

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : fysiotherapie
Zaaknummer : 2010.00342
Zittingsdatum : 25 augustus 2010

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 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.6 en bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissingen van de ziektekostenverzekeraar de kosten van rechtstreeks bij hem gedeclareerde behandelingen fysiotherapie op haar te verhalen, omdat deze niet voor vergoeding in aanmerking komen. Het betreffen de beslissingen van:

- 13 oktober 2009, voor de kosten van vijf behandelingen fysiotherapie in september 2009 (hierna: aanspraak i);
- 28 januari 2010, voor de kosten van vijf behandelingen fysiotherapie in december 2009 (hierna: aanspraak ii).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Compactpolis en Tand Compact afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 13 oktober 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld de kosten van in totaal vijf behandelingen fysiotherapie die hebben plaatsgevonden op respectievelijk 17, 21, 22, 23 en 25 september 2009, en die hij rechtstreeks aan de fysiotherapeut heeft betaald terwijl deze niet voor vergoeding in aanmerking kwamen, van verzoekster te vorderen. Bij brief van 28 januari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar een soortgelijke mededeling gedaan ten aanzien van behandelingen die hebben plaatsgevonden op respectievelijk 4, 9, 11, 14 en 17 december 2009.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 29 oktober 2009 en 8 april 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven. Hierna is over en weer nog

enkele keren gecorrespondeerd.

- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 29 april 2010 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 juni 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 juli 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 juli 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 augustus 2010 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 2 juli 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 3 augustus 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010086361) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten verrichten, aangezien niet is gebleken of verzoekster conservatief of operatief is behandeld voor haar fracturen. Dit is van belang voor de duur van de aanspraak op fysiotherapie. Het CVZ stelt verder vast dat bij iedere indicatie opnieuw de eerste negen behandelingen fysiotherapie zijn uitgesloten van vergoeding. Een afschrift van het CVZ-advies is op 5 augustus 2010 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 25 augustus 2010 in persoon gehoord. Zij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 27 augustus 2010 heeft de commissie navraag gedaan naar de indicaties, behorende bij de behandelingen fysiotherapie in december 2010. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 augustus 2010 medegedeeld dat de behandelingen fysiotherapie in december 2009 zagen op behandeling van het bekken, hetgeen door de overgelegde declaraties van de fysiotherapeut wordt ondersteund.
- 3.12. Bij brief van 3 september 2010 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 21 september 2010 aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Een afschrift van het definitieve CVZ-advies is op 28 september 2010 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 29 september 2010 op het CVZ-

advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat bij haar de diagnose osteoporose is gesteld, nadat zij op 28 augustus 2009 haar elleboog had gebroken bij een ongeval. Sindsdien gebruikt zij toegespitste medicatie en probeert zij onder deskundige begeleiding met oefeningen en beweging de aandoening te stabiliseren. Zij vermoedt dat de fysiotherapeut de verkeerde code heeft gedeclareerd.
Op de Lijst Borst voor fysio- en oefentherapeutische behandelingen van de ziektekostenverzekeraar staat onder code 24 vermeld dat bij de diagnose osteoporose de beoordeling 'chronisch' hoort en dat de tijdslimiet 'onbeperkt' is. Dit laatste betekent dat de wetgever de aandoening als chronisch beschouwt.
Desondanks heeft verzoekster, nadat zij eind november 2009 als gevolg van osteoporose problemen kreeg met haar heup, opnieuw een nota ontvangen van de ziektekostenverzekeraar voor negen behandelingen fysiotherapie. Dit ondanks het feit dat de ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat verzoekster een chronische indicatie heeft.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij in december 2009 geen fysiotherapie heeft ontvangen voor het scheurtje in haar heup. Eerst na de heupfractuur in januari 2010 en de behandeling daarvan, heeft verzoekster fysiotherapie voor haar heup gekregen.
- 4.3. 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, op grond van de zorgverzekering, bij een fractuur aanspraak bestaat op vergoeding van fysiotherapie vanaf de tiende behandeling, gedurende maximaal twaalf maanden. Dit betekent echter niet dat gedurende deze twaalf maanden iedere (volgende) botbreuk onder dezelfde indicatie valt.
De behandelingen fysiotherapie van 14 en 25 augustus 2009 zijn gedeclareerd met de diagnosecode 3422 (wervelkolom) en zien op een niet chronische indicatie. De behandelingen over de periode van 11 september tot en met 25 november 2009 zijn gedeclareerd met diagnosecode 5036 (fractuur elleboog). De behandelingen vanaf 4 december 2009 zijn gedeclareerd met diagnosecode 6236 (fractuur bekken). Er is dus sprake van drie verschillende indicaties. Voor elke chronische indicatie, die op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt, geldt echter dat de eerste negen behandelingen voor eigen rekening blijven.
- 5.2. Op grond van de zorgverzekering wordt de indicatie osteoporose aangemerkt als zogenoemde 'chronische indicatie'. Behandelingen die onder deze indicatie worden gegeven richten zich op preventie, bewegen, valpreventie en dergelijke. Een gevolg van osteoporose is het oplopen van diverse botfracturen. De behandeling door de fysiotherapeut van deze fracturen maakt geen deel uit van de behandeling van het ziektebeeld osteoporose.
- 5.3. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op maximaal zes behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar.

