

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

|               |                                                     |
|---------------|-----------------------------------------------------|
| Partijen      | : A te B, in deze vertegenwoordigd door C vs D te E |
| Zaak          | : Paramedische zorg, fysiotherapie                  |
| Zaaknummer    | : ANO06.63                                          |
| Zittingsdatum | : 18 oktober 2006                                   |

Zaak:ANO06.63, Paramedische zorg, fysiotherapie

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (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 verzoekster, in deze vertegenwoordigd door C,

tegen

D te E, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Namens verzoekster wordt opgekomen tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 30 maart 2006 inzake het niet verlenen van een machtiging voor de noodzakelijke fysiotherapiebehandelingen ten laste van de zorgverzekering.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1 Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd basis van de Basisverzekering restitutiepolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), hierna te noemen: de zorgverzekering. Verzoekster heeft ook een aanvullende verzekering bij de zorgverzekeraar.
- 3.2 Bij brief van 16 maart 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat zij recht heeft op 14 fysiotherapie- behandelingen ten laste van de aanvullende verzekering. Daar de aandoening niet voorkomt in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) wordt geen machtiging afgegeven voor fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.
- 3.3 De vertegenwoordiger van verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 18 mei 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4 Bij brief van 12 juni 2006 heeft de vertegenwoordiger van verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar een machtiging voor de noodzakelijke fysiotherapie-behandelingen ten laste van de zorgverzekering dient af te geven.
- 3.5 Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is namens verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6 De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 24 augustus 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7 Op 31 augustus 2006 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.8 Van de mogelijkheid zich te doen horen is door partijen gebruik gemaakt. Verzoekster en haar vertegenwoordiger alsmede de zorgverzekeraar zijn op 18 oktober 2006 in persoon gehoord.
- 3.9 Bij brief van 25 oktober 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 22 november 2006, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, haar advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan dit advies gehecht.

#### 4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1 De vertegenwoordiger van verzoeker geeft aan dat hij en verzoekster 5 mei 2000 betrokken zijn geweest bij een auto-ongeluk. Hierbij liep zij een ernstige whiplash op. Namens verzoekster wordt gesteld dat de huisarts en neuroloog van verzoekster na ongeveer een jaar onderkenden dat er sprake was van een whiplash. Hierbij werd verzoekster doorverwezen naar een revalidatiearts. Deze heeft na verloop van tijd geconstateerd dat hij niets meer voor haar kon doen. Wel werd verzoekster aanbevolen om met onderhoudsfysiotherapie te proberen fysiek zo goed mogelijk te blijven functioneren. Sinds januari 2001 ondergaat zij ook fysiotherapie; deze noodzakelijke behandelingen werden sindsdien volledig vergoed door het voormalige ziekenfonds. Verzoekster merkt daarbij nog op dat het mogelijk is dat het ziekenfonds de schade op de tegenpartij heeft verhaald, maar dat hij hierover geen verdere informatie heeft .
- 4.2 De vertegenwoordiger van verzoekster geeft aan dat hij sinds 1969 verzekerd is bij de zorgverzekeraar. Omdat hij hier goede ervaringen mee had, heeft verzoekster besloten om met ingang van 1 januari 2006 over te stappen naar de zorgverzekeraar. Vóóraf is bij de zorgverzekeraar advies ingewonnen omtrent de vergoeding van de behandelingen van verzoekster. Verzoekster stelt dat de zorgverzekeraar daarbij zou hebben aangegeven dat, indien er sprake is van een chronische ziekte die voortdurende behandeling noodzakelijk maakt, na 14 behandelingen ten laste van de aanvullende verzekering, vergoeding mogelijk is op grond van de AWBZ. Op 23 februari 2006 is dan ook besloten om een machtiging voor fysiotherapie bij de zorgverzekeraar aan te vragen. Na overleg met de zorgverzekeraar heeft verzoekster een verklaring van de fysiotherapeut en de huisarts overgelegd. De huisarts verklaart hierin dat verzekerde met behulp van therapie beter in staat is te functioneren.
- 4.3 Namens verzoeker wordt gesteld dat de heroverweging niet consistent is. In de heroverweging wordt verwezen naar een bijlage van het Besluit zorgverzekering. Daarbij heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de bijlage limitatief en dwingend is. De zorgverzekeraar mag hiervan niet afwijken. Verzoekster meent echter dat ook voor het ziekenfonds de Lijst Borst heeft gegolden. Toch zijn destijds alle behandelingen volledig vergoed. Indien geen sprake is van een chronische indicatie, had dit ook gegolden voor het ziekenfonds en hadden de behandelingen ook niet vergoed mogen worden. Omdat het ziekenfonds wél alle behandelingen heeft vergoed, concludeert de vertegenwoordiger van verzoekster dat er wel degelijk sprake is van een chronische indicatie. Dat de zorgverzekeraar weigert een machtiging af te geven, leidt volgens de vertegenwoordiger tot rechtsongelijkheid.

