

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, fysiotherapie, chronische lijst, beëindiging
machtiging, overgangsregeling, syndroom van Verbiest
Zaaknummer : 2012.02040
Zittingsdatum : 15 mei 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.6 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

De heer 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 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 Plus afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo 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 chronische fysiotherapie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 maart 2012 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 22 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten aan verzoeker eenmalig en op basis van coulance een machtiging voor fysiotherapie gedurende zes maanden af te geven.
- 3.4. Bij brief van 30 januari 2013 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 8 maart 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 maart 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 maart 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 14 maart 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 5 april 2013 (zaaknummer 2013038939) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat het syndroom van Verbiest is aan te merken als een aangeboren afwijking van het bewegingsapparaat. Hierdoor heeft verzoeker een indicatie voor langdurige fysiotherapie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 10 april 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Voorafgaand aan de geplande hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bij e-mailbericht van 22 april 2013 medegedeeld alsnog een machtiging voor fysiotherapie te verlenen voor de periode van 1 januari 2012 tot en met 31 december 2013 en het betaalde entreegeld aan verzoeker te vergoeden. Een afschrift van bedoeld e-mailbericht heeft de commissie aan verzoeker gezonden, waarop deze bij e-mailbericht van 24 april 2013 heeft gereageerd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker lijdt al jaren aan het syndroom van Verbiest. Dit aangeboren syndroom wordt op de chronische lijst fysiotherapie geplaatst onder nummer 3912, zijnde een chronische ruggenmergkanaalaandoening. Het syndroom van Verbiest veroorzaakt bij verzoeker chronische rugpijn met uitstraling naar de benen. Ter behandeling van deze klachten kreeg verzoeker de afgelopen twaalf jaar pijnbestrijding en fysiotherapie. Tot en met 2011 zijn de kosten van de fysiotherapie door de ziektekostenverzekeraar vergoed, maar voor 2012 heeft deze anders besloten.
- 4.2. Naar aanleiding van het e-mailbericht van 22 april 2013 stelt verzoeker in zijn reactie van 24 april daaropvolgend dat hij verheugd is te vernemen dat de ziektekostenverzekeraar alsnog overgaat tot het verlenen van een machtiging ter zake van de fysiotherapie. Hiermee is de kwestie wat hem betreft opgelost.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoeker ondergaat fysiotherapiebehandelingen aangezien hij lijdt aan het syndroom van Verbiest. Deze aandoening valt onder artikel 1.a.10 van Bijlage 1 Bzv en geeft recht op vergoeding gedurende een periode van drie maanden als sprake is van motorische uitval. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft op basis van de verwijzing van de behandelend arts vastgesteld dat bij verzoeker geen sprake is van parese of motorische uitval. Toch zijn de kosten van de behandelingen fysiotherapie de laatste jaren steeds vergoed vanuit de zorgverzekering. Hiertoe is besloten omdat verzoeker in 2009 in bezit was van een machtiging voor fysiotherapie en vanaf dat jaar de administratie van alle verzekerden is overgezet naar een ander computersysteem. Bij het overzetten van de machtigingen heeft de ziektekostenverzekeraar voor verzoeker ten onrechte een machtiging ingevoerd met een looptijd van

drie jaar. Aangezien deze termijn eind 2011 afliep en verzoeker geen recht meer had op vergoeding, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de machtiging niet te verlengen voor 2012. Zodoende heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor chronische fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering afgewezen.

5.2. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar besloten verzoeker uit coulance alsnog een goedkeuring te geven voor zes maanden. Tevens kan verzoeker aanspraak maken op vergoeding ten laste van de door hem afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering.

5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 22 april 2013 medegedeeld alsnog een machtiging voor fysiotherapie af te geven voor de periode van 1 januari 2012 tot en met 31 december 2013. Bovendien zal het betaalde entreegeld aan verzoeker worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar vertrouwt erop dat de kwestie hiermee is opgelost.

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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanvraag in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Beoordeling van het geschil

8.1. Partijen hebben overeenstemming bereikt over het feit dat de ziektekostenverzekeraar op basis van de gestelde indicatie een machtiging afgeeft voor de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie in de periode van 1 januari 2012 tot en met 31 december 2013. Daarnaast zal het betaalde entreegeld van € 37,-- aan verzoeker worden vergoed. Verzoeker heeft verklaard dat het geschil hiermee is opgelost.

9. Het bindend advies

9.1. De commissie stelt vast hetgeen is omschreven onder 8.1.

Zeist, 15 mei 2013,

Voorzitter