

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Paramedische zorg, Fysiotherapie
Zaaknummer	: ANO06.13
Zittingsdatum	: 23 augustus 2006

ANONIEM BINDEND ADVIES

Zaak: ANO06.13, 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)

(art.11 en 14 Zvw, 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 d.d. 9 februari 2006 niet de noodzakelijke 104 behandelingen fysiotherapie te vergoeden, doch slechts een machtiging te verlenen voor 52 behandelingen fysiotherapie op jaarbasis.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1 Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2 Bij brief van 9 februari 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat haar een machtiging voor 52 fysiotherapeutische behandelingen op jaarbasis wordt verleend.
- 3.3 Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 9 maart 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4 Bij brief van 23 maart 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd zich uit te spreken over de vraag of de zorgverzekeraar gehouden is conform de aanvraag een machtiging af te geven voor 104 behandelingen fysiotherapie op jaarbasis.
- 3.5 Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft 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 op 10 mei 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7 Op 22 mei 2006 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn verzoekster en de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.

- 3.8 Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster op 26 mei 2006 afgezien. De zorgverzekeraar heeft op 30 mei 2006 aangegeven niet gehoord te willen worden.
- 3.9 Bij brief van 29 juni 2006 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.10 Het College voor zorgverzekeringen heeft de commissie op 19 juli 2006 zijn visie op de kwestie gegeven. Een afschrift hiervan is aan dit advies gehecht.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1 Verzoekster is een 57-jarige vrouw die sinds 1986 chronisch ziek is als gevolg van een meningo-encephalitis. Mevrouw heeft hier een parese aan het rechter been aan overgehouden. Daarnaast is sprake van een HNP op niveau L4-L5.
- 4.2 Ter stimulering van de ADL en daarmee de zelfredzaamheid van verzoekster, heeft zij sinds jaren twee keer per week fysiotherapie. Omdat zenuwweefsel zich traag herstelt, is het bereiken van een eindniveau een langdurig proces, doch er is nog steeds progressie te zien, aldus de fysiotherapeut. Nu het eindstadium nog niet bereikt is, is het van belang de behandelingen fysiotherapie twee keer per week te continueren. Om deze reden wil verzoekster een machtiging voor 104 fysiotherapeutische behandelingen voor 2006.
Verzoekster is het dan ook niet eens met de stelling van de medische adviseur van de zorgverzekeraar dat een status quo zou zijn bereikt en er geen verbetering meer valt te verwachten.
- 4.3 Verder is verzoekster van mening dat zij, na herhaalde pogingen van haar kant om de dekking voor de fysiotherapie onder de nieuwe zorgverzekering te achterhalen, van de zorgverzekeraar geen reactie heeft gekregen. De definitieve afwijzing werd volgens verzoekster dermate laat toegezonden dat opzeggen vóór 1 maart 2006 niet meer tot de mogelijkheden behoorde. Verzoekster voelt zich dan ook misleid in deze, en is ook hierom van mening dat er een machtiging voor 104 fysiotherapeutische behandelingen voor 2006 dient te worden afgegeven.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar is van mening dat de publiekrechtelijke regeling met ingang van 1 januari 2006 niet meer bestaat, en dat de aanvraag voor bovengenoemde machtiging daarom beoordeeld dient te worden aan de polisvoorwaarden van de per 1 januari 2006 aangegane zorgverzekering.
- 5.2 De zorgverzekeraar stelt zich op het standpunt dat verzoekster met de indicatie meningitis, meningencefalitis, re-parese met dubbele hernia voldoet aan de indicatiecriteria van bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekeringen.
- 5.3 Het advies van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar luidt vervolgens dat sprake is van een status quo in de verbetering van de lichaamsfuncties van verzoekster en dat daarom onderhoudstherapie is aangewezen. Met andere woorden, als betrokkene de aangeleerde oefeningen tevens zelfstandig uitvoert, zijn 52 behandelingen voldoende om te kunnen spreken van adequate zorg. Hiermee beantwoordt de afgegeven machtiging ten behoeve van 52 fysiotherapeutische behandelingen voor 2006 aan de eis van doelmatigheid, in die zin dat betrokkene naar inhoud en omvang op de zorg moet zijn aangewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie acht zich bevoegd van het onderhavige geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Daarbij beperkt de bevoegdheid van de commissie zich tot de uitvoering van de tussen partijen gesloten zorgverzekering.

