

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie
Zaaknummer : ANO06.098
Zittingsdatum : 13 december 2006

Zaak: ANO06.098, Paramedische zorg, fysiotherapie

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (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 verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

- 2.1. Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 29 mei 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. 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 29 mei 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat geen machtiging wordt verleend voor fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Ten laste van de aanvullende verzekering krijgt verzoekster 14 behandelingen vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 25 juli 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 16 september 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar 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, 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 20 oktober 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Op 24 oktober 2006 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.8. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door beide partijen gebruik gemaakt. Partijen zijn op 13 december 2006 in persoon gehoord.

- 3.9. Bij brief van 18 december 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 op 15 januari 2007 op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzekerde is een 77-jarige vrouw, die kampt met een hoge nekhernia die uitstraalt naar haar rechterarm. Zij is in 2004 naar een neuroloog en een chirurg geweest. Zij hebben geoordeeld dat de hernia weliswaar operabel is, maar dat niet uitgesloten is dat de pijnklachten blijven. Deze dienen behandeld te worden in een "pijnkliniek". Verzoekster heeft tot 30 augustus 2006 6 à 7 behandelingen gehad om de pijn te verlichten. Vanaf dat moment is de pijn draaglijk dankzij fysiotherapie.
- 4.2. Verzoekster stelt dat de zorgverzekeraar van mening is dat haar klachten niet chronisch zijn, maar dat zij, alsook haar huisarts en haar fysiotherapeut van mening zijn dat het wel degelijk chronische klachten betreft. Zij heeft meer behandelingen nodig om de pijn draaglijk te maken en de arm en schouder mobiel te houden.
- 4.3. Verzoekster heeft met haar brief van 29 september 2006 een verklaring van haar huisarts toegezonden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat hij in artikel 22.2 van de tussen hem en verzoekster 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 behandelingen fysiotherapie, met uitzondering van de eerste negen, ten laste van de zorgverzekering. Ten aanzien van de aandoening van verzoekster, merkt de zorgverzekeraar op dat deze niet voorkomt in de genoemde bijlage. Er is dan ook geen sprake van een chronische indicatie.
- 5.2. De zorgverzekeraar heeft de zaak voorgelegd aan zijn paramedisch adviseur. De paramedisch adviseur geeft aan dat het geschil betreft de aandoening nekklachten op basis van vroeger doorgemaakte cervicale hernia welk conservatief is behandeld in pijnteam en met fysiotherapie. Volgens de paramedisch adviseur is dit geen chronische indicatie die voorkomt op bijlage 1 van het Bzv.

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 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.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Machtiging: ja.

Bijzonderheden:

1. bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

2. met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie en individuele behandeling dan wel groepsbehandeling of vorm van fitness die er toe strekt om de conditie door middel van training te bevorderen.”

- 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. In het kader van het onderhavige geschil zijn de navolgende 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 vergoeding van de kosten van zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Waar het gaat om paramedische zorg is een en ander, conform artikel 11 lid 3 van de Zvw, naar aard en omvang omschreven in artikel 2.6 Bzv.
- 7.5. In artikel 2.6 Bzv is vervolgens bepaald dat paramedische zorg fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadvisering omvat. In lid 2 van dit artikel is bepaald dat fysiotherapie en oefentherapie de zorg omvat zoals fysiotherapeuten 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 commissie stelt vast dat verzoekster geen recht heeft op behandelingen fysiotherapie conform artikel 22 van de polis. De aandoening waar verzoekster mee kampt, namelijk “chronische cervicobrachiale klachten op basis van cervicale disopathie C5.C6”, zoals op de aanvraag machtiging door de huisarts en de fysiotherapeut is ingevuld, komt namelijk niet als zodanig voor in Bijlage 1 van het Bzv, de lijst van aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie. De aanvraag van de machtiging is in deze leidend. De door de fysiotherapeut met de brief van 11 augustus 2006 gegeven toelichting dat het hier gaat om de indicatie “regio cervicalis/weke delen perifere zenuwaandoening” leidt niet tot een andere uitkomst, nu ook dit geen indicatie volgens Bijlage 1 van het Bzv is.
De commissie is niet bevoegd om te oordelen over de machtiging die is afgegeven ten laste van de aanvullende verzekering.
- 7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 januari 2007

Voorzitter