

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie
Zaaknummer : 2007.1451
Zittingsdatum : 21 november 2007

Zaak: 2007.1451, paramedische zorg, fysiotherapie

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. Al.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.6 en bijlage 1 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 maart 2007 inzake het niet vergoeden van de kosten van 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 de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), en een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 25 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de kosten van 25 behandelingen fysiotherapie met een frequentie van twee keer per week niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 26 juni 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 1 juli 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de behandelingen fysiotherapie 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 17 augustus 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7. Bij brief van 26 november 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 van de Zvw.
- 3.8. Op 26 september 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster op 27 september 2007 afgezien, terwijl de zorgverzekeraar op 8 oktober 2007 heeft kenbaar gemaakt niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 17 oktober 2007 zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is met dit bindend advies aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 61-jarige vrouw, die bekend is met lumbosacrale arthrose. Voor 2007 zijn 25 behandelingen fysiotherapie aangevraagd, met een frequentie van twee keer per maand, met als doel het behoud en de bevordering van de mobiliteit en zelfredzaamheid.
- 4.2. Verzoekster kan zich niet vinden in de afgegeven machtiging van 14 behandelingen ten laste van de aanvullende verzekering. Zij lijdt al jaren aan diverse defecten aan haar rug en arthrose in al haar gewrichten. Haar aandoening is chronisch. De zorgverzekeraar heeft gedurende een aantal jaren 25 behandelingen per jaar vergoed en verzoekster begrijpt niet waarom de vergoeding voor dit jaar een probleem is. Zij komt tot de conclusie dat de zorgverzekeraar de onderhavige 25 behandelingen fysiotherapie dient te vergoeden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar is van oordeel dat verzoekster geen chronische behandelindicatie heeft als bedoeld in Bijlage 1 van het Bzv.
- 5.2. In 2006 heeft verzoekster een machtiging voor 14 behandelingen fysiotherapie ten laste van de aanvullende verzekering gekregen. Na een verzoek tot heroverweging is nogmaals een machtiging voor 14 behandelingen ten laste van de aanvullende verzekering afgegeven. In de periode vóór 2006 zijn de behandelingen fysiotherapie vergoed op grond van de Vergoedingslijst van de toenmalige publiekrechtelijke regeling.
- 5.3. De zorgverzekeraar is van oordeel dat de 25 behandelingen fysiotherapie niet ten laste van de zorgverzekering kunnen worden vergoed en dat evenmin andere gronden aanwezig zijn om tot vergoeding over te gaan.

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.

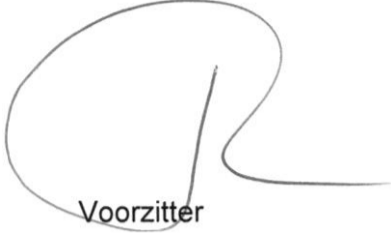
7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. 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 geregeld 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.
- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde ook gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. Vergoeding voor fysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder is geregeld in artikel 22.2 van de zorgverzekering. Voor zover in dit verband van belang is daarin opgenomen:
- "Omschrijving: vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefen-therapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat niet de eerste negen behandelingen. (. . .) Bijzonderheden:
1. bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.dezorgverzekeraar.nl; (. . .)"*
- 7.3. De regeling van artikel 22 is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Fysiotherapie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 van het Bzv. In lid 2 van dit artikel wordt verwezen naar bijlage 1, bevattende een lijst van aandoeningen.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie stelt vast dat verzoekster blijkens de aanvraag van 8 maart 2007 een verwijzindicatie "onderhoudsbehandeling, arthrose" heeft. Deze aandoening komt evenwel niet voor in bijlage 1 van het Bzv, waarnaar artikel 22.2 van de zorgverzekering verwijst, zodat voor vergoeding van de kosten van de onderhavige behandelingen fysiotherapie geen basis is in de zorgverzekering.
- 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, 21 november 2007,



Voorzitter