

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Paramedische zorg, fysiotherapie
Zaaknummer	: ANO06.70
Zittingsdatum	: 22 november 2006

ANONIEM BINDEND ADVIES

Zaak ANO06.70, paramedische zorg, fysiotherapie

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

(art. 11 Zvw, 2.6 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 25 juni 2006 hem geen vergoeding te verlenen voor de eerste negen behandelingen fysiotherapie.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1 Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd basis van de Zorg Geregeld polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), hierna te noemen: de zorgverzekering.

3.2 Met uitkeringsbericht van 25 juni 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat voor hem een bedrag van € 351,00 is voldaan aan de zorgverlener, welk bedrag verband houdt met de eerste negen behandelingen fysiotherapie en door verzoeker dient te worden terugbetaald nu deze behandelingen niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen.

3.3 Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 10 augustus 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4 Bij brief van 30 augustus 2006 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar zijn vordering ad € 351,00 dient te laten vervallen.

3.5 Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.

3.6 De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 9 oktober 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

3.7 Op 12 oktober 2006 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn verzoeker en de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.

3.8 Van de mogelijkheid zich te doen horen is door partijen geen gebruik gemaakt.

- 3.9 Bij brief van 23 november 2006 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 Zvw.
- 3.10 Het College voor zorgverzekeringen heeft op 18 december 2006, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, haar advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is partijen toegezonden.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1 Verzoeker is een 92-jarige man die, na een heupoperatie, voor revalidatie – inclusief fysiotherapie -- vanuit het MCA is overgebracht naar de Magnushof te Schagen. Aansluitend heeft behandeling plaatsgevonden in de praktijk van de fysiotherapeut. Verzoeker meent dat hij verantwoord heeft gehandeld door in te stemmen met de overplaatsing vanuit het MCA. Daarmee heeft hij de kosten teruggebracht van € 3.000,00 per dag naar € 300,00 per dag. Een verdere besparing is gerealiseerd door de revalidatie thuis voort te zetten. Verzoeker benadrukt dat het hier gaat om voortzetting van de behandeling. Zowel in het MCA als in de Magnushof werd hij namelijk al door een fysiotherapeut behandeld. Hij heeft daarvoor ook geen rekening ontvangen.
- 4.2 Voorts geeft verzoeker aan dat hij de in artikel 3.5 bedoelde paramedische zorg nimmer heeft aangevraagd. De eerste negen behandelingen fysiotherapie waren al achter de rug.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar erkent dat verzoeker niet zelf een aanvraag voor behandelingen door de fysiotherapeut heeft ingediend. De aanvraag werd namelijk gedaan door de behandelaar. Vervolgens stelt de zorgverzekeraar dat de fysiotherapie die verzoeker in de Magnushof ontving geen zelfstandige verstrekking vormde, maar deel uitmaakte van de revalidatiebehandeling in deze AWBZ-instelling. Hiervoor werd een bepaalde verpleegprijs per dag betaald, inclusief alle therapieën. De aanspraak op de enkelvoudige fysiotherapie die aansluitend heeft plaatsgevonden moet worden beoordeeld op basis van artikel 3.5 van de zorgverzekering. In dit artikel is bepaald dat de eerste negen behandelingen niet voor vergoeding in aanmerking komen. Vanaf de tiende behandeling bestaat recht op vergoeding gedurende maximaal twaalf maanden, gerekend vanaf 8 mei 2006. Door verzoeker werd geen aanvullende verzekering gesloten op grond waarvan de eerste negen behandelingen worden vergoed.
- 5.2 De zorgverzekeraar stelt het op prijs dat verzekerden de kosten van zorg willen beperken. In dit geval heeft verzoeker ook een eigen belang. Door het revalidatiecentrum te verlaten vervalt namelijk ook de eigen bijdrage op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Zou hij er voor hebben gekozen langer in de Magnushof te blijven, dan was daarna nog steeds fysiotherapie noodzakelijk geweest. Ook in die situatie zouden de eerste negen behandelingen niet zijn vergoed vanuit de zorgverzekering. Ter voorkoming van rechtsongelijkheid wenst de zorgverzekeraar in incidentele gevallen niet af te wijken van de verzekeringsvoorwaarden.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de

commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

7.1 Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering. Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende

