

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Paramedische zorg; fysiotherapie
Zaaknummer : ANO07.130
Zittingsdatum : 6 juni 2007

Zaak: ANO07.130 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 2006, art. 11 Zvw, 2.6 en bijlage 1 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 24 april 2006 inzake het niet vergoeden van de kosten van fysiotherapie.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 24 april 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de kosten van fysiotherapie niet ten laste van de zorgverzekering vergoed worden.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 13 juni 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 27 december 2006 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door 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 20 februari 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Bij brief van 26 april 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Op 26 april 2007 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 24 mei 2007 op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Hierin concludeert het college dat verzoeker geen indicatie heeft voor fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Een afschrift van het advies is aan partijen gezonden.

- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door beide partijen gebruik gemaakt. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 6 juni 2007 telefonisch gehoord.
- 3.11. Bij brief van 7 juni 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie op 12 juni 2007 meegedeeld dat uit het verslag van de hoorzitting geen feiten of omstandigheden naar voren zijn gekomen die aanleiding geven zijn advies te herzien.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1. Verzoeker kampt met chronische rugklachten naar aanleiding van twee hernia operaties. Verzoeker heeft jarenlang 104 behandelingen per jaar vergoed gekregen. Nu krijgt hij maar 14 behandelingen vergoed. Verzoeker vindt 14 behandelingen per jaar absoluut niet toereikend.
- 4.2. Verzoeker stelt dat hij, aangezien de medisch adviseur van de zorgverzekeraar persisteert dat zijn "kwaal" niet zou passen in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekeringen, zijn behandelend arts en de orthopedisch chirurg nogmaals heeft verzocht om hun diagnose. Dit alles om aan te tonen dat een patiënt zoals hij met een zeer complexe chronische rugkwaal, waar hij al jaren hevige pijnen door lijdt, zeker voor de verlichting hiervan alleen al dringend regelmatig fysiotherapie nodig heeft.
- 4.3. Verzoeker is sinds april 2003 voor 65-80% afgekeurd voor zijn beroep. Deze afkeuring is volledig gebaseerd op zijn rugkwaal, ten gevolge waarvan hij destijds een medische burnout heeft gehad.
Het is verzoeker volkomen onbegrijpelijk dat de zorgverzekeraar hem niet langer als chronisch wenst te indiceren, terwijl zijn klachten in de loop der jaren alleen maar verergerd zijn. Verzoeker geeft aan dat hij, vanwege zijn chronische kwaal en het ontberen van de fysiotherapeutische behandelingen, vanaf begin 2007 behandeld gaat worden door het pijnkenniscentrum van het Academisch Ziekenhuis Maastricht.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar haalt de geldende regelgeving in 2006 aan. Daarin wordt verwezen naar de in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) genoemde 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. Vervolgens stelt de zorgverzekeraar dat de aandoening van verzoeker niet voorkomt in de genoemde bijlage.
- 5.2. De zorgverzekeraar benadrukt dat het nut of de noodzaak van de fysiotherapeutische behandeling van verzoeker niet ter discussie staat. Het verzoek is afgewezen omdat de aandoening niet voorkomt in bijlage 1 van het Bzv en er zodoende conform artikel 22.2 van de polisvoorwaarden geen recht op vergoeding bestaat. Wel bestaat er op grond van de aanvullende verzekering aanspraak op vergoeding van maximaal 14 behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar.
- 5.3. De zorgverzekeraar merkt tenslotte op dat verzoeker, van het aantal van 104 gemachtigde behandelingen, in de afgelopen jaren slechts gedeeltelijk gebruik heeft gemaakt. Zo zijn in het jaar 2004 maar 45 behandeling gedeclareerd.

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. Uit artikel 22.2 van de zorgverzekering valt op te maken dat, waar het gaat om fysiotherapie, de verzekering een restitutiekarakter heeft. De aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck is geregeld in artikel 22.2 van de zorgverzekering. 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.

Bijzonderheden:

1. bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook (verwijzing naar website); (...)"

7.3. 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.

7.4. Voor de beoordeling van het onderhavige geschil zijn de navolgende wettelijke bepalingen relevant.

Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 de vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Waar het gaat om paramedische zorg is een en ander, conform lid 3 van artikel 11 Zvw, naar aard en omvang omschreven in artikel 2.6 Bzv.

7.5. Artikel 2.6 Bzv regelt dat paramedische zorg omvat zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in Bijlage 1 aangegeven aandoeningen.

ningen. In dit artikel is voorts expliciet opgenomen dat de eerste negen behandelingen uitgesloten zijn van vergoeding.

- 7.6. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.7. De aandoeningen waar verzoeker mee kampt, te weten – zoals verklaard door de behandelend fysiotherapeut op 5 december 2005 – cervicaal syndroom C7, lumbaal radiculair syndroom L3 tot en met L8, status na twee HNP-operaties, multisegmentale instabiliteit, discusdegeneratie op meerdere niveaus, scoliose en spondylotische randwoekeringen op meerdere niveaus, komen niet voor in Bijlage 1 van het Bzv, de lijst van aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie. In Bijlage 1 van het Bzv komt wel de aandoeningen progressieve scoliose en radiculair syndroom met motorische uitval voor. De behandelend fysiotherapeut heeft in zijn aanvraag machtiging van december 2005 niet vermeld dat er bij verzoeker sprake is van progressieve scoliose, enkel van scoliose. Ook is niet verklaard dat het radiculair syndroom van verzoeker gepaard gaat met motorische uitval.
De indicatie radiculair syndroom met uitvalsverschijnselen geeft slechts aanspraak op fysiotherapie gedurende een bepaalde periode. Die periode is in het geval van verzoeker al verstreken. Om die reden behoeft dit punt geen verdere aandacht.
Waar het gaat om de indicatie progressieve scoliose, heeft de commissie geconstateerd dat een schrijven van de orthopedisch chirurg is overgelegd, waarin melding wordt gemaakt van een “geleidelijk progressieve torsie scoliose”. Het bestaan van deze indicatie is door de zorgverzekeraar niet, althans onvoldoende weersproken. Zodoende voldoet verzoeker wel aan de gestelde voorwaarden. Anders dan het College voor zorgverzekeringen in zijn advies van 24 mei 2007, concludeert de commissie, op basis hiervan, dat verzoeker wel recht heeft op behandelingen fysiotherapie conform artikel 22.2 van de polis.
- 7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar het entreebedrag van € 37,00 aan verzoeker dient te vergoeden.

Zeist, 7 juli 2007

Voorzitter