

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, fysiotherapie
Zaaknummer : 2011.01973
Zittingsdatum : 4 april 2012

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde verzekeringen is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op behandelingen fysiotherapie (hierna: de aanspraak).
- 3.2. Op 29 januari 2008 heeft de zorgverzekeraar een machtiging afgegeven voor behandelingen fysiotherapie op basis van de indicatie osteoporose.
- 3.3. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar verzocht om verlenging van deze machtiging. Met dit verzoek heeft de zorgverzekeraar niet ingestemd.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. In dit kader heeft de zorgverzekeraar medegedeeld dat voornoemde machtiging onterecht is afgegeven, en dat de verdere behandelingen fysiotherapie niet voor vergoeding in aanmerking komen. De bemiddeling heeft er evenwel toe geleid dat de zorgverzekeraar heeft besloten, bij wijze van overgangsmaatregel, coulancehalve de behandelingen fysiotherapie tot en met 31 december 2010 te vergoeden.
- 3.5. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar bij brief van 28 november 2010 medegedeeld niet akkoord te gaan met deze overgangsmaatregel. Bij brieven van 9 december 2010 en 13 oktober 2011 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.6. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien wederom bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

- 3.7. Bij brief van 17 december 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de behandelingen fysiotherapie volledig te vergoeden vanaf 1 januari 2011, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.8. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.
- 3.9. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 februari 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 februari 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 februari 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 27 maart 2012 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.11. Bij brief van 24 februari 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 12 maart 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012025405) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoeker geen sprake lijkt te zijn geweest van een wervelfractuur ten gevolge van osteoporose, hetgeen een indicatie conform de chronische lijst fysiotherapie is. Voorts blijkt uit het dossier niet dat hartrevalidatie heeft plaatsgevonden, hetgeen postoperatief is geïndiceerd voor mensen die een hartklepoperatie hebben ondergaan. Er is geen medische informatie of een individueel behandelplan aanwezig.
Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 14 maart aan partijen gezonden.
- 3.12. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 4 april 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.13. Bij brief van 5 april 2012 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 24 april 2012 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 verzoeker

- 4.1. De behandelend arts-assistent heelkunde heeft op 8 juni 2010 bij verzoeker het volgende vastgesteld: "(...) *Het pijnpatroon is ongeveer gelijkwaardig gebleven. Er is zeker geen toename van de klachten. Wel voelt patiënt toenemende stijfheid. Het pijnpatroon is nog steeds eerder terug te vinden bij neurogeenlijden vanuit de rug of gewrichtsklachten t.h.v. de heupen en de knieën (...) Bilateraal monofasische signalen t.h.v. de onderbenen (...)*".

- 4.2. De behandelend radioloog heeft in september 2010 naar aanleiding van een botdichtheidmeting bij verzoeker vastgesteld dat sprake is van osteoporose.
- 4.3. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar tot en met het jaar 2010 behandelingen fysiotherapie heeft vergoed op basis van een chronische indicatie die voorkomt op Bijlage 1 Bzv. Voor het jaar 2011 is zijn verzoek tot het (wederom) afgeven van een machtiging voor fysiotherapie door de zorgverzekeraar afgewezen. De zorgverzekeraar heeft verzoeker echter nooit medisch onderzocht, en heeft zich derhalve op afstand een oordeel gevormd over hem. Deze gang van zaken valt hem tegen van de zorgverzekeraar. Verzoeker voert aan dat hij osteoporose heeft. Op 23 mei 2011 heeft hij een hartklepoperatie ondergaan. Hij wordt ouder, en zijn gezondheid gaat achteruit. Zijn behandelend artsen van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA) hebben verklaard dat behandelingen fysiotherapie en massagebehandelingen noodzakelijk zijn. Voorts brengt verzoeker in dat hij last heeft van een stijve nek en pijnlijke heupen, en dat hij maar honderd meter kan lopen. De wervelbreuk moet los worden gezien van osteoporose. Tot slot stelt verzoeker dat de zorgverzekeraar hem in 2008 excuses heeft aangeboden. Er was namelijk wel degelijk sprake van een chronische aandoening. Één jaar later bleek dit een fout te zijn.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij in juni 2011 is geopereerd aan de kransslagader. Als gevolg hiervan heeft hij tachtig percent minder energie en heeft hij minder lucht. Bovendien heeft hij een whiplash. Men wil misschien een morfinepomp bij hem plaatsen. Van de WMO ontvangt hij huishoudelijke zorg. Ook heeft hij een invalidenparkeerkaart. Men erkent daarmee zijn conditie. Verzoeker stelt problemen te hebben met vervoer. Vroeger reed een vriend van hem, maar die is nu overleden. Voorts brengt verzoeker in dat uit de overgelegde stukken blijkt dat sprake is van artrose en osteoporose. Er was ook sprake van een whiplash. Op de lijst is tevens de indicatie “conservatieve wervelfracturen” genoemd, en hiervan is bij hem sprake.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. In 2008 is ten onrechte een machtiging verleend voor behandelingen fysiotherapie op basis van een chronische indicatie. Aangezien verzoeker niet de dupe diende te worden van deze fout, is tot een overgangsmaatregel besloten. Deze hield in dat de behandelingen fysiotherapie tot en met 31 december 2010 zouden worden vergoed. Zulks is ook geschied. De behandelingen fysiotherapie komen vanaf 1 januari 2011 niet meer voor vergoeding in aanmerking, aangezien osteoporose niet als indicatie voorkomt op Bijlage 1 Bzv. Een wervelfractuur als gevolg van osteoporose is een indicatie die wél voorkomt op Bijlage 1 Bzv. Door verzoeker is gesteld dat status na een hartklepoperatie ook een indicatie is die voorkomt op Bijlage 1 Bzv. Dit is correct. De behandelend arts van verzoeker heeft echter nooit een aanvraag voor fysiotherapie ingediend met deze indicatie. Verzoekers aanspraak op grond van de indicatie status na een hartklepoperatie kan om die reden niet worden beoordeeld. De zorgverzekeraar dient hiertoe een nieuwe verwijzing te ontvangen van de behandelend arts.

