

ANONIEM

Bindend advies

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie
Zaaknummer : ANO08.178
Zittingsdatum : 9 juli 2008

BINDEND ADVIES

Zaak: ANO08.178 (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)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.6 Bzv, bijlage 1 Bzv)

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 een bedrag van € 146,60 aan kosten voor de fysiotherapeut niet 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 Zorgkeuzepolis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens was ten behoeve van verzoekster een aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten.
- 3.2. In januari 2007 heeft verzoekster fysiotherapiebehandelingen ondergaan die zijn gedeclareerd met de declaratiecode 3427. Vanaf 13 maart 2007 ondergaat verzoekster fysiotherapiebehandelingen die worden gedeclareerd met de declaratiecode 3924. Onder meer bij brief van 15 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster meegedeeld dat de in januari 2007 genoten fysiotherapiebehandelingen niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. Van de fysiotherapiebehandeling die op 13 maart 2007 is gestart komen de tiende en volgende behandeling voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 4 oktober 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn besluit te handhaven.
- 3.4. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij e-mailbericht van 13 februari 2008 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de verleende fysiotherapie vanaf januari 2007 alsnog als "chronisch" aan te merken en volledig te vergoeden 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 € 37,00 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 bij brief van 25 maart 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan, alsmede van de bij brief van 22 april 2008 ontvangen documenten, is op 19 mei 2008 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Bij brief van 19 mei 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 17 juni 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster af te wijzen op de grond dat de in eerste instantie gehanteerde delaratiecode niet ziet op een aandoening die voorkomt in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) en mitsdien niet voor verstrekking ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Vooruitlopend op de hoorzitting heeft verzoekster bij e-mailbericht van 26 juni 2008 gereageerd op het CVZ-advies. Een afschrift hiervan is bij brief van 30 juni 2008 aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 9 juli 2008 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 10 juli 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het berede-neerd verslag van de hoorzitting, alsmede het e-mailbericht van verzoekster van 26 juni 2008, toegezonden met het verzoek mede te delen of zulks aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ de commissie medegedeeld dat een en ander geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is geboren in 1926. Zij stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat bij haar reeds in 2003 osteoporose is vastgesteld. De voormalige fysio-therapeut van verzoekster is de mening toegedaan dat de verleende therapie niet als chronisch moet worden beschouwd, waaraan de zorgverzekeraar zich heeft gecon-formeerd. Verzoekster acht dit niet realistisch, gezien de aard van het verder pro-gressief verlopende ziektebeeld.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling nog aangevoerd dat mede op grond van redelijkheid en billijkheid de behandelingen dienen te worden vergoed.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de behandelingen die verzoekster in januari 2007 heeft ondergaan en die zijn gedecla-reerd met de diagnosecode 3427 niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzeke-ring in aanmerking komen, omdat de genoemde diagnosecode niet voorkomt op de

lijst voor chronische fysiotherapie. Vanaf 13 maart 2007 is gestart met een behandeling die wordt gedeclareerd met de diagnosecode 3924. Voor deze code is vanuit de zorgverzekering vanaf de tiende behandeling een vergoeding mogelijk. De kosten van de eerste negen behandelen, alsmede van de in januari 2007 ondergane behandelingen komen alleen voor vergoeding in aanmerking voor zover de aanvullende verzekering daarvoor dekking biedt.

5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het aan de zorgverlener is de juiste diagnose(code) te vermelden. De zorgverzekeraar kan niet op de stoel van de zorgverlener gaan zitten. De zorgverzekeraar kan alleen toetsen of de behandeling waarvan vergoeding wordt verlangd, op grond van de polisvoorwaarden, voor vergoeding in aanmerking komt.

5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie 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. In geschil is de vraag in hoeverre verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van de fysiotherapiebehandeling die zij in januari 2007 heeft ondergaan, alsmede van de fysiotherapiebehandelingen die zij vanaf 13 maart 2007 heeft ondergaan, ten laste van de zorgverzekering, zoals deze gold ten tijde van de onderhavige aanvraag. Ten aanzien van deze vraag overweegt de commissie het volgende.

7.2. Het betreft hier een restitutiepolis. Vergoeding voor behandelingen fysiotherapie is geregeld in artikel 30 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Voor zover in dit verband van belang is daar in lid 2 bepaald:

"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, 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 wordt desgevraagd toegezonden en is te raadplegen op de internetsite van de zorgverzekeraar."

7.3. De regeling van artikel 30 is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Verder volgt uit artikel 1 onder d van de Zvw dat een zorgverzekering niet meer of minder mag bieden dan daartoe omtrent is bepaald in de wet en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Bzv en de Rzv.

7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerd risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op

prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. De inhoud en omvang van de hiervoor bedoelde prestaties zijn, overeenkomstig artikel 11 lid 3 Zvw, geregeld in het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de daarop gebaseerde Regeling zorgverzekering (Rzv). Paramedische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 van het Bzv. In Bijlage 1 van het Bzv is een opsomming van aandoeningen opgenomen.

- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Voor de beoordeling is de door de behandelaar gestelde diagnose leidend. Van de zorgverzekeraar, die dient te toetsen of aan de verzekeringsvoorwaarden is voldaan, kan niet worden verlangd dat hij, in afwijking van de diagnose van de behandelaar een andere diagnose hanteert.
- 7.7. De door verzoekster in januari 2007 genoten fysiotherapiebehandelingen zijn gedeclareerd met diagnosecode 3427. Deze code staat voor: lumbale wervelkolom, discusdegeneratie, coccygodynie/HNP. Niet gebleken is dat deze aandoening voorkomt op Bijlage 1 bij het Bzv. Mitsdien kan geen aanspraak worden gemaakt op vergoeding van de kosten van de in januari 2007 genoten behandelingen ten laste van de zorgverzekering.
- 7.8. Tussen partijen is niet in geschil dat de fysiotherapiebehandelingen die verzoekster vanaf 13 maart 2007 heeft ondergaan en die zijn gedeclareerd met diagnosecode 3924 (gecombineerd/totale wervelkolom, osteoporose) dienen ter behandeling van een aandoening die voorkomt op Bijlage 1 van het Bzv. Aangezien partijen ten aanzien van dit punt niet van mening verschillen, neemt de commissie dit voor het verder vervolg als uitgangspunt en kan de juistheid van dit standpunt verder buiten bespreking blijven.
Op grond van artikel 30 lid 2 van de zorgverzekering komen behandelingen van aandoeningen die voorkomen op Bijlage 1 van het Bzv, en waarvan de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden, voor verzekerden vanaf 18 jaar eerst vanaf de tiende behandeling voor vergoeding in aanmerking.
- 7.9. Ter zitting heeft verzoekster nog gesteld dat de fysiotherapiebehandelingen op grond van redelijkheid en billijkheid dienen te worden vergoed. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 7.10. De zorgverlener geeft in zijn declaratie aan in verband met welke diagnose de behandelingen worden uitgevoerd en gedeclareerd. Het is aan de zorgverzekeraar te toetsen of – gegeven de diagnose en gelet op de verzekeringsvoorwaarden – de behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. Hiervoor is geconcludeerd dat de in januari 2007 genoten behandelingen, die zijn gedeclareerd met diagnosecode 3427, niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. In de aangevoerde feiten en omstandigheden ziet de commissie geen reden tot een andersluidend oordeel op de grond dat naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onverkorte toepassing van de polisvoorwaarden in dit geval onaanvaardbaar zou zijn.
- 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, 21 juli 2008,

Voorzitter