

ANONIEM

Bindend advies

Partijen : A te B vs. C te D
Zaak : geneeskundige zorg, paramedische zorg, fysiotherapie
Zaaknummer : ANO07.147
Zittingsdatum : 18 juli 2007

Zaak: ANO07.147 (Geneeskundige zorg, 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, artt. 10 en 11 Zvw, 2.6 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 29 januari 2007 inzake de afwijzing van de aanvraag voor behandelingen fysiotherapie voor het jaar 2007 ten laste van de zorgverzekering.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de beoordeling van de onderhavige aanvraag door de zorgverzekeraar is verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Geregeld polis 2007, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering). Het betreft hier een naturaverzekering. Tevens heeft verzoeker een aanvullende verzekering afgesloten
- 3.2. Bij brief van 29 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat afwijzend was beslist op de aanvraag voor behandelingen fysiotherapie voor het jaar 2007 ten laste van de zorgverzekering.
- 3.3. De huisarts van verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Vervolgens heeft de zorgverzekeraar een machtiging afgegeven voor de periode 1 januari 2007 tot en met 1 juli 2007.
- 3.4. Bij brief van 19 maart 2007 heeft verzoeker de zaak voorgelegd aan het College voor zorgverzekeringen en gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is toestemming te geven voor de behandelingen fysiotherapie gedurende het gehele jaar 2007. Het College voor zorgverzekeringen heeft de zaak op 2 april 2007 ter verdere behandeling doorgezonden naar de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie).
- 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 24 april 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Bij brief van 23 mei 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Eveneens op 23 mei 2007 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 13 juni 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Partijen zijn op 18 juli 2007 telefonisch gehoord.
- 3.11. Bij brief van 19 juli 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 25 juli 2007 meegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is ten tijde van de onderhavige aanvraag 75 jaar. Hij verklaart in 1981 een operatie te hebben ondergaan, waarbij zijn rectum is geamputeerd. Om de pijn bij het zitten te verlichten heeft hij zijn ellebogen veel moeten gebruiken die daardoor overbelast raakten. Vervolgens heeft verzoeker gedurende 22 jaar twee keer per week de fysiotherapeut bezocht en de kosten daarvan via de ziektekostenverzekering vergoed gekregen. Ook in 2006, het jaar waarin de zorgverzekering werd ingevoerd, heeft verzoeker van de zorgverzekeraar een machtiging gekregen voor 100 behandelingen fysiotherapie. De aanvraag voor behandelingen fysiotherapie voor het jaar 2007 werd echter afgewezen. Nadat zijn huisarts de zorgverzekeraar een brief heeft geschreven, heeft deze alsnog een machtiging afgegeven voor de periode 1 januari 2007 tot 1 juli 2007. Voor de resterende maanden van 2007 is verzoeker aangewezen op de aanvullende verzekering, die daartoe onvoldoende dekking biedt. Verzoeker is echter van mening dat hij volgens de lijst van de ziekenfondsraad, VNZ-code 00 (status na amputatie), recht heeft op voortzetting van de fysiotherapiebehandelingen.
- 4.2. Verzoeker is dan ook van mening dat de zorgverzekeraar toestemming dient te geven voor 100 behandelingen fysiotherapie voor het jaar 2007.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. Allereerst zegt de zorgverzekeraar dat in deze zaak nog geen schriftelijke heroverweging heeft plaatsgevonden. Volgens de zorgverzekeraar is uitsluitend telefonisch gecommuniceerd.
- 5.2. Vervolgens geeft de zorgverzekeraar aan dat jarenlang een aanvraag werd ingediend met de indicatie "amputatie". Dit is volgens de zorgverzekeraar een aandoening die vermeld staat op Bijlage 1. De zorgverzekeraar zegt steeds aangenomen te hebben

dat ook het lichaamsdeel waar de amputatie heeft plaatsgevonden werd behandeld. Uit de aanvraag die in januari 2007 werd ingediend heeft de zorgverzekeraar opge- maakt dat het ging om een rectumamputatie, maar dat de nek en de schouders wer- den behandeld ter voorkoming van een “frozen shoulder”. De adviserend fysiothera- peut heeft toen aangegeven dat geen sprake was van een behandeling van een li- chaamsdeel waar een amputatie heeft plaatsgevonden en de aanvraag is toen ook afgewezen. Na de telefonische reactie van verzoeker is overwogen dat met de in de voorgaande jaren verstrekte machtigingen wel verwachtingen zijn gewekt. Om deze reden zegt de zorgverzekeraar een overgangsregeling te hebben vastgesteld voor de duur van zes maanden, waarna vergoeding kan worden verleend uit de aanvullende verzekering tot maximaal € 750,00.

- 5.3. De zorgverzekeraar concludeert dat verzoeker geen (verdergaande) aanspraak kan maken op behandelingen fysiotherapie voor het jaar 2007 ten laste van de zorgverzekering.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1 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.

- 6.2 Alvorens de commissie een geschil over de uitvoering van de zorgverzekering in be- handeling kan nemen, dient de zorgverzekeraar in de gelegenheid te zijn geweest zijn primaire beslissing te heroverwegen. Mede gezien het schriftelijk verzoek tot her- overweging van de huisarts van verzoeker van 16 februari 2007 is de commissie van oordeel dat de zorgverzekeraar daartoe voldoende mogelijkheid is geboden. Boven- dien kan, gezien voorgaande, de door de zorgverzekeraar op 5 maart 2007 afgege- ven machtiging worden gekwalificeerd als een beslissing in heroverweging.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Allereerst constateert de commissie dat de lijst van aandoeningen waar verzoeker naar verwijst, ziet op de ziekenfondsverzekering. Deze verzekering is met de inwer- kingtreding van de Zorgverzekeringswet komen te vervallen. De vraag of in dit geval aanspraak bestaat op 100 behandelingen fysiotherapie gedurende het kalenderjaar 2007, moet nu dan ook worden beantwoord aan de hand van de tussen partijen ten tijde van de onderhavige aanvraag bestaande verzekeringsovereenkomst, te weten de zorgverzekering.
- 7.2. Op grond van artikel 2.5 lid 1 van de zorgverzekering heeft een verzekerde aan- spraak op de genoten zorg of overige diensten, zoals omschreven in artikel 3 en 4 van de zorgverzekering. De aanspraak op paramedische zorg is opgenomen in artikel 3.5 van de zorgverzekering. Voor zover hier van belang, luidt genoemd artikel als volgt:

“Omschrijving

Paramedische zorg omvat fysiotherapie (...). De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten (...) plegen te bieden.

