

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs. C te D
Zaak	: Paramedische zorg, fysiotherapie
Zaaknummer	: 2008.00143
Zittingsdatum	: 24 september 2008

BINDEND ADVIES

Zaak: 2008.00143 (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 2007, art. 10, 11 Zvw, 2.1, 2.6 Bzv, bijlage 1 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar,

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar niet alle nota's fysiotherapie te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basispolis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens was ten behoeve van verzoeker een aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten.
- 3.2. De behandelend fysiotherapeut heeft de fysiotherapiebehandeling gedeclareerd met de code 3426. De zorgverzekeraar stelt thans – na aanvankelijk een ander standpunt te hebben ingenomen – dat de zorgverzekering geen dekking biedt voor de fysiotherapiebehandelingen die met vorengenoemde code zijn gedeclareerd. De afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor 12 behandelingen per jaar. Uit de aanvullende ziektekostenverzekering zijn 12 behandelingen vergoed, zodat de overige fysiotherapiebehandelingen in 2007 niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij onderscheidene brieven heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft hierop bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 29 mei 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is alsnog alle in 2007 genoten fysiotherapiebehandelingen te vergoeden, ten laste van

de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 30 juli 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 augustus 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Bij brief van 4 augustus 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 27 augustus 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen op de grond dat verzoeker geen verzekeringsindicatie heeft voor fysiotherapie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Partijen zijn uitgenodigd voor de hoorzitting van 24 september 2008. De zorgverzekeraar heeft op 18 september 2008 telefonisch meegedeeld af te zien van de mogelijkheid gehoord te worden. Verzoeker is, ondanks daartoe deugdelijk te zijn uitgenodigd, niet ter zitting verschenen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat sprake is van een chronische noodzaak voor fysiotherapie door de aanwezigheid van een overbelasting van de nek, schouder en elleboog aan de linkerzijde. Voorts wijst verzoeker op een brief van de plastisch-chirurg van 2 november 2007 waaruit volgens verzoeker blijkt dat sprake is van een chronische aandoening.
- 4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de fysiotherapiebehandelingen zijn gedeclareerd met de codering 3426. Deze codering staat voor een aandoening van de lumbale wervelkolom. De zorgverzekering biedt hiervoor geen dekking. De fysiotherapiebehandelingen komen dan ook alleen voor vergoeding in aanmerking indien en voor zover de afgesloten aanvullende verzekering daar dekkingvoor biedt.
- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de het verzoek van verzoeker dien te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de onderhavige aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is de vraag of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van alle in 2007 ondergane en met code 3426 gedeclareerde fysiotherapiebehandelingen ten laste van de zorgverzekering. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis. Voor de aanspraken verwijst artikel 7 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, naar de "lijst van aanspraken". De aanspraak op vergoeding van de kosten van paramedische zorg, waaronder fysiotherapie, is geregeld in artikel 10 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering. Dit artikel houdt in, voor zover hier van belang, dat de kosten voor fysiotherapeutische behandelingen voor verzekerden van 18 jaar en ouder vanaf de tiende behandeling worden vergoed, indien sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) aangegeven aandoening.
- 7.3. Artikel 10 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 4 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. Ingevolge artikel 11 lid 1 onderdeel b Zvw heeft de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerd risico zich voordoet krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Paramedische zorg, waaronder fysiotherapie, is conform artikel 11 lid 3 Zvw naar aard en omvang omschreven in artikel 2.6 Bzv.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De onderhavige fysiotherapiebehandelingen zijn gedeclareerd met code 3426. Deze code staat voor: lumbale wervelkolom, spier-, pees en facie aandoeningen. Dit betreft geen aandoening die voorkomt op bijlage 1 van het Bzv. Dientengevolge kan verzoeker geen aanspraak maken op vergoeding van de met code 3426 gedeclareerde fysiotherapiebehandelingen ten laste van de zorgverzekering.
- 7.7. Dat verzoeker voorgaande jaren de fysiotherapiebehandelingen volledig vergoed heeft gekregen, maakt voorgaande niet anders, aangezien deze vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft plaatsgevonden. Zoals hierboven overwogen onder 6 is de commissie niet bevoegd te oordelen ten aanzien van de onderhavige aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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, 1 oktober 2008,

Voorzitter