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).
- 3.5. 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 mei 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 mei 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 9 juni 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 juli 2011 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 27 mei 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 23 juni 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011057380) 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 aandoening die voorkomt op Bijlage 1 Bzv. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 augustus 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 28 juli 2011 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 2 augustus 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft op 15 augustus 2008, door een aanrijding, een wervelfractuur opgelopen. Zij zou deze fractuur echter niet hebben opgelopen als geen sprake was geweest van osteoporose. Zij is hiervoor nog steeds onder behandeling van een internist en een orthopeed. Daarnaast hebben de artsen bij verzoekster scoliose geconstateerd.
- 4.2. Na het ongeval heeft verzoekster gedurende één jaar fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering gehad. Na september 2009 was geen sprake meer van een "chronische indicatie". In 2010 heeft zij twaalf behandelingen fysiotherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed gekregen. Dit aantal is echter onvoldoende, omdat verzoekster een chronische aandoening heeft. Verzoekster lijdt aan botontkalking en door voornoemde fractuur moeten haar spieren consequent getraind worden om haar "fysiek stabiel" te houden en verdere medische klachten te voorkomen.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de arts, bij wie zij jaarlijks op controle gaat vanwege de botontkalking, heeft verklaard dat zij ook zonder het ongeluk een breuk zou hebben gehad. Bij het betreffende ongeluk is zij op haar billen gevallen en niet op haar rug. Daarbij was de klap niet hard. Zonder osteoporose zou

zij niets hebben gebroken. Zij heeft naast de osteoporose ook artrose en een milde vorm van scoliose. verzoekster kan de benodigde fysiotherapie niet zelf betalen.

4.4. Verzoekster 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 in 2008 een machtiging voor fysiotherapie is aangevraagd voor de conservatieve behandeling van een fractuur. De machtiging is verleend voor een half jaar. Dit is de maximale periode voor deze diagnose. Indien sprake is van behandeling na een operatie, kan een machtiging worden verleend van maximaal één jaar. De ziektekostenverzekeraar is ervan uitgegaan dat verzoekster een operatie heeft ondergaan en heeft daarom de machtiging verlengd tot maximaal één jaar. De totale periode waarover een machtiging voor fysiotherapie is verleend, loopt van 4 september 2008 tot 4 september 2009. Hierna komen de behandelingen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Vervolgens is een nieuwe aanvraag ingediend voor een machtiging met een "acute diagnose code voor een wervelfractuur". Deze aanvraag is afgewezen.

5.2. Indien de arts op de verwijzing schrijft dat sprake is van osteoporose met een wervelfractuur of inzakking, geeft dat recht op een "onbeperkte machtiging". Deze fractuur moet dan wel het gevolg zijn van de osteoporose. De wervelfractuur van verzoekster is echter het gevolg van een ongeval. Daarom is geen sprake van een indicatie als bedoeld in de zorgverzekering.

5.3. Voor de indicatie scoliose kan een machtiging verleend worden mits de indicatie volledig is. De arts moet het soort scoliose vermelden, aangezien niet alle soorten scoliose een aanspraak vormen voor fysiotherapie op grond van de zorgverzekering. Bij verzoekster is niet gebleken dat sprake is van een vorm van scoliose op grond waarvan zij aanspraak heeft op grond van de zorgverzekering.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster eigenlijk aanspraak had op zes maanden fysiotherapie. Zij heeft echter al één jaar fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering gehad. Op grond van de zorgverzekering heeft verzoekster geen aanspraak meer op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.

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 bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.

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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 23 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Onder deze zorg wordt ook oedeemtherapie verstaan.

(...)

- U hebt vanaf de tiende behandeling recht op behandeling van aandoeningen die in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering staan. Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens bijlage 1.

(...)”

- 8.3. Artikel 23 van de zorgverzekering is volgens de artikelen 2.3 en 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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 en oefentherapie zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv. De indicaties die aanspraak geven op verstrekking of vergoeding zijn vermeld in Bijlage 1 van het Bzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Fysiotherapie kan ten laste van de zorgverzekering worden gebracht als sprake is van een indicatie die voorkomt op Bijlage 1 Bzv. Dit is in artikel 23 van de zorgverzekering bepaald. Een indicatie voor fysiotherapie in verband met osteoporose is op grond van genoemde bijlage aanwezig indien sprake is van een wervelfractuur als gevolg van de osteoporose. Hiervan is in de situatie van verzoekster niet gebleken.
- 9.2. Verzoekster heeft een wervelfractuur opgelopen als gevolg van een ongeval. Deze fractuur is conservatief behandeld, zodat op grond van Bijlage 1, lid 1, onderdeel b, subonderdeel 18 juncto lid 2 Bzv, de duur van de behandeling maximaal zes maanden bedraagt. Door de ziektekostenverzekeraar zijn evenwel twee machtigingen verleend voor een periode van zes maanden.
- 9.3. Daarnaast bestaat op grond van de zorgverzekering aanspraak op fysiotherapie indien sprake is van progressieve scoliose (Bijlage 1, lid 1, onderdeel b, subonderdeel 2 Bzv). Hiervan is echter niet gebleken.

Conclusie

9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 augustus 2011,

Voorzitter