

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Paramedische zorg, oefentherapie
Zaaknummer : ANO06.09

ANONIEM BINDEND ADVIES

ZAAK ANO06.09 (Paramedische zorg – oefentherapie)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J.Vonk)

Zvw – artt. 10, 11; Bzv – artt. 2.4, 2.6

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster, in deze vertegenwoordigd door haar echtgenoot, X

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 27 januari 2006, inzake de weigering een machtiging af te geven voor de 52 aangevraagde behandelingen oefentherapie voor het jaar 2006.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), en een aanvullende verzekering.
- 3.2. Op 31 januari 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster een machtiging afgegeven voor 14 behandelingen fysiotherapie voor het jaar 2006, ten laste van de aanvullende verzekering.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 9 maart 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 4 april 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd zich uit te spreken over de vraag of de zorgverzekeraar gehouden is een machtiging af te geven voor een wekelijkse fysiotherapeutische behandeling.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan. Daarna heeft de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 16 mei 2006, ontvangen op 17 mei 2006, zijn reactie kenbaar gemaakt. Daarbij heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt gehandhaafd.
- 3.7. Op 17 mei 2006 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.

- 3.8. Partijen zijn telefonisch gehoord op 28 juni 2006.
- 3.9. Vervolgens hebben partijen de commissie een afschrift gezonden van het aanbod voor een nieuwe verzekering van november 2005.
- 3.10. Bij brief van 13 juli 2006 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies als bedoeld in artikel 114 van de Zvw.
- 3.11. Het College voor zorgverzekeringen heeft de commissie op 25 juli 2006 zijn visie op de kwestie gegeven. Een afschrift hiervan is aan dit advies gehecht.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat zij al meerdere jaren achtereenvolgend lijdt aan pseudo- en radiculare klachten. Dankzij wekelijkse fysiotherapeutische behandelingen, waar ook vele jaren achtereen een machtiging voor werd afgegeven, is het mogelijk gebleken om mobiel te blijven.
- 4.2. In het aanbod voor de nieuwe verzekering werd aangegeven, dat via de aanvullende Classic-verzekering eenzelfde verzekeringsniveau zou worden bereikt als in de voorgaande jaren. Om zeker te zijn van het beleid rond fysiotherapie heeft de echtgenoot van verzoekster zich telefonisch laten informeren. Verzoekster stelt dat daarbij op vragen dienaangaande door de zorgverzekeraar expliciet werd aangegeven, dat de tot nu toe verkregen behandelingen per jaar ook door de nieuwe verzekering vergoed zouden worden.
- 4.3. Tijdens de hoorzitting heeft verzoekster de namen genoemd van drie medewerkers van de zorgverzekeraar bij wie de telefonische informatie is ingewonnen. Tevens heeft verzoekster tijdens de hoorzitting desgevraagd aangegeven, dat met deze medewerkers specifiek over haar situatie is gesproken.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. Per 31 december 2005 is de publiekrechtelijke ziektekostenregeling beëindigd. Er moet dan ook beoordeeld worden of betrokkene op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering en/of de door haar afgesloten aanvullende verzekering in aanmerking komt voor paramedische zorg en zo ja, in welke omvang daar aanspraak op bestaat.
- 5.2. De aanspraak op vergoeding van de kosten van paramedische zorg is opgenomen in artikel 22 van de bij de zorgverzekering behorende verzekeringsvoorwaarden. In dit artikel is bepaald dat voor verzekerden van 18 jaar en ouder aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekeringen (verder: Bzv) aangegeven aandoeningen, voorzover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat niet de eerste 9 behandelingen.
- 5.3. Blijkens de brief van de behandelend neuroloog is er bij verzoekster sprake van ernstige pseudoradiculaire klachten, alsmede radiculare klachten van de lumbale wervelkolom, die de laatste jaren een progressief karakter hebben. De klachten zijn chronisch van aard. De neurochirurg ziet geen operatie-indicatie (meer). De enige wijze om de klachten onder controle te houden is door middel van reguliere

oefentherapie.

- 5.4. Op grond van artikel 1, onder a, sub 10 van Bijlage 1 van het Bzv bestaat aanspraak op langdurige oefentherapie wanneer er sprake is van een radiculair syndroom met motorische uitval. Gelet op de beschikbare medische gegevens is er bij verzoekster geen motorische uitval, zodat er geen sprake is van een indicatie als bedoeld in Bijlage 1 van het Bzv. Evenmin is een van de andere aandoeningen die worden genoemd op Bijlage 1 van het Bzv aan de orde, zodat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de paramedische zorg ten laste van de zorgverzekering. Wel is op grond van de aanvullende verzekering een machtiging afgegeven voor 14 behandelingen.
- 5.5. Voorts is de zorgverzekeraar van mening dat voor zover bij verzoekster ten gevolge van een met één van zijn medewerkers gevoerd telefoongesprek verwachtingen zijn ontstaan, deze verwachtingen niet zijn gebaseerd op schriftelijke, ondubbelzinnige en ongeclausuleerde toezeggingen waaraan rechten kunnen worden ontleend.
6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie acht zich bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover een bindend advies uit te brengen. Daarbij beperkt de bevoegdheid van de commissie zich tot de uitvoering van de tussen partijen gesloten zorgverzekering.
7. De beoordeling van het geschil
 - 7.1. De commissie stelt vast dat ter uitvoering van de in de Zvw opgenomen verzekeringsplicht verzoekster en de zorgverzekeraar een verzekeringsovereenkomst, als bedoeld in artikel 7:925 BW, hebben gesloten. Deze verzekeringsovereenkomst is op 1 januari 2006 ingegaan. Een zorgverzekering in de zin van artikel 1, onder d, van de Zvw dient te voldoen aan het bepaalde bij of krachtens de Zvw.
 - 7.2. Verder is uit de stukken gebleken dat op 21 december 2005 bij de zorgverzekeraar een aanvraag is ingediend voor een machtiging voor 52 behandelingen oefentherapie voor het jaar 2006. De vraag of verzoekster thans (2006) aanspraak kan maken op vergoeding van deze behandelingen moet worden beantwoord aan de hand van de afgesloten zorgverzekering
 - 7.3. De aanspraak op oefentherapie is opgenomen in artikel 22 van de geldende verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering. Onderdeel 22.2 van het hiervoor genoemde artikel bepaalt dat voor verzekerden van 18 jaar en ouder aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in Bijlage 1 van het Bzv aangegeven aandoeningen, voorzover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat niet de eerste 9 behandelingen.
 - 7.4. De commissie is van oordeel dat artikel 22 van de verzekeringsvoorwaarden strookt met de van toepassing zijnde wet- en regelgeving – met name de artikelen 2.4, eerste lid, en 2.6, eerste en tweede lid, van het Bzv, welke zien op (de omvang van de) paramedische zorg – zodat genoemd artikel primair als toetsingskader voor de beoordeling heeft te gelden.
 - 7.5. Verder is de commissie van oordeel dat de woordkeuze in de aanvraag met betrekking tot de beschrijving van de klachten leidend is voor de beoordeling van de vraag of er in deze aanspraak bestaat op vergoeding van de

