

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Paramedische zorg, fysiotherapie
Zaaknummer	: ANO06.74
Zittingsdatum	: 1 november 2006

ANONIEM BINDEND ADVIES

Zaak ANO06.074, 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 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 1 maart 2006 inzake het niet verlenen van een machtiging voor de noodzakelijke fysiotherapiebehandelingen ten laste van de zorgverzekering.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1 Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd basis van de Basisverzekering restitutiepolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), hierna te noemen: de zorgverzekering. Verzekerde heeft ook een aanvullende verzekering bij de zorgverzekeraar.
- 3.2 Bij brief van 1 maart 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat hij recht heeft op 14 fysiotherapiebehandelingen ten laste van de aanvullende verzekering. Daar de aandoening niet voorkomt in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) wordt geen machtiging afgegeven voor fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.
- 3.3 Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 5 juli 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4 Bij brief van 22 augustus 2006 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar een machtiging voor de noodzakelijke fysiotherapiebehandelingen ten laste van de zorgverzekering dient af te geven.
- 3.5 Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft 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 10 oktober 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7 Op 11 oktober 2006 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn verzoeker en de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.8 Van de mogelijkheid zich te doen horen is door partijen gebruik gemaakt. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 1 november 2006 in persoon gehoord.
- 3.9 Bij brief van 14 november 2006 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 Zvw.
- 3.10 Het College voor Zorgverzekeringen heeft op 7 december 2006, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1 Verzoeker heeft in oktober 2005 een ongeluk gehad tijdens het sporten. De verwonding was van dien aard dat een ziekenhuisopname niet nodig was. Na verloop van tijd bleek dat de pink van verzoeker in een hinderlijke gefixeerde stand stond. Verzoeker geeft aan dat hem door een arts werd verteld dat een operatie één van de oplossingen was. De andere oplossing was fysiotherapie in het ziekenhuis. Verzoeker heeft in 2005 4 fysiotherapiebehandelingen ondergaan, in 2006 waren het 32 ten laste van de zorgverzekering en 14 ten laste van een aanvullende verzekering. Na 50 behandelingen is thans de situatie dat de pink een chronisch probleem is en waarschijnlijk zal blijven. Verzoeker geeft aan dat hij eind november 2006 een bezoek zal brengen aan de specialist die dan definitief zal beslissen of de pink geopereerd dient te worden.
- 4.2 Verzoeker geeft aan dat het voor hem onduidelijk is of er nou sprake is van een chronische aandoening of niet, daar de specialist wel spreekt over een chronische aandoening en de zorgverzekeraar van mening is dat dat niet het geval is. Verzoeker is van mening dat opereren blijkbaar voldoende is om alle kosten vergoed te krijgen, terwijl niet opereren betekent dat de kosten van de fysiotherapie - na de 14 behandelingen ten laste van de aanvullende verzekering - zelf betaald dienen te worden.
- 4.3 Door de fysiotherapeut wordt in een verklaring aangegeven dat er aanvankelijk een indicatie bestond voor opereren, daar de vinger zich in een nauwelijks te corrigeren Boutonnière-stand positioneerde. Nadien werd toch besloten voor fysiotherapie, wat later een terechte keuze bleek te zijn geweest: de vinger vertoont thans een goede reactie. Voorts verklaard de fysiotherapeut dat behandeling van de pink noodzakelijk is geweest om invaliderende positie van de vinger, en een hierdoor niet te vermijden operatie, te voorkomen.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar geeft aan dat de oude regeling met ingang van 31 december 2005 van rechtswege is beëindigd. Dientengevolge wordt de aanvraag van de machtiging thans beoordeeld aan de hand van de polisvoorwaarden van de per 1 januari 2006 gesloten zorgverzekering
- 5.2 De zorgverzekeraar stelt dat hij in artikel 22.2 van de tussen hem en verzoeker gesloten zorgverzekering de regelgeving in verband met de vergoeding van de kosten van paramedische zorg heeft opgenomen. In genoemde bepaling is

opgenomen dat fysiotherapie voor vergoeding in aanmerking komt als gebleken is van één van de chronische aandoeningen als vermeld in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Bzv). Is daarvan sprake, dan komen de eerste negen behandelingen fysiotherapie niet ten laste van de zorgverzekering. Ten aanzien van de aandoening van verzoeker, merkt de zorgverzekeraar op dat deze niet voorkomt in de genoemde bijlage. Er is dan ook geen sprake van een chronische indicatie.

- 5.3 Gebleken is dat verzoeker in 2006 32 fysiotherapiebehandelingen in een ziekenhuis heeft ondergaan. De nota's voor deze behandelingen worden elektronisch aangeleverd, waardoor het voor het automatiseringssysteem van de zorgverzekeraar niet mogelijk is om deze nota's als fysiotherapie te herkennen; de nota's zijn herkend als zijnde bijkomende kosten van het ziekenhuis en zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering. De zorgverzekeraar is van mening dat de fysiotherapiebehandelingen niet zijn aan te merken als revalidatie, omdat revalidatie een multidisciplinaire behandeling betreft. Hiervan is in dit geval geen sprake. Hoewel verzoeker geen recht heeft op vergoeding van deze nota's, zal de zorgverzekeraar de kosten niet terugvorderen.
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 De rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar was als publiekrechtelijk orgaan belast met de uitvoering van een ziektekostenregeling voor ambtenaren. Met ingang van 1 januari 2006 is sprake van een naamloze vennootschap die als zorgverzekeraar opereert.
- 7.2 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 is 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
- 7.3 Uit artikel 12 van de zorgverzekering valt op te maken dat fysiotherapie een restitutiekarakter heeft. De aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck is geregeld in artikel 22 van de voorwaarden van de zorgverzekeraar. 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.

Door: fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, bekkentherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut”.

- 7.4 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.
- 7.5 Vanuit de toepasselijke regelgeving heeft het volgende te gelden.
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.
- 7.6 Artikel 2.6 Bzv regelt dat de zorg omvat zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in Bijlage 1 aangegeven aandoeningen. In dit artikel is voorts expliciet opgenomen dat de eerste negen behandelingen uitgesloten zijn van vergoeding.
- 7.7 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.8 De commissie stelt vast dat verzoeker geen recht heeft op behandelingen fysiotherapie conform artikel 22 van de polis. De aandoening waar verzoeker mee kampt komt namelijk niet voor in Bijlage 1 van het Bzv, de lijst van aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie. Overigens heeft verzoeker, nu de zorgverzekeraar heeft toegezegd de kosten niet te zullen terugvorderen, geen financieel belang meer in dit geschil.
- 7.9 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 december 2006

Voorzitter