

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie, chronische lijst
Zaaknummer : 2011.00747
Zittingsdatum : 9 november 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.6 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Natura Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Extra Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Tand Totaal Pakket is niet in geschil en blijft om die reden onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van behandelingen fysiotherapie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 februari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Op 11 maart 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 15 juli 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit ver-

zoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 september 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 september 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 september 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 oktober 2011 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 28 september 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 7 oktober 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011100125) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat in de situatie van verzoekster ruim zes jaar zijn verstreken sinds het trauma, en om die reden niet meer aannemelijk is te maken dat dit voldoet aan de criteria van de aanspraak whiplash van de chronische lijst.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 18 oktober 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen veertien dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 24 oktober 2011 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend fysiotherapeut heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: “(...) *Actieve instabiliteit C5-C6 bdz en L3-L4 i.c.m. arthrogene functiestoornissen C0-C3 RE. Er is sprake van vegetatieve dysfunctie van het hoofd, hoofdpijn, concentratiestoornissen, overgevoeligheid voor geluid en licht. Aangezien de klachten een direct verband hebben met een val 6 jaar geleden van de trap en de belastbaarheid sindsdien ernstig is verlaagd, is een therapeutische interventie gewenst. Alleen om een goed beleid hierop te zetten is het van belang om te weten of de val schade heeft veroorzaakt arthrogene L3-L4 en C5-C6. Hierbij het verzoek om een X-foto te maken van CWK/LWK*”.
- 4.2. De behandelend fysiotherapeut heeft voorts bij verzoekster het volgende vastgesteld: “(...) *st. na whiplash*”, en verzocht om chronische fysiotherapie voor een gelimiteerde periode van 3-6 maanden.
- 4.3. Vanaf 7 januari 2011 vinden de behandelingen plaats, waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag is vermeld.
- 4.4. Verzoekster stelt dat zij in 2004 van de trap is gevallen, waarbij zij op haar nek is terecht gekomen. Vanaf dat moment is haar leven totaal veranderd. Verzoekster had last van heftige pijn; haar evenwicht was zeer slecht, en zij kon niet zonder onder-

steuning lopen. Uiteindelijk heeft verzoekster haar baan opgezegd omdat werken niet meer mogelijk was.

- 4.5. Verzoekster heeft na de val diverse fysiotherapeuten, een manueel arts en een chiropractor bezocht. Tevens heeft zij cranio sacraal therapie ondergaan en is zij naar de pijnpoli van het ziekenhuis geweest. Verzoekster stelt diverse malen te hebben verzocht om foto's en een MRI-scan, maar deze zijn niet gemaakt. De ondergane behandelingen hebben niet gewerkt en verzoekster heeft alles zelf bekostigd.
- 4.6. In april 2010 was de situatie onhoudbaar. Verzoekster lag halve dagen op bed, was erg moe, had heftige pijn en kreeg andere bijkomende klachten. Verzoekster heeft in die periode een nieuwe fysiotherapeut bezocht. Deze stelde voor om foto's te laten maken, alvorens eventueel te starten met een behandeling. Uit de gemaakte foto's bleek dat verzoekster door de val van de trap een klap op twee nekwervels heeft gekregen. Direct nadat de diagnose 'whiplash' was gesteld, is verzoekster naar de huisarts gegaan en deze raadde haar aan een aanvraag in te dienen voor fysiotherapie. Hierna is de fysiotherapeut met de behandeling gestart. Verzoekster stelt dat hierdoor een enorme verbetering is opgetreden. De pijn in haar nek en hoofd is aanzienlijk minder. Volgens de fysiotherapeut kan verzoekster 95% tot 100% herstellen.
- 4.7. Verzoekster meent dat de ziektekostenverzekeraar de behandelingen fysiotherapie dient te vergoeden voor een periode van maximaal zes maanden, op grond van de indicatie whiplash die op bijlage 1 Bzv voorkomt. Vergoeding van de fysiotherapie betekent herstel van haar gezondheid, en bovendien een kostenbesparing voor de ziektekostenverzekeraar.
- 4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat aanspraak bestaat op fysiotherapie, indien sprake is van een indicatie die voorkomt op Bijlage 1 Bzv. De indicatie 'whiplash' wordt in dit verband vermeld. Verzoekster heeft de aanvraag voor langdurige fysiotherapie echter pas in 2011 ingediend. Nu dit niet binnen drie maanden na het ontstaan van het trauma is gebeurd, komt verzoekster niet (meer) in aanmerking voor fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar stelt voorts dat de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak biedt op beweegzorg tot maximaal € 400,- per kalenderjaar. Verzoekster heeft deze vergoeding voor het jaar 2011 al ontvangen. Derhalve worden op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering voor het jaar 2011 geen kosten van fysiotherapie meer vergoed.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 35 van de zorgverzekering.