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 Burgerlijk Wetboek tot stand gekomen. Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen als 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). Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.

- 7.2 Vergoeding voor paramedische zorg staat vermeld in artikel 22 van de polisvoorwaarden van de zorgverzekering. Artikel 22.2 bepaalt voor verzekerden van 18 jaar en ouder dat aanspraak bestaat op

“vergoeding van kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden.”

- 7.3 De regeling van artikel 22 is volgens het Algemene deel, artikel 1 onder 62, van de polisvoorwaarden gebaseerd op 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 Vanuit genoemde regelgeving heeft het volgende te gelden. Op grond van artikel 11, eerste lid onderdeel a en b van de Zvw bestaat aanspraak op zorg en overige diensten of de vergoeding van kosten van zorg en overige diensten. Waar het gaat om paramedische zorg is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.6 Bzv. In het tweede lid is vervolgens bepaald dat fysiotherapie en oefentherapie zorg omvat zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in Bijlage 1 aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar en ouder niet de eerste negen behandelingen.

- 7.5 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 7.6 In de situatie van verzoekster is sprake van een aandoening van het zenuwstelsel als genoemd in Bijlage 1, eerste lid onder a, waarnaar artikel 22.2 van de polis verwijst. Hiermee staat de indicatiestelling van verzoekster vast, hetgeen overigens ook niet door de zorgverzekeraar betwist wordt.

- 7.7 De commissie begrijpt voorts dat het ontbreken van een verwijzing door de (huis)arts van verzoekster voor de zorgverzekeraar geen aanleiding is geweest om de aanvraag voor de machtiging fysiotherapie af te wijzen.

- 7.8 Het onderhavige geschil spitst zich derhalve toe op het aantal behandelingen in relatie tot de doelmatigheid.

De algemene bepaling inzake de medische noodzaak, artikel 2.3 van de polis-voorwaarden, vermeldt ten aanzien hiervan dat het recht op de verzekerde prestaties slechts bestaat:

“indien en voor zover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.”

In het eerste lid van artikel 10 van de polis wordt vervolgens het recht op verzekerde prestaties uitgesloten indien en voor zover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang niet redelijkerwijs is aangewezen .

- 7.9 Ter zake is artikel 14 Zvw relevant. Blijkens de Memorie van toelichting op artikel 14 richt deze bepaling zich in eerste instantie tot de zorgverzekeraar. Hierbij dient de vraag of een verzekerde op grond van zorginhoudelijke criteria behoefte heeft aan zorg, op deskundige wijze te worden beantwoord. De verzekeraar dient hiertoe gebruik te maken van verzekeringsartsen of andere deskundigen op zorgterrein.
- 7.10 De medisch adviseur van de zorgverzekeraar heeft zonder meer het standpunt ingenomen dat verzoekster aangewezen is op onderhoudstherapie als adequate zorg omdat haar aandoening een status quo zou hebben bereikt, waarbij zij de overige oefeningen thuis kan doen.
Niet is gebleken van objectiveerbare medische gegevens, noch van enige vorm van onderzoek, noch van het inwinnen van informatie bij de behandelaar(s) van verzoekster door de zorgverzekeraar waardoor deze conclusie gerechtvaardigd zou kunnen zijn. Terwijl anderzijds de behandelaar van verzoekster in zijn schrijven van 10 april 2006 gemotiveerd heeft aangevoerd dat verzoekster zich nog in een opbouwfase naar een acceptabele functionaliteit zonder val- of bewegingsangst bevindt, waarin nog steeds progressie te zien is. Er kan daarom niet worden gesproken van een voldoende gemotiveerde doelmatigheidscorrectie, met als uitkomst halvering van het aantal voorgeschreven behandelingen.
- 7.11 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek moet worden toegewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1 De commissie wijst het verzoek toe.

Zeist, 23 augustus 2006

Voorzitter