

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Fysiotherapie, proliferatieve myositis
Zaaknummer : 2011.02896
Zittingsdatum : 15 augustus 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P.Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.6 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen 50+ (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Tandarts afgesloten. De verzekering Tandarts is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van behandelingen fysiotherapie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak met betrekking tot de zorgverzekering is afgewezen. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering is een vergoeding mogelijk van maximaal € 425,-- per kalenderjaar.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 12 december 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 22 april 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 juli 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 juli 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 11 juli 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 5 juli 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 16 juli 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012083302) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat proliferatieve myositis als lokale spieraandoening niet voor komt op de chronische lijst voor fysiotherapie. Ook systemische auto-immuunziekten komen niet voor op deze lijst. Bij spierziekten op deze lijst gaat het om aandoeningen van het zenuwstelsel met spierkrachtverlies. Hiervan is niet gebleken bij verzoekster. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 augustus 2012 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 16 augustus 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 21 augustus 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is bekend met proliferatieve myositis. Haar is verteld dat zij de tweede persoon in Nederland is die deze aandoening heeft. Omdat de ziekte zo zeldzaam is, is het logisch dat deze niet op de lijst van Minister Borst staat. Verzoekster is daarom van mening dat voor haar een uitzondering moet worden gemaakt. Zij ondervindt veel klachten van haar ziekte. De spier tussen haar nek, schouder en arm trekt voortdurend. Verzoekster heeft altijd spierpijn en is erg moe. Zodra de behandelingen fysiotherapie worden verminderd, merkt verzoekster direct een achteruitgang en krijgt zij meer klachten.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat bij haar – in tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar en het CVZ melden – wel sprake is van krachtvermindering. Zij kan niet meer tillen, en fietsen, wandelen, tuinieren en zelfs puzzelen is beperkt geworden. In mei is verzoekster opgenomen in het ziekenhuis vanwege hoge koorts en erge spierpijnen. Verder heeft verzoekster aangevoerd dat bij haar sprake is van een uitzonderlijke situatie. Zij heeft begrepen dat er een pot is

waaruit deze kosten worden voldaan.

- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Chronische fysiotherapie komt alleen voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking, indien het gaat om één van de op Bijlage 1 Bzv genoemde aandoeningen. De ziekte van verzoekster komt hierop niet voor, zodat de behandelingen fysiotherapie niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed.
- 5.2. Fysiotherapie is bij het behandelen van kramp dan wel het masseren van knopen niet bewezen effectief. Deze behandeling is bij de aandoening van verzoekster derhalve niet doelmatig.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het duidelijk is dat verzoekster in een hele vervelende situatie verkeert, en dat zij zich door de fysiotherapie beter voelt. De vraag is echter of er een vergoeding mogelijk is. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar en die van het CVZ hebben dit beoordeeld. De Minister van VWS heeft een lijst opgesteld voor chronische fysiotherapie. Alleen als de aandoening op de lijst staat, kan de fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering worden vergoed. Voor het overige is de verzekerde aangewezen op de aanvullende verzekering. Verzoekster heeft inmiddels elders een aanvullende verzekering met onbeperkte fysiotherapie afgesloten. Voor haar is dit beter.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.25. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B.16.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op paramedische zorg, waaronder fysiotherapie, bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Als u 18 jaar of ouder bent, bestaat de zorg uit fysiotherapie of oefentherapie als u beperkingen hebt als gevolg van een aandoening die op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie" staat. U vindt deze lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) op onze internetsite en kunt deze ook bij ons opvragen."

Per aandoening genoemd op de lijst bestaat de zorg uit de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en oefentherapie vanaf de dertiende behandeling. Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, omvat de zorg behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn. (...)"

- 8.4. Artikel A.3.2. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"(...)Verzekerd is die zorg die onder de dekking van uw verzekering valt en waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen."

- 8.5. De artikelen A.3.2. van 'Hoofdstuk A' en B.16.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Paramedische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv en verder uitgewerkt in Bijlage 1 Bzv. Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.8. Artikel D.5. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op fysiotherapie en luidt, voor zover hier van belang:

"D.5.1.2. Waar hebt u recht op?"

Wij vergoeden fysiotherapie of oefentherapie. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. (...)"

Het Vergoedingen Overzicht vermeldt:

“Fysiotherapie en oefentherapie maximaal € 425,- per jaar”.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt dekking voor fysiotherapie, met uitzondering van de eerste twaalf behandelingen, indien het gaat om één van de op Bijlage 1 Bzv genoemde situaties.
- 9.2. Proliferatieve myositis als lokale spieraandoening komt niet voor op Bijlage 1 Bzv. Ook systemische auto-immuunziekten komen niet voor op deze lijst. De aandoening is tevens niet te beschouwen als ‘spierziekte’ als bedoeld op Bijlage 1, onderdeel 1, subonderdeel a, aangezien het in dat geval dient te gaan om neuromusculaire aandoeningen. Bij deze aandoeningen treedt doorgaans in meerdere spieren krachtsverlies op, hetgeen bij verzoekster niet aan de orde is. Het CVZ adviseert om deze reden het verzoek af te wijzen. De commissie volgt het CVZ in zijn advies, en komt tot de conclusie dat verzoekster geen indicatie heeft voor fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor behandelingen fysiotherapie en oefentherapie tot een maximum van € 425,- per kalenderjaar. Deze vergoeding is door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster verleend. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

Bijzondere situatie

- 9.4. Verzoekster heeft nog aangevoerd dat voor haar een uitzondering moet worden gemaakt, aangezien zij een zeldzame aandoening heeft. Vanwege de zeldzaamheid is deze aandoening volgens haar niet vermeld op Bijlage 1 Bzv. De commissie volgt verzoekster niet in haar betoog. Gelet op het advies van het CVZ van 16 juli 2012 is deze aandoening aldaar bekend. Het CVZ vervult tevens de functie van pakketbeheerder, en adviseert de Minister van VWS gevraagd en ongevraagd over eventuele wijzigingen in het pakket. Het is vervolgens aan de Minister van VWS te bepalen of hij deze adviezen overneemt. In een situatie als deze beslist de Minister of een bepaalde aandoening dient te worden vermeld op Bijlage 1 Bzv. Nu de Minister hiervoor nadrukkelijk niet heeft gekozen waar het gaat om deze aandoening, kan geen vergoeding plaatsvinden van de behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.
- 9.5. Bovendien acht de commissie het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid niet onaanvaardbaar indien de kosten van deze behandelingen voor rekening van verzoekster blijven, zodat er geen aanleiding is artikel B.16.2. van ‘Hoofdstuk B’ van de zorgverzekering buiten toepassing te laten.

Conclusie

9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 augustus 2012,

Voorzitter