

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Paramedische zorg, fysiotherapie
Zaaknummer	: ANO06.101
Zittingsdatum	: 13 december 2006

ANONIEM BINDEND ADVIES

Zaak ANO06.101, Paramedische zorg, fysiotherapie

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings, en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(art. 11 Zvw, 2.6 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 14 februari 2006 inzake het niet verlenen van een machtiging voor de noodzakelijke fysiotherapiebehandelingen ten laste van de zorgverzekering.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1 Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd basis van de Basisverzekering restitutiepolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), hierna te noemen: de zorgverzekering. Verzoekster heeft ook een aanvullende verzekering bij de zorgverzekeraar.
- 3.2 Bij brief van 14 februari 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat zij recht heeft op 14 fysiotherapiebehandelingen ten laste van de aanvullende verzekering. Daar de aandoening niet voorkomt in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) wordt geen machtiging afgegeven voor fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.
- 3.3 Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 31 maart 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4 Bij brief van 31 juli 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar een machtiging voor de noodzakelijke fysiotherapiebehandelingen ten laste van de zorgverzekering dient af te geven.
- 3.5 Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft 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 28 september 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7 Op 2 oktober 2006 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn verzoekster en de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.8 Van de mogelijkheid zich te doen horen is door partijen gebruik gemaakt. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 13 december 2006 in persoon gehoord.
- 3.9 Bij brief van 14 december 2006 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 Zvw.
- 3.10 Het College voor Zorgverzekeringen heeft op 12 januari 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1 Verzoekster heeft in november 2005 een aanbod voor een zorgverzekering gekregen van de zorgverzekeraar. Op dit aanbod is verzoekster ingegaan. Verzoekster stelt dat de zorgverzekeraar bij die gelegenheid heeft aangegeven dat de nieuwe zorgverzekering van hetzelfde niveau zou zijn als de ziektekostenverzekering vóór 1 januari 2006. Op grond van die ziektekostenverzekering kreeg verzoekster jaarlijks 50 fysiotherapiebehandelingen voor de behandeling van fibromyalgie in combinatie met arthrose.
- 4.2 Verzoekster geeft aan dat, naar aanleiding van een ingediend bezwaarschrift in 1998, de zorgverzekeraar heeft besloten om sindsdien elk jaar - na aanvraag - een machtiging af te geven voor de noodzakelijke behandelingen. Verzoekster heeft het aanbod van de zorgverzekeraar dan ook geaccepteerd in de veronderstelling dat de vergoeding voor fysiotherapie gelijk zou blijven.
- 4.3 Verzoekster stelt dat nu in de beslissing uit 1998 wordt erkend dat de klachten in belangrijke mate te wijten zijn arthrose, de zorgverzekeraar thans opnieuw een machtiging moet afgeven. Dat er sprake is van de aandoening arthrose is immers niet veranderd en de voorgaande machtigingen zijn hierop gebaseerd op dit feit.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar haalt de geldende regelgeving in 2006 aan. Daarin wordt verwezen naar de in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) genoemde aandoeningen, voorzover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Wat betreft de langdurige en/of intermitterende fysiotherapie geldt dat de lijst limitatief en dwingend van aard is. De zorgverzekeraar geeft hiermee aan dat er niet van de lijst mag worden afgeweken. In dat verband constateert de zorgverzekeraar dat de aandoening van verzekerde, fibromyalgie in combinatie met arthrose, niet voorkomt in Bijlage 1 van het Bzv.
- 5.2 De zorgverzekeraar verklaart dat in 2005 aanspraak bestond volgens de niet-limitatieve lijst met aandoeningen voor langdurige en intermitterende fysiotherapie, de zogenaamde 'Lijst Borst'. De zorgverzekeraar hanteerde deze lijst bij verzoeksters aanspraak op vergoeding van de kosten van chronische fysiotherapie. Op grond hiervan heeft verzoekster in het verleden elk jaar een machtiging gekregen. De zorgverzekeraar stelt dat thans de bepalingen van de zorgverzekering van toepassing zijn. Op grond hiervan komt verzoekster niet in aanmerking voor vergoeding van kosten van fysiotherapie. Daar verzoekster een aanvullende verzekering heeft, komt zij uitsluitend in aanmerking voor vergoeding van 21 behandelingen per kalenderjaar.

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 voorganger van de zorgverzekeraar was als publiekrechtelijk orgaan belast met de uitvoering van een ziektekostenregeling voor ambtenaren. Met ingang van 1 januari 2006 is sprake van een naamloze vennootschap die als zorgverzekeraar opereert.

7.2 Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. 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

7.3 Uit artikel 12 van de zorgverzekering valt op te maken dat, waar het gaat om fysiotherapie, de verzekering een restitutiekarakter heeft. De aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck is geregeld in artikel 22 van de zorgverzekering. Dit artikel bepaalt het volgende voor verzekerden van 18 jaar en ouder:

“Vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 van het Bzv aangegeven aandoeningen, voorzover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat niet de eerste 9 behandelingen. Onder de in dit artikel genoemde zorg wordt ook oedeemtherapie verstaan.

Door: fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut, bekkentherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Machtiging: ja.

Bijzonderheden:

1. bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.”

7.4 De zorgverzekering is volgens artikel 1 onder 62 van het Algemene deel van de voorwaarden een tussen de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of volgens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of volgens de wet geregelde niet te boven gaan.

- 7.5 Voor de beoordeling van het onderhavige geschilpunt zijn de navolgende wettelijke bepalingen 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 de vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Waar het gaat om paramedische zorg is een en ander, conform lid 3 van artikel 11 Zvw, naar aard en omvang omschreven in artikel 2.6 Bzv.
- 7.6 Artikel 2.6 Bzv regelt dat de zorg omvat zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in Bijlage 1 aangegeven aandoeningen. In dit artikel is voorts expliciet opgenomen dat de eerste negen behandelingen uitgesloten zijn van vergoeding.
- 7.7 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.8 De commissie stelt vast dat verzoekster geen recht heeft op behandelingen fysiotherapie conform artikel 22 van de polis. De aandoeningen waar verzoekster mee kampt, te weten fibromyalgie en arthrose, komen namelijk niet voor in Bijlage 1 van het Bzv, de lijst van aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie
- 7.9 Het laatste laat evenwel onverlet dat verzoekster zich ook heeft beroepen op haar voorgeschiedenis bij de voorganger van de zorgverzekeraar.
Ondanks dat verzoekster tot eind 2005 vergoeding werd verleend op grond van de toen geldende ziektekostenregeling, is geen sprake van een doorlopende machtiging voor fysiotherapie en kan zij niet op basis daarvan aanspraak maken op vergoeding van fysiotherapie in 2006.
Waar het vervolgens gaat om het aanbod van de zorgverzekeraar uit november 2005, geldt dat verzoekster erop is gewezen dat de nieuwe zorgverzekering alleen de meest noodzakelijke zorg dekt. Verzoekster had er daarom niet zonder meer vanuit mogen gaan dat de behandelingen fysiotherapie, als voorheen, ook in 2006 zonder meer zouden worden vergoed. Het lag op haar weg hier navraag naar te doen.
- 7.9 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 januari 2007

Voorzitter

