

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, fysiotherapie
Zaaknummer : 2011.00598
Zittingsdatum : 28 september 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11 Zvw, 2.6 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 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 aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Gemeentepolis (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] Aanvullend Classic 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 bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van behandelingen fysiotherapie vanaf het jaar 2011 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 maart 2011 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 24 maart 2011, waarvan de inhoud een schriftelijke bevestiging is van een telefoongesprek met verzoeker, 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 verzoeker voor het jaar 2011 26 behandelingen fysiotherapie coulancehalve te vergoeden. Overigens heeft de bemiddeling niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 13 juni 2011 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 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 augustus 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 augustus 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 augustus 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 september 2011 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 16 augustus 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 6 september 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011086730) 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 indicatie die voorkomt op Bijlage 1 Bzv, zodat verzoeker geen aanspraak heeft op chronische fysiotherapie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 7 september 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 september 2011 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 30 september 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. Bij brief van 28 oktober 2011 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Het CVZ adviseert de commissie het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen, op de grond dat de indicatie 'chronische artritiden' niet van toepassing is omdat artrose niet hetzelfde is als artritiden. Of de indicatie 'conservatieve behandeling fractuur' van toepassing is, blijkt niet uit het dossier. Als het om een conservatieve behandeling zou gaan, dan is de behandelduur gelimiteerd tot zes maanden.
- 3.11. Een afschrift van het definitieve CVZ-advies is op 31 oktober 2011 aan verzoeker gezonden. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld hier binnen zeven dagen op te reageren. Verzoeker heeft op 11 november 2011 gereageerd op het definitieve CVZ-advies. Een afschrift van deze reactie is op 14 november 2011 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend fysiotherapeut heeft bij verzoeker het volgende vastgesteld: "(...) *gecompliceerde tibia breuk (1986) (...) sterk gedeformeerd bovenste spronggewricht (forse artrose)*".
- 4.2. De behandelend orthopaedisch chirurg heeft eind 1995 bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "*Ernstige arthrosis deformans van het bovenste spronggewricht links*".

- 4.3. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar al ruim 22 jaar zijn behandelingen fysiotherapie vergoedt. Dit is bekrachtigd in een uitspraak van de Centrale Raad van Beroep (CRvB) van 22 februari 1996. Verzoeker stelt in 1986 een ongeval te hebben gehad, waardoor een linkerenkelfractuur is ontstaan. Als gevolg hiervan is sprake van arthrosis deformans. Zijn huidige situatie is niet gewijzigd ten opzichte van 1996. Verzoeker stelt onderhoudstherapie nodig te hebben om goed te kunnen blijven functioneren. Er is sprake van een chronische indicatie, en de ziektekostenverzekeraar dient 26 behandelingen fysiotherapie per jaar te vergoeden. Het accepteren van de coulancehalve vergoeding voor 2011 (de overgangsregeling) zou geen recht doen aan de uitspraak van de CRvB. Tot slot stelt verzoeker dat sprake is van zinvolle behandelingen die een medisch doel dienen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar hem in 2007 heeft medegedeeld dat de aandoening aan zijn enkel als chronisch werd aangemerkt, en dit 26 behandelingen fysiotherapie per jaar rechtvaardigde. In 2009 is hem een machtiging verleend tot 1 januari 2011. Verzoeker stelt dat in 2011 problemen zijn ontstaan met het declareren van de behandelingen fysiotherapie. Voorts stelt verzoeker dat Bijlage 1 Bzv ruimte biedt, namelijk de indicaties 'conservatieve behandeling van een fractuur' en 'chronische artritiden'. In het CVZ-advies staat dat de behandelingen wekelijks plaatsvinden, maar dit moet zijn tweewekelijks. Tot slot stelt verzoeker het vreemd te vinden dat 26 behandelingen ten laste van de Bedrijfszorg van de ziektekostenverzekeraar komen.
- 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. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker met ingang van 1 januari 2006 geen recht heeft op vergoeding van behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering, gezien zijn medische indicaties. Toch zijn er machtigingen verleend voor de voorgaande jaren. Deze berusten op foutieve beoordelingen, waarvoor de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aanbiedt. De ziektekostenverzekeraar zal bij wijze van overgangsmaatregel coulancehalve 26 behandelingen fysiotherapie in 2011 vergoeden. Met ingang van 1 januari 2012 heeft verzoeker geen recht op vergoeding van behandelingen fysiotherapie, aangezien geen sprake is van een indicatie als genoemd in Bijlage 1 Bzv.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de situatie is veranderd sinds 2006. De beoordeling vindt plaats aan de hand van Bijlage 1 Bzv. De aandoening van verzoeker komt hier niet op voor. Verzoeker krijgt nu 14 behandelingen fysiotherapie per jaar vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De overige 9 behandelingen zouden ten laste van het pakket Bedrijfszorg kunnen komen. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat fysiotherapie bij de behandeling van een fractuur is beperkt tot 6 maanden. In het geval van verzoeker is geen sprake van chronische artritiden.
- 5.3. 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 is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, 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 in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 35 van de zorgverzekering. Artikel 24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/ Mensendieck bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel als volgt:

“Artikel 24. Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Omschrijving

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 dertiende behandeling recht op vergoeding van de kosten van behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. Deze aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van VWS. 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 twaalf 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.*

(...)

