

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B versus C te D
Zaak : fysiotherapie
Zaaknummer : ANO08.081
Zittingsdatum : 26 maart 2008

Zaak: ANO08.081, 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: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar,

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen na te melden besluit van de zorgverzekeraar van datum 4 december 2006 inhoudende een afwijzing van gevraagde vergoeding van de ondergane behandelingen fysiotherapie.

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 Vrije keuze basisverzekering (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, van de Zvw.
- 3.2. De behandelend orthopeed heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "VKB laesie". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door hem gewenste zorg bestaande uit "Intensief langdurig opte??..., begeleiding conservatief traject" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 december 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Vanaf datum 5 oktober 2006 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 26 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 18 oktober 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen.

- 3.6. 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.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 11 december 2007 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 februari 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 februari 2008 schriftelijk telefonisch gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 3 maart 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 5 februari 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw, gevraagd. Het CVZ heeft bij brief van 28 februari 2008 zijn voorlopige advies gegeven inhoudende een afwijzing van de vergoeding van de genoten fysiotherapie. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 29 februari 2008 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 26 maart telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ..
- 3.11. Bij brief van 28 maart 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 1 april 2008 de commissie medegedeeld dat het verslag 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 stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij na een ongeval een gescheurde voorste kruisband heeft. Dit is ook vastgesteld door een MRI op 8 juni 2006. Verzoekster heeft vervolgens op verwijzing van de orthopeed intensieve fysiotherapie gehad, zodat een operatie voorkomen is kunnen worden. Toen verzoekster de rekeningen niet vergoed kreeg bleek haar dat, omdat zij geen kijk-operatie heeft ondergaan ter vaststelling van de blessure maar een MRI, dezelfde diagnose niet voldoet om voor vergoeding voor fysiotherapie in aanmerking te komen.
- 4.2. Het gaat om een totaal aan rekeningen van €364,00
- 4.3. Verzoekster stelt nadrukkelijk dat een fysiotherapie behandeling goedkoper is dan een (herstel-)operatie.
- 4.4. 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 bij verzekerde sprake is van kruisbandletsel. In de bijlage 1 van het Besluit zorgverzekeringen staat dat behandelingen fysiotherapie bij dit soort letsel uitsluitend voor ver-

goeding komen in de postoperatieve fase. Bij verzoekster is geen sprake van een postoperatieve fase.

- 5.2. 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. Het betreft hier een restitutiepolis. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in artikel 1 van de zorgverzekering.

Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt voor zover van belang:

Paramedische zorg

lid 1 De aanspraak op de vergoeding van kosten van paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadvisering. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.

lid 2 Fysiotherapie en oefentherapie omvat de noodzakelijke behandelingen, door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekken-therapeut dan wel oedeemtherapeut, in geval er sprake is van een indicatiestelling en een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden.

- 7.2. De regeling in de artikelen 1 en 15 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Paramedische zorg is, conform artikel 11 lid 3 van de Zvw, omschreven in artikel 2.6 van het Bzv. Dit artikel regelt dat de zorg omvat zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in Bijlage 1 van het Bzv aangegeven aandoeningen.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Onderwerp van geschil is de vraag of de status van een verzekerde na een in een ziekenhuis uitgevoerde MRI scan (in verband met een sportblessure) valt aan te merken als, of althans gelijk te stellen met, een status na ziekenhuisopname. Naar het oordeel van de commissie staat alleen reeds het limitatieve karakter van de toepasselijke opsomming in bijlage 1 van het Bzv, waarnaar in de aangehaalde polisvoorwaarde wordt verwezen, aan een dergelijke extensieve interpretatie in de weg.

- 7.6. De bovenaangehaalde regelgeving, op basis waarvan de aanvraag en het standpunt terzake van de zorgverzekeraar in het geschil moet worden beoordeeld, voorziet niet in de mogelijkheid tot een beoordeling op grond van besparing die voor de zorgverzekeraar het gevolg zou kunnen zijn door een door verzekerde gekozen substitutie van behandeling.
- 7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 april 2008,

Voorzitter