- 4.4 Verzoeksters vertegenwoordiger meent een tegenstelling te herkennen in de brief van de fysiotherapeut. Deze heeft aangegeven dat, hoewel er sprake is van klachten die een chronisch verloop hebben, er geen chronische diagnosecode volgens de Lijst Borst aanwezig is. Verzoekster is verbaasd dat er enerzijds gesteld wordt dat er sprake is van chronische klachten en anderzijds geen chronische aandoening aanwezig is. Volgens verzoekster is er sprake van uitspraken die elkaar tegenspreken en gebruikt de zorgverzekeraar dit als argument om niet over te gaan tot het afgeven van een machtiging.
- 4.5 Namens verzoekster wordt aangevoerd dat men voorbijgaat aan het bepaalde in artikel 2.1.2 van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet. Aangezien verzoekster op grond van de ziekenfondsverzekering recht had op volledige vergoeding, moet op grond van genoemd artikel worden geconcludeerd dat dat recht ook thans van toepassing is, aangezien terzake in die wet geen afwijkende regels zijn gesteld.
- Tot slot stelt verzoeksters vertegenwoordiger dat, evenals in de voorafgaande vijf jaren op grond van de ziekenfondsverzekering, verzoekster recht heeft op een machtiging van de zorgverzekeraar voor fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.

## 5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar haalt de geldende regelgeving in 2006 aan. Deze regelgeving verwijst naar de in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voorzover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Wat betreft de langdurige en/of intermitterende fysiotherapie geldt dat de lijst limitatief en dwingend van aard is. De zorgverzekeraar geeft hiermee aan dat er niet van de lijst mag worden afgeweken. In dat verband constateert de zorgverzekeraar dat de aandoening van verzoekster, cervico brachialgie (status na whiplash), wel voorkomt op de lijst onder lid 1, onderdeel b, subonderdeel 16 van het Bzv, maar dat in het zesde lid is aangegeven dat fysiotherapie beperkt is tot maximaal drie maanden. Indien hierna nog sprake is van de trias bewegingsverlies, conditieverlies en cognitieve stoornissen, kan deze periode verlengd worden met maximaal zes maanden. Verzoekster heeft in 2000 de whiplash opgelopen, hetgeen betekent dat de behandeltermijn van maximaal negen maanden, zoals aangegeven op Bijlage 1 van het besluit, ruimschoots is overschreden.
- 5.2 De zorgverzekeraar bestrijdt niet dat de klachten van verzoekster chronisch van aard zijn. Hier mag echter geen rekening mee worden gehouden. De zorgverzekeraar mag alleen kijken of de aandoening op de lijst voorkomt en of de termijn die daarbij is aangegeven niet is overschreden. De zorgverzekeraar stelt dat de fysiotherapeut terecht heeft geconcludeerd dat de aandoening van verzoekster niet voorkomt op de Lijst Borst (zoals die gold vóór 1 januari 2006). Op deze lijst komen dezelfde aandoeningen voor als in de Bijlage van het besluit. De zorgverzekeraar merkt op dat het voormalige ziekenfonds de behandelingen wellicht uit een aanvullende verzekering heeft vergoed. Ter zitting wordt geeft de zorgverzekeraar aan dat geprobeerd is om contact op te nemen met verzoeksters voormalige ziekenfonds, teneinde te achterhalen op grond waarvan de behandelingen destijds zijn vergoed, maar dat ze daar niet erg mededeelzaam waren.
- 5.3 Ten aanzien van het verweer van verzoeksters vertegenwoordiger, dat een medewerker toegezegd heeft dat indien er sprake is van een chronische ziekte, die voortdurende behandeling noodzakelijk maakt, vergoeding mogelijk is op grond van de AWBZ, merkt de zorgverzekeraar op dat het algemeen bekend is dat er risico's schuilen in het afgaan op mondeling of telefonisch ingewonnen informatie. Afgezien