7.2 Het betreft hier een mixpolis, waarbij per verzekerde prestatie is aangegeven of de zorg bij een gecontracteerde zorgverlener of instelling dient te worden betrokken. Voor paramedische zorg geldt dat de hoogte van de vergoeding in een aantal gevallen afhankelijk is gesteld van het al dan niet gecontracteerd zijn van de zorgverlener. Waar het gaat om fysiotherapie bepaalt artikel 3.5 lid van de zorgverzekering, voor zover in dit verband van belang:

“Fysiotherapie of oefentherapie omvat vergoeding van de kosten voor:

1. zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in Bijlage 1 van het Bzv aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor verzekerden van 18 jaar en ouder niet de eerste 9 behandelingen.”

7.3 De zorgverzekering moet volgens artikel 2.2 lid 1 van de polis worden uitgelegd en toegepast conform de Zvw, het Bzv en de daarbij behorende Rzv.

7.4 In het kader van het onderhavige geschil zijn de navolgende bepalingen relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel a van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Waar het gaat om paramedische zorg is een en ander, conform artikel 11 lid 3 van de Zvw, naar aard en omvang omschreven in artikel 2.6 Bzv.

7.5 Artikel 2.6 Bzv regelt dat de zorg omvat zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in Bijlage 1 aangegeven aandoeningen. In dit artikel is voorts expliciet opgenomen dat de eerste negen behandelingen zijn uitgesloten van vergoeding.

7.6 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

7.7 De commissie stelt vervolgens vast dat partijen niet van mening verschillen over de gestelde indicatie, het vóórkomen van deze indicatie op Bijlage 1, en de maximale

periode waarbinnen aanspraak op vergoeding van kosten van behandelingen fysiotherapie bestaat. Enkel de vergoeding van de eerste negen behandelingen houdt hen verdeeld.

Met betrekking daartoe geldt dat de zorgverzekering vergoeding van deze behandelingen expliciet uitsluit.

- 7.8 De stelling van verzoeker dat reeds negen behandelingen hebben plaatsgevonden in het ziekenhuis, respectievelijk het verpleeghuis, snijdt geen hout. Artikel 3.5 regelt namelijk de – zelfstandige – aanspraak op enkelvoudige fysiotherapie en de in dat verband geldende voorwaarden. Met de enkelvoudige fysiotherapie is eerst gestart na het ontslag van verzoeker uit de Magnushof. Eerdere behandelingen door een fysiotherapeut maakten deel uit van de geneeskundige zorg, waarvan de kosten zijn vergoed op de voet van artikel 3.1 van de zorgverzekering, en van de zorg, verleend door het verpleeghuis, waarvan de kosten ten laste van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zijn gekomen.

Dat verzoeker kostenbewust is gehandeld, betekent nog niet dat daarmee door hem kosten zijn bespaard in het voordeel van de zorgverzekeraar. Het door verzoeker gestelde kan (ook) op dat punt niet tot een andere uitkomst leiden. De commissie moet het er namelijk voor houden dat ten tijde van het ontslag uit het MCA, respectievelijk de Magnushof, er geen indicatie (meer) bestond voor geneeskundige verzorging of verpleging, en dat aansluitend alleen nog enkelvoudige fysiotherapie was aangewezen. Daarnaast zouden de kosten van het – verdere – verblijf in de Magnushof niet ten laste van de zorgverzekering zijn gekomen, maar voor rekening van de AWBZ. Onder andere de financiering van beide verzekeringen verschilt en verrekening tussen beide is dan ook niet mogelijk.

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

8. Het bindend advies

- 8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 januari 2007

Voorzitter