

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C en E, beide te D
Zaak	: Paramedische zorg, fysiotherapie
Zaaknummer	: 2008.02836
Zittingsdatum	: 22 april 2009

Zaak: 2008.02836 (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 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.6 Bzv, Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C. te D, en

2) E te D, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 14 november 2008 de behandelingen fysiotherapie niet ten laste van de zorgverzekering te brengen, maar ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verder komt verzoeker op tegen de wijziging van de hoogte van de dekking voor behandelingen fysiotherapie in de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2009.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra Zorg Polis 4 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Extra Tandarts 100 afgesloten. De Extra Tandarts 100 blijft in het vervolg buiten beschouwing.

Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3.2. De behandelend neurochirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "discopathie meerdere niveaus, rugpijn, conservatief, geen OK-indicatie". De neurochirurg heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op behandelingen fysiotherapie ten behoeve van verzoeker, ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 november 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat zijn aanspraak ten laste is gebracht van de aanvullende ziektekostenverzekering, en dat hij geen recht kan doen gelden op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.

- 3.3. Verzoeker is gebleken dat de vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2009 een maximum kent van € 800,--, terwijl dit maximum in 2008 nog € 1.500,-- bedroeg, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 27 november 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 6 februari 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering, dan wel ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, waarbij vanaf 2009 niet het maximum dient te gelden van € 800,-- (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 3 maart 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 maart 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 19 maart 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft na het verstrijken van de reactietermijn aangegeven verhinderd te zijn op voormelde zittingsdatum.
- 3.9. Bij brief van 9 maart 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 april 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de aandoening van verzoeker niet voorkomt op Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, en hij derhalve geen indicatie heeft voor fysiotherapie. Een afschrift van het CVZ-advies is op 2 april 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 22 april 2009 telefonisch gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 23 april 2009 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 27 april 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij kampt met hemochromatose. In het kader daarvan is door de arts fysiotherapie voorgeschreven. Verzoeker krijgt deze fysiotherapie al jaren vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Hij is van mening dat de ziekte waarmee hij kampt ernstig genoeg is om de behandelingen ten laste van de zorgverzekering te brengen. De vergoeding die de aanvullende ziektekostenverzekering vanaf 1 januari 2009 kent, is niet voldoende om de noodzakelijke behandelingen te kunnen ondergaan. Verzoeker leeft van een AOW-uitkering, en heeft niet de middelen de fysiotherapie zelf te betalen.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd. Ferritinstapeling is in vrijwel alle ziekenhuizen een onbekend begrip, met uitzondering van Utrecht en Maastricht. Momenteel stapelt de ferritine zich op in verzoekers knie, waardoor een operatie noodzakelijk is. De kosten daarvan zijn voor de ziektekostenverzekeraar veel hoger dan die van behandelingen fysiotherapie.
Op de vraag of de oorzaak een teveel aan ijzer is, antwoordt verzoeker dat ijzer in het bloed zit, en ferritine in de cellen. Ferritinstapeling is dus iets anders dan ijzerstapeling. De aandoening kan amputatie van ledematen tot gevolg hebben.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat bij verzoeker de diagnose "discopatie" is gesteld. Dit is geen aandoening die voorkomt op Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. De enige indicatie die op Bijlage 1 voorkomt en die in dit kader relevant is, is "radiculair syndroom met motorische uitval". Bij verzoeker is echter geen sprake van motorische uitval; de neurochirurg vermeldt uitsluitend rugpijn. Zou er wel motorische uitval zijn, dan zou een OK-indicatie bestaan.
- 5.2. Alle kosten van fysiotherapie van verzoeker zijn in het verleden uit de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed. Tot en met 31 december 2008 was hierin een dekking voor therapieën, waaronder fysiotherapie, opgenomen tot een maximumbedrag van € 1.500,--. Per 1 januari 2009 is deze dekking gewijzigd. De dekking die in 2008 bestond is gesplitst in Beweegzorg en Therapieën. Fysiotherapie is nu gerangschikt onder Beweegzorg, waarvoor de dekking in de door verzoeker afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering is beperkt tot € 800,-- per kalenderjaar. Deze wijziging is gerealiseerd op grond van artikel 2.8 lid 2 van de polisvoorwaarden.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, 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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de onderhavige behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering kunnen worden gebracht. Wanneer dit niet het geval is, dient de vraag te worden beantwoord, of de ziektekostenverzekeraar gerechtigd was de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering zodanig te wijzigen, dat de dekking voor bedoelde zorg wordt beperkt van € 1.500,-- tot € 800,-- per kalenderjaar. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 3 van de zorgverzekering.