Artikel 24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Artikel 24 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Omschrijving

U hebt recht op zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

(...)

18 jaar en ouder:

(...)

- *u hebt vanaf de dertiende behandeling recht op behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. Deze aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van VWS. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst.*

De kosten van de eerste twaalf behandelingen per aandoening komen voor uw eigen rekening. U krijgt deze behandelingen mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt.

(...)

Door

Fysiotherapeut (...)

Verwijsbrief

U hebt alleen een verwijsbrief nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

Toestemming

*U hebt alleen voorafgaande toestemming nodig als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).
(...)"*

- 8.3. Artikel 24 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Paramedische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv en verder uitgewerkt in Bijlage 1 Bzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op 'Beweegzorg'. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel als volgt:

"Artikel 10 Beweegzorg

Het budget beweegzorg bestaat uit twee onderdelen:

*A. Beweegzorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Dit noemen we curatieve beweegzorg;
(...)*

Omschrijving:

A. Bij beweegzorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt moet u denken aan de volgende therapieën:

1. fysiotherapie;

(...)

Wie mag de zorg verlenen:

*1. fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);
(...)*

Het totale budget beweegzorg bedraagt:

(...)

- Aanvullend Extra Pakket

maximaal € 400 per kalenderjaar

(...)

Bijzonderheden:

(...)

u bent 18 jaar en ouder:

u hebt recht op vergoeding, tot maximaal uw budget, van de kosten van de eerste twaalf behandelingen als het om behandeling gaat van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. Deze aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van VWS. U vindt

deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Vanaf de dertiende behandeling hebt u recht op vergoeding van de kosten vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist (...)

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster heeft aanspraak op behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering – met uitzondering van de eerste twaalf behandelingen –, indien haar aandoening voorkomt op Bijlage 1 Bzv.
- 9.2. Bij verzoekster is sprake van status na whiplash. Het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 16 van de bijlage betreft de indicatie whiplash. De maximale termijn gedurende welke de behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering komen is bij deze indicatie ingevolge het zesde lid van de bijlage maximaal drie maanden. Indien hierna nog sprake is van de trias bewegingsverlies, conditieverlies en cognitieve stoornissen, kan deze periode worden verlengd met maximaal zes maanden.
- 9.3. Het geschil spitst zich toe op de vraag of momenteel nog aanspraak bestaat op behandelingen fysiotherapie nu het trauma reeds in 2004 is ontstaan. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 9.4. In het Bzv zijn geen nadere regels gesteld omtrent de termijn waarbinnen de behandelingen fysiotherapie in verband met whiplash moeten worden gestart. Wel is duidelijk dat de aanspraak op langdurige fysiotherapie eenmalig is en is gekoppeld is aan een bepaald whiplashtrauma. In 2005 heeft het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) een praktijkrichtlijn inzake whiplash uitgebracht (KNGF-richtlijn). Hierin wordt onder meer het therapeutisch proces in diverse fases beschreven. De eerste fase start direct na het ongeval. Uit de richtlijn volgt dat behandelingen zeven jaar na het ongeval, niet doelmatig en doeltreffend (meer) zijn.
- 9.5. De commissie is daarom van oordeel dat verzoekster geen aanspraak heeft op behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. Verzoekster heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van behandelingen fysiotherapie tot maximaal € 400,-- per kalenderjaar, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat hij het bedrag van € 400,-- voor het jaar 2011 heeft vergoed. Verzoekster heeft dit niet bestreden.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 november 2011,

Voorzitter