

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B tegen C te D  
Zaak : Geneeskundige zorg, paramedische zorg, fysiotherapie,  
hemilumbalisatie  
Zaaknummer : 2011.01422  
Zittingsdatum : 18 april 2012

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 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.6 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

---

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Samen Polis (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 Extra Zorg Polis Goed en het Tand Goed Pakket afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op behandelingen fysiotherapie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 maart 2011 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 e-mail van 22 augustus 2011 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 31 december 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 februari 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 februari 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 9 respectievelijk 30 maart 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 29 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 30 maart 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012026912) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen (verzekerings)indicatie heeft voor chronische fysiotherapie.  
Een afschrift van het CVZ-advies is op 2 april 2012 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 5 april 2012 op het advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend revalidatiearts heeft ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *“Chron. lage rugklachten bij röntgenologisch vastgestelde ernstige discopathie nivo L5-S1 + (aangeboren) hemilumbalisatie S1. Voorgeschiedenis o.a. DMII + hypertensie. Na revalidatiedagbehandeling in 2009 fysiotherapie traject gestart (onderhoud; chron. indicatie) gericht op behouden en zo mogelijk opbouwen alg./lokale conditie, belastbaarheid, spierkracht en ROM wervelkolom. Mede door resultaat interventie na revalidatieperiode geen behandelingen meer nodig gehad op pijnpolikliniek”.*
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de jaren 2009 en 2010 een vergoeding verleend voor de behandelingen fysiotherapie, op grond van een chronische indicatie. In 2011 is vergoeding afgewezen, hetgeen volgens de fysiotherapeut niet terecht is. Verzoekster heeft ook in 2011 een chronische indicatie voor fysiotherapie.
- 4.3. In reactie op het CVZ-advies heeft verzoekster verklaard dat de hemilumbalisatie vanaf haar geboorte bestaat. Dit is bevestigd door de behandelend artsen. Als kind heeft verzoekster diverse therapieën gehad, en toen zij zes of zeven jaar oud was heeft zij een gipsbed aangemeten gekregen.
- 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 indicaties hemilumbalisatie S1, discopathie L5-S1, hypertensie, bipolaire stoornis en DM II komen niet voor op Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Daarnaast is geen sprake van motorische parese die wordt veroorzaakt door de genoemde indicaties. De aandoening van verzoekster valt voorts niet onder de op de bijlage bedoelde ‘aangeboren afwijking’. Verzoekster heeft dan ook geen aanspraak op de behandelingen fysiotherapie die in dat kader worden verleend.

5.2. De reden dat in voorgaande jaren wel een vergoeding is verleend, is dat de betreffende zorgaanbieder destijds een voorkeurleverancier was, die zelf mocht beoordelen of een behandeling ten laste van de zorgverzekering kon worden gebracht. Kennelijk is deze beoordeling niet correct uitgevoerd.

5.3. De ziektekostenverzekeraar 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, 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 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 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 tot en met 35 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op paramedische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

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

- *u hebt recht op de eerste negen behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie;*
- *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. (...)*”

8.4. Artikel 24 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. 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 is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv en verder uitgewerkt in Bijlage 1 Bzv.

- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7. In artikel 10 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is geregeld dat aanspraak bestaat op beweegzorg, waaronder fysiotherapie, tot een bedrag van maximaal € 200,-- per kalenderjaar.

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Niet in geschil is dat fysiotherapie een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Enkel de vraag of verzoekster hiervoor een (verzekerings)indicatie heeft, houdt partijen verdeeld.
- 9.2. Het CVZ heeft in zijn advies van 30 maart 2012 geadviseerd tot afwijzing van het verzoek, op de grond dat bij verzoekster geen (verzekerings)indicatie aanwezig is voor chronische fysiotherapie. Niet gebleken is dat sprake is van ziekenhuisopnamen in de jaren 2009 en 2010. Verder valt hemilumbalisatie S1 niet onder de “aangeboren afwijkingen” als bedoeld op Bijlage 1 Bzv. Hierbij gaat het namelijk om afwijkingen die bij of kort na de geboorte ontdekt zijn, en dan al tot ernstige problemen leiden dan wel dit voorspelbaar op de korte termijn zullen gaan doen. Bij verzoekster is hiervan volgens het CVZ niet gebleken.  
De commissie neemt het advies van het CVZ over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor fysiotherapie tot een bedrag van maximaal € 200,-- per kalenderjaar. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

### **Overgangsregeling**

- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie medegedeeld dat in het verleden aan verzoekster ten laste van de zorgverzekering een vergoeding is verleend voor de behandelingen fysiotherapie, op basis van een beoordeling door de door hem gecontracteerde zorgaanbieder, die door deze destijds niet correct is uitgevoerd. Gesteld noch gebleken is dat de voorwaarden van de zorgverzekering op dit punt zijn gewijzigd dan wel dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster eind 2010 heeft bericht dat toekomstige behandelingen fysiotherapie niet meer ten laste van de zorgverzekering zouden worden vergoed. Dit is haar eerst met de afwijzing van 25 maart 2011 bekend geworden, nadat door haar al kosten waren gemaakt in de gerechtvaardigde veronderstelling dat deze kosten zouden worden vergoed. De commissie acht het daarom redelijk een overgangsregeling te treffen, en de ziektekostenverzekeraar te verplichten de behandelingen fysiotherapie tot en met 25 maart 2011 aan verzoekster te ver-

goeden.

### **Conclusie**

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.4. Het meer of anders gevorderde moet worden afgewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
  - 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.4. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
  - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 18 april 2012,

Voorzitter