5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat sprake is geweest van een operatie, maar er is geen indicatie voor fysiotherapie vanuit de zorgverzekering. Op grond van de door verzoeker genoemde indicaties bestaat geen aanspraak op chronische fysiotherapie. Na de operatie in 2011 is geen aanvraag voor chronische fysiotherapie gedaan.

5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar is gehouden de behandelingen fysiotherapie vanaf 1 januari 2011 te vergoeden, 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. 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 onder meer fysiotherapie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

*U hebt recht op zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.
(...)*

18 jaar en ouder:

(...)

- u hebt vanaf de dertiende behandeling recht op 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.

(...)

Door

Fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut, heilgymnast-masseur, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kinderfysiotherapeut, kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck, manueel therapeut, oedeemtherapeut of bekkenfysiotherapeut.

(...)

Verwijsbrief

U hebt alleen een verwijsbrief 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).

(...)”

- 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 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. Paramedische zorg, waaronder fysiotherapie, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv. In deze bepaling wordt voor een overzicht van de aandoeningen die recht geven op behandeling ten laste van de zorgverzekering verwezen naar Bijlage 1 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. De zorgverzekeraar heeft in 2008 een machtiging afgegeven voor behandelingen fysiotherapie op basis van de veronderstelling dat in het geval van verzoeker sprake was van een indicatie die voorkomt op Bijlage 1 Bzv. Nadien bleek dit echter ten onrechte te zijn geschied. Osteoporose vormt namelijk op zich geen (verzekerings)indicatie in dit verband. Anders is dit indien het betreft een wervelfractuur als gevolg van osteoporose. De zorgverzekeraar heeft hierop de behandelingen fysiotherapie tot en met 31 december 2010 coulancehalve volledig vergoed. De commissie is van oordeel dat deze overgangsmaatregel redelijk is.
- 9.2. Verzoeker heeft voor het jaar 2011 geen nieuwe aanvraag ingediend voor behandelingen fysiotherapie. Zodoende kon door de zorgverzekeraar niet worden beoordeeld of wellicht sprake was van een – nieuwe – indicatie die wel voorkomt op Bijlage 1 Bzv. De zorgverzekeraar heeft zich hier in zijn brief van 13 oktober 2011 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen dan ook terecht op beroepen.
- 9.3. Gelet op het voorgaande heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat hij aanspraak heeft op behandelingen fysiotherapie vanaf 1 januari 2011. De vraag of verzoeker wellicht aanspraak heeft op verdere behandelingen fysiotherapie vanwege een nieuwe indicatie laat de commissie onbeantwoord, nu door hem hiertoe geen aanvraag is gedaan en derhalve nog geen (afwijzende) beslissing is gevolgd waar verzoeker, na heroverweging, tegen kan opkomen.

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, 9 mei 2012,

Voorzitter