

ANONIEM

Bindend advies

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D, vs E te F
Zaak : Paramedische zorg, dieetadvisering
Zaaknummer : ANO07.159
Zittingsdatum : 4 juli 2007

Zaak: ANO07.159, paramedische zorg, dieetadvisering

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 11 Zvw, 2.6 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster, in deze vertegenwoordigd door C te D,
tegen

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 19 december 2006 inzake het niet vergoeden van behandelingen dieetadvisering 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 Zorg Actiefpolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering) en een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 19 december 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de door haar gevraagde behandelingen dieetadvisering niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 19 februari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 13 maart 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de onderhavige behandelingen ten laste van de zorgverzekering 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 27 april 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Op 3 mei 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 gebruik gemaakt. De zorgverze-

keraar heeft op 26 juni 2007 aangegeven het horen achterwege te willen laten.

- 3.8. Bij brief van 14 mei 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 13 juni 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 4 juli 2007 telefonisch gehoord. Zij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt. De zorgverzekeraar is op 4 juli 2007 het verslag van de hoorzitting toegezonden heeft, binnen de daartoe gestelde termijn, geen aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.11. Bij brief van 4 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie van het College voor zorgverzekeringen bericht ontvangen dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 55-jarige vrouw. Uit de verwijsbrief van haar huisarts blijkt dat zij last heeft van overgewicht. Haar BMI (Body Mass Index) is 28,3. De huisarts heeft haar om die reden verwezen naar een diëtist. In de brief van de diëtist van 12 september 2006 wordt aangegeven dat de behandelingen voedingsbegeleiding, welke tweewekelijks plaatsvinden, in totaal zes uur en vijftien minuten zullen beslaan. De prijs per uur gedurende de voedingsbegeleiding bedraagt € 65,00, zodat de totale kosten voor 6,25 uur € 406,25 bedragen. Dit bedrag kan volgens de diëtist bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd als diëtetische begeleiding en voedingsadviezen.
- 4.2. Verzoekster is in de periode van 13 januari 2006 tot en met 20 april 2007 onder behandeling geweest bij de diëtist. In totaal 66 weken waarvan 50 weken in 2006 en 16 weken in 2007. Op basis hiervan heeft zij de volgende declaratie ingediend.

In 2006:

$(50/66 \times 6 \text{ uur}) = 4 \text{ uur} \times € 65,00 = \text{á } 100\% \text{ basisverzekering}$

$\frac{1}{2} \text{ uur} \times € 65,00 = \text{á } 75\% \text{ aanvullende verzekering}$

In 2007

$(16/66 \times 6 \text{ uur}) + 15 \text{ minuten} = 1\frac{3}{4} \text{ uur} \times € 65,00 = 100\% \text{ basisverzekering.}$

Voor 2006 komt dit neer op een bedrag van € 260,00 ten laste van de basisverzekering, voor 2007 is het bedrag € 113,75.

- 4.3. Verzoekster kan zich niet vinden in de afwijzing van de zorgverzekeraar. Zij heeft bij elk schrijven van de zorgverzekeraar een andere afwijzingsgrond gekregen. Met name de laatste afwijzingsgrond – de verwijzing van de huisarts vervat een onvoldoende duidelijk omschreven medisch doel – is voor verzoekster onaanvaardbaar. Volgens haar verwijst een huisarts immers niet voor de ‘fun’ maar om een medisch doel

