

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Paramedische zorg, fysiotherapie
Zaaknummer	: ANO06.76
Zittingsdatum	: 22 november 2006

ANONIEM BINDEND ADVIES

Zaak ANO06.76, 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 en 2.5 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,
tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 9 januari 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 op basis van de Basisverzekering restitutiepolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna te noemen: de zorgverzekering). Verzoekster heeft ook een aanvullende verzekering gesloten bij de zorgverzekeraar.
- 3.2 Bij brief van 9 januari 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat zij recht heeft op 14 fysiotherapiebehandelingen ten laste van de aanvullende verzekering. Daar de aandoeningen waaraan verzoekster lijdt, radiculair syndroom en intervertebrale arthrosen, niet voorkomen in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) wordt geen machtiging afgegeven voor fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.
- 3.3 Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 24 mei 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4 Bij brief van 26 mei 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar een machtiging voor de noodzakelijke fysiotherapiebehandelingen ten laste van de zorgverzekering dient af te geven.
- 3.5 Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft 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 15 september 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7 Op 18 september 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 de zorgverzekeraar zijn op 22 november 2006 telefonisch gehoord.
- 3.9 Bij brief van 24 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, advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1 Verzoekster heeft in 1988 een zeer ernstig ongeval gehad waardoor zij vijf uren in coma heeft gelegen. Gevolgen van dit ongeluk waren een whiplash, gekneusde hersenstam, een schedelbasisfractuur, een grote hoofdwond, vele snij- en schaafwonden en beschadigde rugwervels. Verzoekster is een half jaar buiten het arbeidsproces geweest. In eerste instantie wilde men verzoekster voor 100 procent afkeuren, maar zij wilde zelf proberen om nog voor 50 procent te kunnen werken, wat met behulp van fysiotherapie redelijk ging.
- 4.2 Diverse aandoeningen, zoals de beschadigde rugwervels vormen voor verzoekster blijvend letsel. Sinds het ongeval werden jaarlijks 52 fysiotherapiebehandelingen door de zorgverzekeraar vergoed. Daar dit een paar jaar geleden gehalveerd werd tot 26 behandelingen per jaar, vormde dit een financiële strop voor verzoekster. Verzoekster stelt dat zij wekelijks behandeling nodig heeft om enigszins mobiel te blijven. Omdat met de invoering van de zorgverzekering de zorgverzekeraar verzoekster bericht heeft dat zij uitsluitend recht heeft op 14 behandelingen ten laste van de aanvullende verzekering, is zij van mening dat zij ernstig wordt gedupeerd. Verzoekster betaalt als alleenstaande maandelijks € 202,97 aan premie voor de zorgverzekering. Volgens verzoekster is dit mede te wijten aan het wegvallen van de werkgeversbijdrage van meer dan 100 procent. Van de belastingdienst krijgt verzoekster een tegemoetkoming van € 5,00 per maand, het inkomen ligt onder de € 24.000,00 bruto per jaar.
- 4.3 Enige tijd geleden heeft verzoekster van haar huisarts een injectie in de linker schouder gekregen, daar zij hier last van had van de schouder die ook pijn uitstraalde naar haar arm. De huisarts heeft het advies gegeven ook de arm door de fysiotherapeut te laten behandelen.
- 4.4 Verzoekster verklaart verder dat ze enige tijd geleden gebeld heeft met de zorgverzekeraar waarbij haar toegezegd is dat ze binnenkort een brief zou krijgen met nog eens 14 behandelingen, naast de 14 behandelingen ten laste van de aanvullende verzekering.
- 4.5 De huisarts geeft in een verklaring aan dat verzoekster veel baat heeft bij fysiotherapie, daar zij klachten heeft aan haar linker schouder en nek. Volgens de huisarts is verzoekster bekend met radiculair syndroom en intervertebrale arhrosen.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar verwijst naar de geldende regelgeving omtrent fysiotherapie, waarin wordt verwezen naar Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. De zorgverzekeraar constateert dat de aandoeningen van verzoekster niet voorkomen in deze bijlage.
- 5.2 De zorgverzekeraar geeft aan dat gezien de polisvoorwaarden en de regelgeving verzoekster niet in aanmerking komt voor vergoeding van langdurige fysiotherapie. Op grond van de aanvullende verzekering heeft verzoekster recht op 14 behandelingen per indicatie. Omdat sprake is van twee indicaties heeft verzoekster recht op in totaal 28 behandelingen per kalenderjaar op basis van de aanvullende verzekering.

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, waar het gaat om fysiotherapie, de verzekering een naturakarakter heeft. 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 (...).

1. (...)

2. (...).”

- 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 Voor de beoordeling van het onderhavige geschil zijn de navolgende wettelijke 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 lid 3 van artikel 11 van de Zvw, naar aard en omvang omschreven in artikel 2.6 van het Bzv.
- 7.6 Artikel 2.6 van het 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.
- 7.7 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.8 De commissie stelt vast dat de aandoening intervertebrale arthrosen niet voorkomt in bijlage 1 van het Bzv, waarnaar artikel 22 van de zorgverzekering verwijst. Het radiculair syndroom wordt weliswaar als indicatie vermeld in lid 1 onderdeel a, subonderdeel 10, doch enkel in geval er sprake is van motorische uitval. Dat daarvan sprake is, is in de procedure niet gebleken, terwijl bovendien de maximale termijn waarover vergoeding van kosten wordt verleend, genoemd in lid 2 van bijlage 1 (drie maanden), reeds lang is verstreken. Ten aanzien van de indicatie frozen shoulder kan de commissie geen uitspraak over doen, daar hiervoor geen machtiging is aangevraagd en derhalve hierover ook niet beslist is door de zorgverzekeraar. Verzoekster kan daarvoor, indien gewenst, een machtiging aanvragen bij de zorgverzekeraar.
- 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, 27 december 2006

Voorzitter