Artikel 3.5 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op paramedische zorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“3.5 Paramedische zorg

Omschrijving

Paramedische zorg omvat fysiotherapie (...). De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten (...) plegen te bieden.

Lid 1 Fysiotherapie (...)

Omschrijving

Fysiotherapie (...) omvat:

1. *behandeling van de in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor de verzekerden van 18 jaar en ouder niet de eerste 9 behandelingen.*
- (...)”*

- 7.3. Artikel 3.5 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.3 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. 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.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Verzoeker is volgens de behandelend neurochirurg aangewezen op fysiotherapie, omdat hij lijdt aan ferritinstapeling. Fysiotherapie kan alleen ten laste van de zorgverzekering worden gebracht, indien sprake is van een aandoening die voorkomt op Bijlage 1 Bzv. Dit is bij de aandoening waarmee verzoeker kampt niet het geval.
- 7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, dient te worden afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.8. Artikel 12.7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering 2008 regelt, voor zover hier van belang, het volgende:

“Fysiotherapie (...) omvat zorg geleverd door fysiotherapeuten (...)”

Uit het vergoedingenoverzicht 2008 blijkt dat de vergoeding voor fysiotherapie vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering € 1.500,-- bedraagt.

Artikel 7.1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering 2009 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“(...

Omschrijving

Beweegzorg is zorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Dit kan zorg zijn zoals fysiotherapeuten (...) die plegen te bieden. (...) Onder beweegzorg valt:

1. fysiotherapie (...)”

Uit het vergoedingenoverzicht 2009 blijkt dat de vergoeding voor fysiotherapie vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering maximaal € 800,-- per kalenderjaar bedraagt.

- 7.9. Artikel 2.8 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering 2008 bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

“(...

lid 2

[de ziektekostenverzekeraar] heeft het recht deze verzekeringsvoorwaarden en de premies en bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door [de ziektekostenverzekeraar] vast te stellen datum. [De ziektekostenverzekeraar] doet van de voorgenomen voorziening mededeling voor de datum van ingang.

lid 3

De verzekerde wordt geacht met de wijziging akkoord te gaan, indien hij niet binnen een maand na dagtekening van het bericht van verhoogde premie en/of gewijzigde verzekeringsvoorwaarden aan [de ziektekostenverzekeraar] per aangetekend schrijven bericht, dat hij de verzekering wenst te beëindigen. (...)”

- 7.10. De commissie is gebleken dat alle behandelingen fysiotherapie die verzoeker in het jaar 2008 heeft gedeclareerd, vergoed zijn ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Het geschil heeft daarom slechts betrekking op de wijziging van de voorwaarden met ingang van 1 januari 2009.
- Uit de polisvoorwaarden volgt dat de ziektekostenverzekeraar zich het recht heeft voorbehouden eenzijdige wijzigingen daarin door te voeren. Indien een verzekerde het niet eens is met een zodanige wijziging, heeft hij het recht de verzekering binnen één maand na het bericht van wijziging op te zeggen. Van die mogelijkheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt, zodat hij moet worden geacht te hebben ingestemd met de per 1 januari 2009 gewijzigde voorwaarden. Niet valt in te zien waarom de ziektekostenverzekeraar, onder de gegeven omstandigheden, gehouden zou zijn een uitzondering te maken voor verzoeker en de kosten te blijven vergoeden conform de verzekeringsvoorwaarden die van kracht waren in het jaar 2008.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de aanvullende ziektekostenverzekering, eveneens dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 mei 2009,

Voorzitter