van eventuele bewijsproblemen kan het zich daarbij altijd voordoen dat hetzij bij de vrager, hetzij bij de beantwoorder, een onjuist beeld ontstaat doordat niet alle relevante informatie is gevraagd of verstrekt. Volgens de zorgverzekeraar is er overigens geen sprake van uitspraken die zijn gedaan, op basis waarvan van de regelgeving dient te worden afgeweken. Indien dat wel het geval is, zijn ze niet gebaseerd op een schriftelijke, ondubbelzinnige en ongeclausuleerde toezegging waaraan rechten kunnen worden ontleend.

- 5.4 De zorgverzekeraar geeft aan dat er geen sprake is van rechtsongelijkheid. Waarop de vergoedingen door het ziekenfonds waren gebaseerd is niet bekend. Het betreft vergoedingen die hebben plaatsgevonden vóórdat de Zorgverzekeringswet in werking is getreden. Omdat de Lijst Borst overeenkomt met de Bijlage van het besluit, waren die vergoedingen dus toen al in strijd met de Ziekenfondswet. Het beroep op de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet kan dus niet slagen, omdat hier geen sprake is van aanspraken, rechten en verplichtingen welke bij of krachtens de Ziekenfondswet zijn ontstaan voor het tijdstip van intrekking van die wet.

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 De rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar was als publiekrechtelijk orgaan belast met de uitvoering van een ziektekostenregeling voor ambtenaren. Met ingang van 1 januari 2006 is sprake van een naamloze vennootschap die als zorgverzekeraar opereert.
- 7.2 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
- 7.3 Uit artikel 12 van de zorgverzekering valt op te maken dat fysiotherapie een naturaverstrekking vormt. De aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck is geregeld in artikel 22 van de voorwaarden van de zorgverzekeraar. Dit artikel bepaalt het volgende voor verzekerden van 18 jaar en ouder:

*“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. Onder de in dit artikel genoemde zorg wordt ook oedeemtherapie verstaan.*

*Door: fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, bekkentherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.*

*1. (...)*

*2. met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie en individuele behandeling dan wel groepsbehandeling of vorm van fitness die ertoe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.”*

7.4 De zorgverzekering is volgens artikel 1 onder 62 van het Algemene deel van de voorwaarden een tussen de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of volgens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of volgens de wet geregelde niet te boven gaan.

7.5 Ten aanzien van het aan haar voorgelegde geschil overweegt de commissie als volgt.  
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 het derde lid van artikel 11 Zvw, naar aard en omvang omschreven in artikel 2.6 Bzv.

7.6 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 uitgesloten zijn van vergoeding.

In lid 1 onderdeel b, subonderdeel 16 van Bijlage 1 van het Bzv komt de indicatie whiplash voor. In het zesde lid is ter zake bepaald:

*‘Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 16, is de duur van de behandeling maximaal drie maanden. Indien hierna nog sprake is van de trias bewegingsverlies, conditieverlies en cognitieve stoornissen, kan deze periode verlengd worden met maximaal zes maanden.”*

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

7.8 De commissie stelt vast dat verzekerde geen recht heeft op behandelingen fysiotherapie conform artikel 22 van de polis. De aandoening waar verzekerde mee kampt, te weten cervico brachialgie (status na whiplash), komt weliswaar voor in Bijlage 1 van het Bzv, maar daarbij is vergoeding beperkt tot maximaal de eerste negen maanden. Die termijn is thans ruimschoots overschreden. Nu de Lijst Borst overeenkomt met Bijlage 1 van het BZV - en verzekerde derhalve op grond van de Ziekenfondswet ook niet in aanmerking kwam voor fysiotherapie op basis van de verzekering - kan het beroep op artikel 2.1.2 van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet niet slagen. Van een toezegging van de kant van de zorgverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, is de commissie niet gebleken. Een zodanige toezegging zou in dit verband overigens geen enkele waarde hebben nu het onderhavige geschil de dekking van de zorgverzekering betreft en niet de aanspraken op zorg ingevolge de AWBZ. Genoemde wet kent trouwens geen aanspraak op fysiotherapie.

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, 23 november 2006

Voorzitter