

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Paramedische zorg; fysiotherapie
Zaaknummer : ANO07.062
Zittingsdatum : 7 februari 2007

Zaak: ANO07.062 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 2006, art. 11 Zvw, 2.6 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 van 25 augustus 2006 inzake het niet vergoeden van de kosten van fysiotherapie.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 25 augustus 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de kosten van fysiotherapie niet ten laste van de zorgverzekering vergoed worden, aangezien de machtiging niet meer geldig is.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 24 oktober 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 15 november 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering te vergoeden.
- 3.5. 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.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 8 januari 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Bij brief van 10 januari 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Op 16 januari 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 7 februari 2007 op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan dit advies gehecht.

- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster op 17 januari 2007 afgezien. De zorgverzekeraar heeft op 24 januari 2007 afgezien van de hoorzitting.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 67-jarige vrouw die kampt met een pseudoradiculair lumbaal syndroom links. Verzoekster stelt dat zij, gezien de klachten die zij heeft en de conclusie van de neuroloog, wel recht heeft op meer behandelingen fysiotherapie dan de 14 die zij op grond van de door haar afgesloten aanvullende verzekering vergoed heeft gekregen.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar haalt de geldende regelgeving in 2006 aan. Daarin wordt verwezen naar de in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) genoemde aandoeningen, voorzover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Wat betreft de langdurige en/of intermitterende fysiotherapie geldt dat de lijst limitatief en dwingend van aard is. De zorgverzekeraar geeft hiermee aan dat er niet van de lijst mag worden afgeweken.
- 5.2 De zorgverzekeraar heeft het dossier van verzoekster voorgelegd aan zijn paramedisch adviseur. De paramedisch adviseur heeft geoordeeld dat verzoekster spreekt van “uitval van de sluitspieren” en dat zij daarmee vermoedelijk doelt op de m-splincter ani (anus). Deze spier valt niet onder de motorische spieren of onder de automatische spieren. De fysiotherapeutische behandeling zal daar volgens de paramedisch adviseur dan ook niet op gericht zijn. Ten aanzien van de gestelde indicatie pseudoradiculair lumbaal syndroom links, geldt dat deze niet voorkomt in Bijlage 1 van het Bzv. De paramedisch adviseur is daarom van oordeel dat er terecht een vergoeding is toegekend van maximaal 14 behandelingen per kalenderjaar, op basis van de aanvullende verzekering.

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. 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 zijn 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.

- 7.2. Uit artikel 22.2 van de zorgverzekering valt op te maken dat, waar het gaat om fysiotherapie, de verzekering een restitutiekarakter heeft. De aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck is geregeld in artikel 22.2 van de zorgverzekering. 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.

Bijzonderheden:

1. bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook (verwijzing naar website); (...)”

- 7.3. 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.
- 7.4. Voor de beoordeling van het onderhavige geschil zijn de navolgende wettelijke bepalingen relevant.
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.
- 7.5. 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.
- 7.6. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.7. De aandoening waar verzoekster mee kampt, te weten pseudoradiculair lumbaal syndroom links, komt niet voor in Bijlage 1 van het Bzv, de lijst van aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie. In Bijlage 1 van het Bzv komt wel de aandoening radiculair syndroom met motorische uitval voor. De neuroloog van verzoekster heeft in haar brief aan de huisarts van verzoekster van 17 mei 2006 echter expliciet vermeld dat zij er klinisch “niet echt een duidelijk radiculair syndroom van (kan) maken”. Ook wordt door de neuroloog en de huisarts niet gesproken over motorische uitval. Zodoende voldoet verzoekster niet aan de gestelde voorwaarden. Met betrekking tot het door verzoekster gestelde omtrent de “uitval van de sluitspieren” ontbreekt een indicatiestelling, terwijl voorts de fysiotherapie niet gericht is op de behandeling van de motorische of de automische spieren. De commissie concludeert op basis hiervan dat verzoekster geen recht heeft op behandelingen fysiotherapie conform artikel 22.2 van de polis.
- 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, 14 mei 2007

Voorzitter