De fysiotherapeut declareert de kosten van de behandelingen rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar en deze vergoedt alle kosten aan de fysiotherapeut. Voor het deel van de kosten dat niet wordt vergoed uit de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering ontvangt de verzekerde een nota van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit geval twee behandelingen fysiotherapie in augustus en vier in september 2009 vergoed op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hiermee zijn alle behandelingen die op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering in 2009 voor vergoeding in aanmerking komen vergoed.

- 5.4. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar de nota's overgelegd waaruit blijkt dat door de fysiotherapeut in december 2009 vijf behandelingen fysiotherapie zijn gedeclareerd onder diagnosecode 6236, behandeling van het bekken.
De ziektekostenverzekeraar stelt dat de declaraties voor hem leidend zijn.

- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is 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 onderhavige veertien behandelingen fysiotherapie 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 1 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 12 onder b van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie voor verzekerden vanaf 18 jaar met een chronische aandoening bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving: medisch noodzakelijke fysiotherapie, kinderfysiotherapie, manuele therapie, bekkenbodentherapie, oedeemtherapie (oedeemtherapie kan ook geleverd worden door een huidtherapeut).

Zorgverlening: fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut of oedeemtherapeut.

Prestatie: chronische aandoening conform bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden voor de medisch noodzakelijke behandelingen vanaf de 10e behandeling (voorzover de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven termijn niet is overschreden).

(...)”

- 8.3. Artikel 12 van de zorgverzekering is volgens artikel 4 van de algemene voorwaarden 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 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.
- 8.6. In artikel 8 onder b van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op fysiotherapie voor verzekerden vanaf 18 jaar opgenomen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving: medisch noodzakelijke fysiotherapie, kinderfysiotherapie, manuele therapie, bekkenbodetherapie, oedeemtherapie (oedeemtherapie kan ook geleverd worden door een huidtherapeut) voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Zorgverlening: (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut of oedeemtherapeut.

Vergoeding: • maximaal 6 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

– door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgverlener: vergoeding per behandeling 100%.

– door niet-gecontracteerde zorgverlener: vergoeding per behandeling 80% van het door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde tarief.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Fysiotherapie kan ten laste van de zorgverzekering worden gebracht als sprake is van een indicatie die voorkomt in Bijlage 1 Bzv. De ziektekostenverzekeraar heeft deze lijst met indicaties opgenomen in zijn Lijst Borst voor fysio- en oefentherapeutische behandelingen. Een indicatie voor onbeperkte fysiotherapie bij osteoporose doet zich alleen voor indien tevens sprake is van een wervelfractuur. Hiervan is in de situatie van verzoekster geen sprake.
- 9.2. Anders dan verzoekster stelt is overigens niet het ziektebeeld osteoporose het uitgangspunt bij het vaststellen van de aanspraak op behandelingen fysiotherapie. Voor deze aanspraak moet worden gekeken naar de door de fysiotherapeut vastgestelde – in casu verschillende – indicaties. Deze zijn aangeduid met onderscheiden diagnoses, te weten 3422 voor de twee behandelingen in augustus 2009, 5036 voor de negen behandelingen in september 2009, en 6236 voor de vijf behandelingen in december 2009.
- 9.3. Nu blijkt de informatie van de fysiotherapeut sprake is van drie verschillende indicaties voor fysiotherapie, heeft de ziektekostenverzekeraar terecht de (eerste) twee

behandelingen fysiotherapie in augustus 2009 in verband met diagnosecode 3422, de (eerste) negen behandelingen fysiotherapie in verband met diagnosecode 5036, en de (eerste) vijf behandelingen vanwege diagnosecode 6236, op grond van het bepaalde in artikel 12 onder b van de zorgverzekering niet vergoed.

- 9.4. Verzoekster heeft een restitutiepolis en is daarmee zelf verantwoordelijk voor de inkoop van zorg. Voor zover de fysiotherapeut abusievelijk een verkeerde diagnosecode heeft gebruikt – waarvan in de procedure niet is gebleken – ligt het derhalve op de weg van verzoekster de fysiotherapeut hierop aan te spreken.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Anders dan de zorgverzekering, waar de machtiging voor behandelingen fysiotherapie een bepaalde geldigheidsduur heeft vanaf de datum van de aanvraag, en waarvan de geldigheid dus twee kalenderjaren kan beslaan, voorziet de aanvullende verzekering in een vergoeding van maximaal zes behandelingen per kalenderjaar. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat hij twee behandelingen fysiotherapie heeft vergoed over de maand augustus 2009 en vier behandelingen over september 2009. In totaal zijn in 2009 dus conform artikel 8 onder b van de aanvullende ziektekostenverzekering zes behandelingen fysiotherapie vergoed. Deze stelling is door verzoekster niet dan wel onvoldoende weersproken en om die reden neemt de commissie een en ander als vaststaand aan. Dat verzoekster drie verschillende indicaties had voor voornoemde behandelingen is in dit verband niet van belang.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 oktober 2010,

Voorzitter