

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C, vs. D te E
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie
Zaaknummer : ANO07.006
Zittingsdatum : 7 februari 2007

ANONIEM BINDEND ADVIES

Zaak: ANO07.006 (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)

(Zorgverzekering 2006, artt. 10 en 11 Zvw, art. 2.6 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster, in deze vertegenwoordigd door C,
tegen

D te E, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 7 april 2006 haar geen vergoeding te verlenen voor twee behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering). Het betreft hier een naturaverzekering. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar geen aanvullende verzekering afgesloten.
- 3.2. Bij brief van 7 april 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de eerste negen behandelingen fysiotherapie niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 9 oktober 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 12 oktober 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is twee behandelingen 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 16 november 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7. Op 20 november 2006 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. De geplande hoorzitting van 13 december 2006 is op verzoek van de zorgverzekeraar verzet. Op verzoek van verzoekster is de geplande hoorzitting van 20 december 2006 verzet.
- 3.9. Bij brief van 13 december 2006 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 15 december 2006 de ontvangst van de adviesaanvraag aan de commissie bevestigd.
- 3.10. Bij brief van 23 januari 2007 zijn verzoekster en de zorgverzekeraar uitgenodigd voor een hoorzitting. Op 7 februari 2007 zijn partijen in persoon gehoord.
- 3.11. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 12 maart 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan dit bindend advies gehecht.
- 3.12. Bij brief van 13 maart 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie van het College voor zorgverzekeringen op 16 maart 2007 bericht ontvangen dat uit het verslag van de hoorzitting geen feiten of omstandigheden naar voren zijn gekomen die aanleiding geven zijn eerder uitgebrachte advies te herzien.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 85-jarige vrouw. In 2005 heeft zij haar heup gebroken. In verband daarmee is zij geopereerd. Verzoekster stelt dat het ziekenhuis vervolgens verzuimd heeft haar fysiotherapiebehandelingen te geven. Had het ziekenhuis dat wel gedaan, dan waren volgens verzoekster de onderhavige behandelingen niet nodig geweest.
- 4.2. Verder geeft verzoekster aan dat de huisarts haar op haar verzoek heeft verwezen naar de fysiotherapeut. Daarbij tekent verzoekster aan dat de huisarts en de fysiotherapeut hebben gezegd dat de fysiotherapiebehandelingen vergoed zouden worden.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat zij in 2006 twee fysiotherapiebehandelingen heeft gehad. Daarna is zij met de behandelingen gestopt.
- 4.4. Verzoekster concludeert dat de zorgverzekeraar de beide fysiotherapiebehandelingen in 2006 ten laste van de zorgverzekering dient te vergoeden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat in de polisvoorwaarden is opgenomen dat bij chronische aandoeningen verzekerden vanaf 18 jaar aanspraak hebben op 100% vergoeding vanaf de 10^e behandeling. Volgens de zorgverzekeraar zien de gedeclareerde fysiotherapiebehandelingen niet op de tiende of volgende behandeling, zodat op grond van de zorgverzekering (nog) geen aanspraak bestaat op vergoeding van de fysio-

therapiebehandelingen.

- 5.2. Verder merkt de zorgverzekeraar op dat hij in zijn aanvullende verzekeringen een aanspraak op fysiotherapiebehandelingen heeft opgenomen. Een dergelijke aanvullende verzekering heeft verzoekster echter niet gesloten.

- 5.3. De zorgverzekeraar concludeert dan ook dat het verzoek moet worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Op grond van het artikel 15 van de polisvoorwaarden en het Reglement van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen is de commissie bevoegd ten aanzien van geschillen die betrekking hebben op de overeenkomst van zorgverzekering. Een dergelijke overeenkomst is met ingang van 1 januari 2006 tussen partijen tot stand gekomen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Voor de beantwoording van de vraag of de door verzoekster in 2006 genoten behandelingen fysiotherapie voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen, is het volgende van belang. Artikel 18.1 van zorgverzekering bepaalt, voor zover in dit geval van belang:

*"U heeft aanspraak op de 10^e en daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut bij bepaalde chronische aandoeningen, overeenkomstig bijlage 1 van het Besluit zorgverzekeringen. Het overzicht uit bijlage 1 van het Besluit zorgverzekeringen maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.
(...)"*

Voorwaarden:

*- u heeft alleen aanspraak indien u bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
(...)"*

- 7.2. De zorgverzekering, en daarmee de regeling van artikel 18.1, is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Verder volgt uit artikel 1 onder d van de Zvw dat een zorgverzekering niet meer of minder mag bieden dan daaromtrent is bepaald in de wet en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Bzv en de Rzv. De commissie constateert dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling waarbij aanspraak bestaat op fysiotherapie strookt met het daaromtrent bepaalde in de artikelen 10 en 11 Zvw en artikel 2.6 Bzv, zoals deze bepalingen luiden ten tijde van de aanvraag.

- 7.3. De commissie stelt vervolgens vast dat artikel 18.1 van de zorgverzekering vergoeding van de eerste negen behandelingen uitsluit. De commissie tekent hierbij aan dat het bij de onderhavige behandelingen gaat om enkelvoudige fysiotherapie. De in dat verband geldende voorwaarden zijn opgenomen in eerder genoemd artikel 18.1. De aanspraak op enkelvoudige fysiotherapie omvat, zoals gezegd, niet de eerste negen behandelingen. De stelling van verzoekster dat indien het ziekenhuis tijdig met fysiotherapiebehandelingen zou zijn begon-

nen, thans geen (enkelvoudige) fysiotherapie nodig zou zijn geweest, alsmede de opmerking dat de huisarts en de fysiotherapeut hebben gezegd dat de behandelingen worden vergoed, maken dit niet anders.

7.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek wordt afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 maart 2007,

Voorzitter