

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door F te G, tegen C en E, beide te D
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie
Zaaknummer : 2009.02177
Zittingsdatum : 23 juni 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.6, bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door F te G tegen

- 1) C, en
 - 2) E beide te D,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 7 juli 2008 de kosten van fysiotherapeutische behandelingen (hierna: de aanspraak) niet volledig te vergoeden.

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 Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 3 sterren en het Beter Af Extra Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 7 juli 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is afgewezen, hierop neerkomend dat geen machtiging wordt afgegeven voor een chronische indicatie.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 27 mei 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 12 januari 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de ziektekostenverzekeraar te gelasten de verleende behandelingen fysiotherapie vanaf 1 januari 2008 alsnog als “chronisch” aan te merken en de kosten volledig te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.6. 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 stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 maart 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 april 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 15 en 29 april 2010 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 7 april 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 25 mei 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010049843) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat de aandoening van verzoeker is aan te merken als een aandoening als bedoeld in artikel 1.a.4 van Bijlage 1 van het Bzv. Een afschrift van het CVZ-advies is op 2 juni 2010 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend huisarts heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: “veel klachten van de rug en rechterbeen ten gevolge van een wervelkanaalstenose laag-lumbaal”.
- 4.2. Verzoeker stelt dat zowel de huisarts als de fysiotherapeut de diagnose ‘wervelkanaalstenose’ heeft gesteld. Omdat een operatie niet mogelijk is aangezien hij het medicijn Plavix gebruikt, en deze medicatie niet gestaakt mag worden, is bij verzoeker sprake van een chronische ruggenmergaandoening als bedoeld in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering.
- 4.3. 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, gelet op de anatomische classificaties, de diagnose kanaalstenose niet valt onder de omschrijving ‘ruggenmergaandoening’ als bedoeld in Bijlage 1. Volgens de paramedisch adviseur is bij verzoeker sprake van ‘radiculair syndroom met motorische uitval’. Op basis van deze indicatie kan verzoeker vanaf de tiende behandeling aanspraak maken op drie maanden fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Inmiddels zijn deze drie maanden verstreken. Daarnaast bestaat aanspraak op vergoeding van fysiotherapiebehandelingen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, welke aanspraak vanaf 1 januari 2008 is beperkt tot 27 behandelingen per jaar.

- 5.2. 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 kosten voor de fysiotherapeutische behandelingen volledig te vergoeden, 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 1 e.v. van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering.
Artikel 25 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden recht op paramedische zorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:
- "25.1 Chronische aandoeningen
Wij vergoeden de kosten van de 10e en daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut bij bepaalde aandoeningen, overeenkomstig bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Het overzicht uit bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van de folder 'Paramedische Zorg' en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
(...)"*
- 8.3. Artikel 25 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Ingevolge artikel 1 sub d Zvw mag een zorgverzekering - samengevat - niet meer of minder bieden dan in de Zvw, het Bzv en de Rzv is geregeld.
- 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. Artikel 14 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op fysiotherapie, en luidt voor zover hier van belang:

“Artikel 14 Fysiotherapie en oefentherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of oefentherapeut.

(...)

Beter Af Plus Polis

3 sterren maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar waarvan maximaal 9 behandelingen per persoon per kalenderjaar door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Fysiotherapie kan ten laste van de zorgverzekering worden gebracht als sprake is van een indicatie die voorkomt in Bijlage 1 Bzv. Door de huisarts van verzoeker is de diagnose ‘wervelkanaalstenose’ gesteld. Blijkens het advies van het CVZ in deze van 25 mei 2010 (zaaknummer 2010049843) is de aandoening van verzoeker het best te duiden als een “perifere zenuwaandoening met motorische uitval door de voet- en teenheffersparese links”, waarna het CVZ tot de conclusie komt dat sprake is van een aandoening als bedoeld in artikel 1 sub a onder 4 van Bijlage 1 Bzv. Door de ziektekostenverzekeraar zijn geen overtuigende argumenten naar voren gebracht die tot een ander oordeel leiden, zodat de commissie de conclusies van het CVZ overneemt en deze tot de hare maakt.

Conclusie

- 9.2. Het voorgaande leidt ertoe dat de onderhavige fysiotherapie onder de dekking van de zorgverzekering valt en dat derhalve het verzoek dient te worden toegewezen en de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker dient te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 23 juni 2010,

Voorzitter