te dienen. Bovendien blijkt het bestaan van genoemd criterium niet uit de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 4.4. Verzoekster kan zich evenmin vinden in de uitleg die haar per telefoon op 2 december 2006 is gegeven. De door haar ingezonden nota zou niet in behandeling kunnen worden genomen omdat het automatiseringssysteem van de zorgverzekeraar uitsluitend nota's per behandeling kan verwerken. Om deze reden zou niet tot vergoeding kunnen worden overgegaan.
- 4.5. Tegen vorenstaande achtergrond is verzoekster van oordeel dat de zorgverzekeraar de rekening van de diëtist dient te vergoeden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft in zijn brief van 21 oktober 2006 om een originele gespecificeerde nota verzocht en aan verzoekster medegedeeld dat dieetadvisering door een diëtist wordt vergoed. Daarbij is aangegeven dat dieetadvisering de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel omvat. De behandelend diëtist moet aangesloten zijn bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten of bij de Diëtisten Coöperatie Nederland en voldoen aan de kwaliteitseisen van deze vereniging.
- 5.2. Op 28 november 2006, na ontvangst van bovengenoemde bescheiden, heeft de zorgverzekeraar medegedeeld dat de declaratie niet in behandeling kan worden genomen, omdat de factuurdatum vóór de daadwerkelijke behandeldatum ligt. Declaratie is pas mogelijk nadat de behandeling heeft plaatsgevonden.
- 5.3. Voorts heeft de zorgverzekeraar bij brief van 19 december 2006 laten weten dat bij de behandeling in het afslankinstituut geen sprake is van reguliere één op één behandeling. Evenmin wordt een (deel)vergoeding voor de kosten van afslankprogramma's verleend.
- 5.4. Tot slot legt de zorgverzekeraar in zijn brief van 9 maart 2007 uit dat hij begrip heeft voor de verwarring die de diverse afwijzingsgronden hebben veroorzaakt. De gevraagde behandeling kan echter niet worden vergoed omdat het medisch doel in de verwijzing van de huisarts niet voldoende duidelijk is omschreven. Het moet gaan om een medische noodzaak die geobjectiveerd en toetsbaar is op ziekte of risicofactoren. Tevens moeten de effecten van de voedingsinterventie passen binnen de opvattingen van de beroepsgroep. De diagnose "overgewicht, BMI 28,3" van de huisarts, voldoet volgens de paramedisch adviseur van de zorgverzekeraar niet aan het hier genoemde criterium.
- 5.5. De zorgverzekeraar blijft dan ook van oordeel dat de door verzoekster ingediende rekening voor de onderhavige behandeling, niet ten laste van de zorgverzekering vergoed kan te worden.

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 omschreven 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. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. Op het belang van deze constatering zal in het vervolg worden teruggekomen. Vergoeding voor dieetadvisering staat vermeld in artikel 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering, en dit artikel bepaalt als volgt:

"U heeft aanspraak op 4 uur dieetadvisering per kalenderjaar door een diëtist. Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel.

De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen diëtisten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde

U moet een schriftelijke verwijzing hebben van een arts of tandarts."

Ten algemene bepaalt artikel 1 onder het begrip 'Diëtist' het volgende:

"Een diëtist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, (... overige paramedische beroepsgroepen)."

- 7.3. De regeling van artikel 21 is volgens artikel 2 lid 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 a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Waar het gaat om dieetadvisering, is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.6 van het Bzv.
- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 7.6. Op grond van de zorgverzekering is de verzekerde prestatie de 'zorg die diëtisten plegen te bieden'. Met betrekking tot het vaststellen van een medische noodzaak voor gewichtsverlies, komt dit tot uitdrukking in de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap van september 2001 en de Nederlandse Vereniging van Diëtisten van 1 december 2004. Een medische noodzaak tot afvallen is aanwezig bij een Body Mass Index (BMI) boven de 30. Er is dan sprake van morbide obesitas. Zijn er bijkomende gezondheidsrisico's, zoals een hoog cholesterolgehalte en hart- en vaatziekten in de familie, dan is afvallen medisch noodzakelijk bij een BMI tussen 25 en 30. Een en ander blijkt ook uit het door het College voor zorgverzekeringen aangehaalde artikel '*Behandeling van overgewicht en obesitas bij volwassenen: voorstel voor een richtlijn*', uit het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 16 oktober 2004, p. 2060 e.v.
- 7.7. Uit de verwijzing door de huisarts is de commissie gebleken dat verzoekster een BMI heeft van 28,3. Bij een dergelijk BMI is sprake van een overgewicht, dat neigt naar morbide obesitas. In samenhang met de verwijzing van de huisarts, wordt de dieetadvisering daardoor gerechtvaardigd. Nu blijkens de brief van de zorgverzekeraar van 2 mei 2006 zowel voedings- als dieetvoorlichting wordt begrepen onder dieetadvisering, kan de conclusie uit het bovenstaande geen andere zijn dan dat de aangevraagde dieetadvisering, voor zover genoten in het jaar 2006, tot de verzekerde prestaties behoort die op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt.
- 7.8. Ten aanzien van het verzochte voor het jaar 2007 ontbreekt het de commissie, bij gebrek aan een heroverweging, aan bevoegdheid. Mocht echter, bij een zelfde overeenkomst in 2007 met gelijkblijvende voorwaarden, de heroverweging weer tot een afwijzing leiden, dan zal de beslissing van de commissie dezelfde zijn.
- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de vergoeding van 4 uur voedingsbegeleiding op basis van de zorgverzekering in 2006, dient te worden toegewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek voor de vergoeding van 4 uur voedingsbegeleiding op basis van de zorgverzekering in 2006 toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 8 augustus 2007

Voorzitter