oefentherapiebehandelingen

- 7.6. In de aanvraag van 21 december 2005 wordt verwezen naar een medische verklaring van de behandelend neuroloog. Uit deze medische verklaring maakt de commissie op dat er bij verzoekster sprake is van ernstige pseudoradiculaire klachten, alsmede radiculaire klachten van de lumbale wervelkolom. Zoals gezegd, wordt voor de aanspraak op vergoeding van oefentherapie in artikel 22 van de verzekeringsvoorwaarden verwezen naar Bijlage 1 van het Bzv. Hierin is onder 1, onderdeel a, subonderdeel 10, opgenomen: “radiculair syndroom met motorische uitval”. Op grond van het bepaalde onder 2 van Bijlage 1 van het Bzv bedraagt de duur van de behandeling in een dergelijk geval maximaal 3 maanden.
- 7.7. De commissie is uit de medische verklaring bij de aanvraag niet gebleken dat de aandoening van verzoekster gepaard gaat met motorische uitval als gevolg van een radiculair syndroom. Ook overigens is dat gesteld, noch gebleken. Naar het oordeel van de commissie is in dit geval dan ook geen sprake van de situatie waar in Bijlage 1, onder 1, onderdeel a, subonderdeel 10, van het Bzv op wordt gedoeld. Zou deze situatie overigens wél aan de orde zijn – hetgeen nadrukkelijk niet het geval is – dan was de maximale behandelingstermijn van drie maanden intussen ruimschoots verstreken.
- 7.8. Verder volgt zowel uit artikel 1, onder d, van de Zvw, als uit artikel 1, lid 62 van de verzekeringsvoorwaarden dat de verzekerde prestaties van een zorgverzekering het bij of krachtens de Zvw geregelde niet te boven mag gaan. Dit gezien in combinatie met overweging 7.7 leidt naar het oordeel van de commissie tot de conclusie dat de oefentherapiebehandelingen van de aandoening van verzoekster niet kunnen worden aangemerkt als een verzekerde prestatie in de zin van de zorgverzekering.
- 7.9. Verzoekster heeft ook aangevoerd dat in het door de zorgverzekeraar in november 2005 gedane aanbod voor de nieuwe verzekering is aangegeven, dat met de aangeboden zorgverzekering en aanvullende verzekering eenzelfde dekking zou worden bereikt als in voorgaande jaren.
Op naar aanleiding van dat aanbod door verzoeksters echtgenoot telefonisch gestelde vragen, om zekerheid te verkrijgen over dekking van oefentherapiebehandelingen in de specifieke situatie van verzoekster, zou door medewerkers van de zorgverzekeraar desgevraagd bij herhaling expliciet zijn geantwoord dat de tot dan toe per jaar verkregen behandelingen onder de nieuwe verzekering vergoed zouden blijven worden.
De zorgverzekeraar kan dat laatste in zoverre bevestigen noch betwisten, nu - blijkens mededeling van die zijde tijdens de mondelinge behandeling – van telefonische antwoorden van medewerkers op concrete vragen over dekking krachtens de nieuwe verzekering destijds geen bandopnamen zijn gemaakt, waarbij de commissie ter voorkoming van misverstanden benadrukt dat er geen verplichting tot het maken van bandopnamen bestaat.
- 7.10. De commissie stelt evenwel vast dat in het in november 2005 gedane schriftelijk aanbod onder het opschrift “aanbod voor u” wordt gezegd dat verzekerde met de zorgverzekering en de daarbij aanvullende verzekering “op hetzelfde” niveau verzekerd blijft als toen het geval was. Zoals hierboven vastgesteld is oefentherapie geen verzekerde prestatie in de zin van de zorgverzekering per 1 januari 2006. Daarmee dringt zich wel de vraag op of niet, vanwege de hierboven weergegeven algemene strekking van het schriftelijk aanbod van zorg- en aanvullende verzekering en de indruk die daarmee redelijkerwijs bij verzoekster moet zijn gewekt, niet moet voortvloeien dat op basis van de aanvullende verzekering oefentherapeutische behandelingen tenminste over 2006 nog worden vergoed op het niveau van de

machtiging voor 2005.

De commissie kan op die vraag geen uitspraak doen, omdat het hier strikt genomen de aanvullende verzekering betreft en de commissie dienaangaande geen bevoegdheid toekomt.

7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek moet worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 augustus 2006

Voorzitter