Lid 1 Fysiotherapie en oefen therapie

Omschrijving

1. behandeling van de in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor de verzekerde van 18 jaar en ouder niet de eerste 9 behandelingen.
2. (...)

Voorschrijfvereisten

Voor fysiotherapie, zoals omschreven in artikel 3.5 lid 1 sub 1 (...) is een voorschrift van een huisarts (...) noodzakelijk. (...)

Toestemmingsvereisten

Voor behandelingen i.v.m. aandoeningen, zoals beschreven in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, is op basis van het voorschrift van de arts, voorafgaande schriftelijke toestemming van [zorgverzekeraar] vereist.

Aanspraak

Aanspraak op zorg zoals omschreven in dit artikel en conform artikel 2.5 lid 2 en artikel 2.5 lid 4."

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekeringen, waarnaar in artikel 3.5 lid 1 van de zorgverzekering wordt verwezen bepaalt, voor zover hier van belang:

"1. De aandoeningen bedoeld in artikel 2.6, tweede lid, betreffen:

a. (...)

b. of een van de volgende aandoeningen van het bewegingsapparaat: (...)

7°. frozen shoulder (capsulitis adhaesiva); (...)

15°. status na amputatie; (...)

4. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 7 (...), is de duur van behandeling maximaal 12 maanden. (...)"

- 7.3. De zorgverzekering moet volgens artikel 2.3 lid 1 van de zorgverzekering worden uitgelegd en toegepast conform de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de daarbij behorende Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. De commissie constateert dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling ten aanzien van fysiotherapie inhoudelijk overeenkomt met het daaromtrent bepaalde in de artikelen 10 en 11 Zvw en artikel 2.6 Bzv.
- 7.5. Verder is de commissie van oordeel dat de woordkeuze in de aanvraag met betrekking tot de beschrijving van de klachten leidend is voor de beoordeling van de vraag of er in deze aanspraak bestaat op vergoeding van de fysiotherapiebehandelingen.
- 7.6. Het door de huisarts ingevulde verwijsformulier paramedische zorg vermeldt de volgende redenen voor verwijzing:

"Reden verwijzing t.a.v. stoornissen

Jaren bekend met colonstoma na rectumoperatie, waardoor hyperalgetische anale regio. Om dit te ontzien chronische nek- en schouderklachten bij bekende artrose CWK – AC gewricht.

Reden verwijzing t.a.v. beperkingen

ADL op peil houden, preventie frozen shoulder"

7.7. Op grond van de zorgverzekering bestaat alleen aanspraak op fysiotherapie, indien sprake is van een aandoening die wordt genoemd in bijlage 1 van het Bzv. De commissie constateert dat genoemde bijlage wel de behandeling van een frozen shoulder noemt – waarbij overigens op grond van lid 4 van genoemde bijlage de duur van de behandeling maximaal 12 maanden bedraagt – maar niet de behandeling ter *preventie* van een frozen shoulder. Ook de behandeling van artrose komt niet voor in bijlage 1 van het Bzv. Ten

7.8. Resteert de vraag of verzoeker ten gevolge van de ondergane rectumamputatie aanspraak kan maken op behandelingen fysiotherapie. Ten aanzien daarvan overweegt de commissie het volgende.

In bijlage 1 eerste lid onderdeel b subonderdeel 15 van het Bzv wordt “status na amputatie” genoemd. De toelichting op het Bzv geeft aan dat bijlage 1 van het Bzv fysiotherapie betreft zoals die naar inhoud en omvang was geregeld in de Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering. In de toelichting op laatstgenoemde regeling wordt ten aanzien van “status na amputatie” het volgende vermeld:

”In (...) is opgenomen status na amputatie. Bij problemen aan de stomp na amputatie of bij problemen betreffende de prothese, ontstaan geregeld functiestoornissen en beperkingen in mobiliteit, waarbij fysiotherapeutische behandeling is geïndiceerd.”

Gezien vorenaangehaalde toelichting is de commissie van oordeel dat bij status na amputatie fysiotherapie alleen is aangewezen indien de ervaren problemen het geamputeerde lichaamsdeel betreffen. In de situatie van verzoeker zien de fysiotherapiebehandelingen echter op de nek en schouders en niet op het geamputeerde lichaamsdeel. Mitsdien kan de door verzoeker ondergane amputatie niet leiden tot een aanspraak op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.

7.9. Verder heeft verzoeker nog aangevoerd dat hij reeds 22 jaar fysiotherapie krijgt, welke door de (toenmalige) ziektekostenverzekering vergoed werd. De zorgverzekeraar heeft overwogen dat met de in de voorgaande jaren verstrekte machtigingen wel verwachtingen zijn gewekt. Om deze reden heeft de zorgverzekeraar een overgangsregeling getroffen voor de duur van zes maanden. De commissie acht deze overgangsregeling voldoende voor verzoeker om zich in te stellen op de nieuwe situatie.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af

Zeist, 2 augustus 2007,

Voorzitter