

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A vertegenwoordigd door E beiden te B tegen C en F beide te D
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie
Zaaknummer : 2009.01823
Zittingsdatum : 10 februari 2010

1. Partijen

A hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door E beide te B

tegen

1) C en

2) F te beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar de kosten van fysiotherapeutische behandelingen niet volledig te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Ziektekostenverzekering Mix (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Voorts was ten behoeve van verzoekster bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar de aanvullende tandartskostenverzekering basis SPD afgesloten, welke geen dekking biedt voor het gevraagde, en daarom in het vervolg buiten beschouwing blijven.
- 3.2. De behandelend chirurg heeft verzoekster verwezen naar het Paramedisch Centrum Hoek van Holland in verband met "20/3 tibiaplateau links -> 26/3 OK -> ORIF". Verzoekster heeft hierna, in 2009, een aantal behandelingen fysiotherapie ondergaan. De eerste negen behandelingen zijn niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed; de kosten van de tiende en volgende behandelingen wel. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 21 juni 2009 gevraagd ook de eerste negen behandelingen te vergoeden (hierna de aanspraak). Bij ongedateerde specificatie heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 29 juli 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 23 augustus 2009 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 (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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 van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 10 december 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 december 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 28 december 2009 en 4 januari 2010 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 14 december 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 18 januari 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 0029137335) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster niet in aanmerking komt voor vergoeding van de eerste negen behandelingen fysiotherapie. Een afschrift van het CVZ-advies is op 19 januari 2010 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de uitgevoerde behandelingen geen fysiotherapie betreffen, maar revalidatiebehandelingen aangezien zij gericht zijn op het weer leren lopen.
- 4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de door de fysiotherapeut gedeclareerde verrichting een fysiotherapeutische verrichting is. Derhalve kan niet gesproken worden over revalidatie, maar over fysiotherapie.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- De commissie is 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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van de eerste negen behandelingen fysiotherapie, ten laste van de zorgverzekering.
- 7.2. Het betreft hier een mixpolis, waarbij per verzekerde prestatie is bepaald 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. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikel 18 van de zorgverzekering. Artikel 18.12 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 18.12 Paramedische zorg

lid 1 Paramedische zorg

De aanspraak op de vergoeding van kosten van paramedische zorg omvat oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadvisering. Verder omvat de paramedische zorg de aanspraak op zorg door een gecontracteerde fysiotherapeut. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.

Paramedische zorg (met uitzondering van fysiotherapie en oefentherapie) komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking na een verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts of medisch-specialist.

lid 2 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder omvat - vanaf de tiende behandeling – de noodzakelijke behandelingen, door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut, in geval er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage is op aanvraag verkrijgbaar en is te raadplegen op de website.”

- 7.3. Artikel 1.47 van de zorgverzekering geeft een definitie van het begrip “revalidatie” en luidt:

“1.47 Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een instelling voor revalidatie, dat als zodanig conform de bij of krachtens de wet gestelde regels is toegelaten.”

- 7.4. In artikel 18.4 is de dekking omschreven. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

Artikel 18.4 Revalidatie

a. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor revalidatie doch uitsluitend indien en voor zover:

- deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag en,*
- de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.*

b. Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie, revalidatie gepaard gaande met meerdaagse opname, mits daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
- in een niet-klinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Voor de onder a en b bedoelde revalidatie bestaat uitsluitend aanspraak op de vergoeding van kosten indien namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming bij de zorgverzekeraar is gevraagd voor opname en/of behandeling en wanneer de zorgverzekeraar als bewijs van zijn toestemming aan de instelling een garantieverklaring heeft verstrekt. De aanvraag voor toestemming dient deugdelijk gemotiveerd te zijn en dient ten minste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

- 7.5. De artikelen 1.47, 18.4 en 18.12 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Ingevolge artikel 1 sub d Zvw mag een Zorgverzekering - samengevat - niet meer of minder bieden dan in de Zvw, het Bzv en de Rzv is geregeld.
- 7.6. 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. 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. Dit artikel regelt dat de zorg omvat zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in Bijlage 1 vermelde aandoeningen. In dit artikel is voort expliciet opgenomen dat de eerste negen behandelingen zijn uitgesloten van vergoeding. Revalidatie is geregeld in artikel 2.1 en 2.4 Bzv en artikel 2.1 Rzv.
- 7.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.8. Het geschil zoals omschreven in 7.1 spitst zich toe op de vraag of de onderhavige behandelingen zijn aan te merken als revalidatie, dan wel fysiotherapie.
- 7.9. De commissie stelt vast dat uit de aanvragen van de behandelaars, welke in beginsel leidend zijn voor de beoordeling, blijkt dat verzoekster fysiotherapeutische behandelingen heeft ondergaan. Voorts kan, blijkens artikel 1.47 van de zorgverzekering, alleen van revalidatie worden gesproken indien de behandeling wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een of meer medisch-specialisten, verbonden aan een instelling voor revalidatie. Van dit laatste is in het onderhavige geval geen sprake; het betreft hier enkelvoudige fysiotherapie.
- 7.10. De commissie constateert verder dat partijen niet van mening verschillen over de gestelde indicatie en het vóórkomen van deze indicatie op Bijlage 1. Het enige dat partijen verdeeld houdt betreft de vergoeding van de eerste negen behandelingen. Dienaangaande geldt dat artikel 18.12 lid 2 van de zorgverzekering vergoeding van deze behandelingen expliciet uitsluit.

Conclusie

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 februari 2010,

Voorzitter