

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E, beide te D
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie
Zaaknummer : 2010.00984
Zittingsdatum : 1 december 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.6 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om verstrekking of vergoeding van behandelingen fysiotherapie (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 22 januari 2010 is afgewezen.

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-op-Maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VakbondsPakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voornoemde beslissing gevraagd. Bij brief van 19 maart 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 15 juni 2010 schriftelijk medegedeeld geen mogelijkheid te zien tot bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 16 augustus 2010 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 de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 oktober 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 oktober 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 12 oktober 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 8 oktober 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 19 oktober 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010124331) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een aandoening die voorkomt op bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 december 2010 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 2 december 2010 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 7 januari 2011 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 verzoeker

- 4.1. De behandelend chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "Chronische rugklachten ten gevolge van buikwandinsufficiëntie na open buikbehandeling wegens diverticulitis". Verder heeft de chirurg verklaard:
"Patiënt is op 06-07-2007 geopereerd wegens een geperforeerde diverticulitis van het sigmoïd. Hij onderging hierbij een sigmoïdrectomie met primaire anastomose. Door het ontstaan van een naadlekkage diende patiënt herhaalde malen opnieuw geopereerd te worden, waarbij de anastomose werd opgeheven met aanleggen van een eindstandig colostoma en waarbij een open buikbehandeling diende uitgevoerd te worden. Nadat patiënt volledig is hersteld resteert uiteraard een gedeformeerde buik met hernatie en met een stoma. Om een en ander weer te herstellen dient opnieuw een ingrijpende operatie plaats te vinden, waartoe patiënt momenteel nog niet in staat is. Ten gevolge van de deformiteit van de buik en de verzwakking van de buikwand musculatuur op basis van de hernia, heeft patiënt meerdere fysiotherapeutische behandelingen ondergaan wegens rugklachten. Aangezien de rugklachten ontstaan ten gevolge van het uithangen van de buik, werd de fysiotherapie behandeling verstrekt en bleek het een uitermate gunstig effect voor patiënt op te leveren. Aangezien deze situatie onveranderd persisteert zou het mijns inziens logisch zijn deze fysiotherapeutische behandeling te continueren en ook verder te vergoeden."
- 4.2. Verzoeker stelt dat hij – mede gelet op de verklaring van de chirurg – een indicatie heeft voor chronische fysiotherapie. De ziektekostenverzekeraar dient de kosten

daarvan te vergoeden.

4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd. In zijn geval is een periode van twaalf maanden niet toereikend om zijn probleem met behulp van fysiotherapie op te lossen. Verzoeker zal de rest van zijn leven zijn aangewezen op een stoma. Met fysiotherapie zijn de spieren goed te houden en heeft hij minder klachten. Hoewel hij thuis bijvoorbeeld een hometrainer heeft staan, is het enkele gebruik van deze apparatuur niet voldoende. Eén keer per week fysiotherapie is noodzakelijk.

4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat na een operatie vergoeding van fysiotherapie mogelijk is gedurende twaalf maanden. Deze vergoeding is aan verzoeker verleend. Omdat de aandoening van verzoeker niet voor komt op de lijst van de Minister van VWS, kan de resterende fysiotherapie niet ten laste van de zorgverzekering worden gebracht. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking tot maximaal € 425,-- per jaar.

5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard de wens van verzoeker te begrijpen. Echter, de ziektekostenverzekeraar is gebonden aan de regels van de minister. Er bestaat aanspraak op fysiotherapie bij bepaalde indicaties en soms voor een beperkte tijdsduur. Hier belooft deze twaalf maanden na de operatie, zonder dat daarmee is gezegd dat de klachten dan ook verdwenen zijn. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat wel een extra dekking van maximaal € 425,-- per kalenderjaar.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld

in de artikelen 19 tot en met 43 van de zorgverzekering.

Artikel 30 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u recht op fysiotherapie en oefentherapie als u beperkingen hebt als gevolg van een aandoening die op de “Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie” staat. In deze lijst staat ook aangegeven dat u bij een aantal aandoeningen een bepaalde maximumperiode recht hebt op fysiotherapie of oefentherapie. (...)

U hebt recht op de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en oefentherapie vanaf de tiende behandeling. Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, hebt u recht op de behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn.

(...)

Het gaat om zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die normaal gesproken verlenen.”

- 8.3. Artikel 30 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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. Fysiotherapie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv en verder uitgewerkt in Bijlage 1 Bzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. In de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is de volgende bepaling opgenomen:

*“Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck
(bijvoorbeeld fysiotherapie, manuele therapie, kindfysiotherapie,
oedeemtherapie, bekkentherapie)*

€ 425,-“

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker heeft aanspraak op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering indien bij hem sprake is van één van de op Bijlage 1 Bzv vermelde aandoeningen. De aandoening van verzoeker komt niet op deze lijst voor. Wel heeft hij een operatie ondergaan, zodat hij ingevolge lid 1 onderdeel d onder 5° in aansluiting op de ziekenhuisopname aanspraak heeft op fysiotherapie gedurende twaalf maanden. Deze behandelingen zijn door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker verstrekt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker ingevolge de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft op een bedrag van maximaal € 425,-- voor behandelingen fysiotherapie. De meerkosten kunnen niet op basis van deze verzekering worden toegewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 januari 2011,

Voorzitter