Door

Fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut, heilgymnastmasseur, oefentherapeut Cesar/ Mensendieck, kinderfysiotherapeut, kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck, manueel therapeut, oedeemtherapeut of bekkenfysiotherapeut. Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

(...)

Verwijsbrief

U hebt alleen een verwijfsbrief nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

Toestemming

U hebt alleen voorafgaande toestemming nodig als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

(...)

U vindt de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) op onze website. U kunt deze lijst ook telefonisch bij ons opvragen. Kijk voorin deze voorwaarden welk telefoonnummer u kunt bellen. Om het voor u overzichtelijk te maken, volgt hieronder een schema waarin u kunt terugvinden op hoeveel zorg u recht hebt:

18 jaar en ouder

(...)

Uw aandoening staat op de Lijst met aandoeningen

vanaf 13e behandeling

LET OP: voor sommige aandoeningen is het aantal behandelingen beperkt

Uw aandoening staat niet op de Lijst met aandoeningen"

geen vergoeding

- 8.3. Artikel 24 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 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 Bzv en verder uitgewerkt in 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. Artikel 16 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt fysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel als volgt:

"Artikel 16 Fysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Door

- fysiotherapeut bij individuele fysiotherapie, psychosomatische fysiotherapie en fysiotherapie in groepsverband;*

(...)

- manueel therapeut bij manuele therapie;*

(...)

- oefentherapeut bij individuele oefentherapie (Cesar/Mensendieck) en oefentherapie in groepsverband.

Vergoeding

De maximale vergoeding per zitting is afhankelijk van de soort therapie en geldt per indicatie per kalenderjaar. De maximale bedragen per soort staan in de tabel 'Maximum per zitting' weergegeven.

<i>Vergoeding</i>	<i>[naam ziektekostenverzekeraar] Classic</i>
-------------------	---

<i>Indicaties zoals vermeld in bijlage 1 van het besluit zorgverzekering</i>	<i>100% van de kosten voor de eerste 12 zittingen per indicatie</i>
--	---

<i>Overige medische indicaties (...)</i>	<i>Maximaal 14 zittingen per indicatie</i>
--	--

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker heeft, op grond van artikel 24 van de zorgverzekering, aanspraak op vergoeding van behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering – met uitzondering van de eerste twaalf behandelingen – indien zijn aandoening voorkomt op Bijlage 1 Bzv.
- 9.2. Bij verzoeker is sprake van ernstige arthrosis deformans van het bovenste spronggewricht links. Van conservatieve behandeling van een fractuur dan wel chronische artritiden is geen sprake, zodat geen van deze indicaties die voorkomen op Bijlage 1 Bzv van toepassing zijn. Derhalve bestaat geen aanspraak op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.
- 9.3. Verzoeker beroept zich op het feit dat, niet tegenstaande het voorgaande, de behandelingen fysiotherapie gedurende een reeks van jaren door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed, en dat een en ander ook onderwerp is geweest van een gerechtelijke procedure, waarbij verzoeker in het gelijk is gesteld.
- 9.4. Deze argumenten kunnen verzoeker niet baten. Het criterium op basis waarvan verzoeker in 1996 in het gelijk is gesteld, is met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet in 2006 gewijzigd. Voorts kunnen bij de beoordeling van een aanvraag fouten worden gemaakt, waardoor in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden ten onrechte vergoedingen worden verleend. In voorkomend geval dient de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid te hebben tot correctie over te gaan. Met name in de situatie waarin gedurende een reeks van jaren kosten zijn vergoed, zal daarbij een overgangsregeling zijn aangewezen. Met het aanbod voor het jaar 2011 nog 26 behandelingen fysiotherapie te vergoeden, heeft de ziektekostenverzekeraar naar het oordeel van de commissie een redelijke overgangsmaatregel getroffen. Dit geldt te meer nu ter zitting is gewezen op een alternatief in de vorm van Bedrijfszorg, en dat verzoeker langs die weg de overige 12 behandelingen per jaar vergoed kan krijgen. Vanaf 2012 kan verzoeker geen aanspraak meer maken op vergoeding van behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Zodoende zal verzoeker ook na 2011 geen nadeel ondervinden. Hierbij tekent de commissie aan dat aanspraak be-

staat op fysiotherapie en niet op behandelingen door een specifieke fysiotherapeut.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker ingevolge de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft op vergoeding van maximaal 14 zittingen (behandelingen fysiotherapie) per jaar, waarbij, afhankelijk van de soort therapie, maximumtarieven voor de vergoeding per zitting gelden.

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, 23 november 2011,

Voorzitter