

ANONIEM BINDEND AVDIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Paramedische zorg, fysiotherapie
Zaaknummer	: ANO06.55
Zittingsdatum	: 27 september 2006

Zaak: ANO06.55, Paramedische zorg, fysiotherapie.

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

(art. 11 Zvw, 2.6 Bzv, bijlage 1 Bzv)

1. Partijen

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

tegen

D te E, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 2 februari 2006 de wekelijkse behandelingen fysiotherapie ten behoeve van verzoekster met ingang van 1 januari 2006 niet langer te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1 Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), (hierna: de zorgverzekering) in combinatie met een aanvullende verzekering.

3.2 Bij brief van 2 februari 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat zij met ingang van 1 januari 2006 geen aanspraak meer heeft op vergoeding van de wekelijkse behandelingen fysiotherapie.

3.3 Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 16 mei 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt ten aanzien van de zorgverzekering te handhaven. Wel komt verzoekster in aanmerking voor vergoeding van de eerste veertien behandelingen ten laste van de aanvullende verzekering.

3.4 Bij brief van 20 mei 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen de zorgverzekeraar gehouden is de wekelijkse behandelingen fysiotherapie ten behoeve van verzoekster te vergoeden.

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 27 juni 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

3.7 Op 4 juli 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 vertegenwoordiger van verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt, aldus dat zij op 27 september 2006 in persoon zijn gehoord.
- 3.9 Bij brief van 5 oktober 2006 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.10 Het College voor Zorgverzekeringen heeft op 31 oktober 2006, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zorgverzekeringswet, haar advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan dit advies gehecht.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1 Verzoekster is bekend met een cervicale problematiek ten gevolge van progressieve polyarthrose. Deze aandoening is naar zijn aard chronisch. De aanvraag voor wekelijkse behandelingen fysiotherapie wordt dan ook onderschreven door de huisarts en de behandelaar.
- 4.2 Verzoekster is vanaf 1987 onder behandeling bij een fysiotherapeut en de hiermee gemoeide kosten zijn steeds door de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar vergoed.
- 4.3 Verzoekster voert aan dat met de zorgverzekeraar een contract is gesloten in welk kader nadrukkelijk is gesteld dat bij een keuze voor de zorgverzekering in combinatie met de aanvullende verzekering, het vergoedingsniveau als voorheen gehandhaafd blijft.
- 4.4 Aangezien de zorgverzekeraar niet adequaat heeft gereageerd op de correspondentie van de vertegenwoordiger van verzoekster, heeft hij haar de mogelijkheid ontnomen elders een zorgverzekering te sluiten. Het is de vertegenwoordiger van verzoekster bekend dat andere zorgverzekeraars een ruimere dekking bieden. De gang van zaken laat volgens de vertegenwoordiger van verzoekster een onzorgvuldige en misleidende indruk na.
- 4.5 Verzoekster wordt ernstig benadeeld nu de zorgverzekeraar maar veertien behandelingen vergoedt.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 Onder verwijzing naar artikel 22 van de zorgverzekering en bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, concludeert de zorgverzekeraar dat polyarthrose geen chronische aandoening in de zin van de polis vormt en dat derhalve geen aanspraak bestaat op langdurige fysiotherapie. Wel kunnen maximaal veertien behandelingen ten laste van de aanvullende verzekering worden gebracht.
Dat de aandoening naar zijn aard chronisch is, wordt door de zorgverzekeraar overigens niet bestreden.
- 5.2 Het in 2005 gedane aanbod kan volgens de zorgverzekeraar niet worden aangemerkt als een schriftelijke toezegging dat verzoekster in 2006 recht heeft op 52 behandelingen op jaarbasis. Het betreft hier namelijk een aanbod, waarin is aangegeven dat betrokkene bij het afsluiten van een bepaald aanvullend pakket in combinatie met de wettelijke basisverzekering op hetzelfde niveau verzekerd kan blijven als voorheen bij de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar. Een dergelijk aanbod is dus geen schriftelijke toezegging voor vergoeding van de behandelingen. In het aanbod staat voorts dat de 'nieuwe' verzekering vergelijkbaar is met de 'oude'.

Er wordt dus niet gesteld dat er per definitie geen verandering zou plaatsvinden in het vergoedingenpakket.

- 5.3 De zorgverzekeraar tekent verder aan dat zijn rechtsvoorganger op 17 oktober 2005, ruim vóór het aanbod werd gedaan, aan verzoeksterkenbaar heeft gemaakt dat vanaf 1 januari 2006 geen vergoeding meer zou worden verleend voor langdurige fysiotherapie.

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(en).

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1 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 verzoeksterprestaties 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 mixpolis. Op grond van artikel 12 geldt voor paramedische zorg dat recht bestaat op vergoeding van de daarmee gemoeide kosten zodat de zorgverzekering op dit onderdeel als een restitutiepolis valt te beschouwen. Vergoeding voor paramedische zorg, waaronder fysiotherapie, staat vermeld in artikel 22, tweede lid, van de zorgverzekering. Genoemd artikel bepaalt:

“Omschrijving: vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voor zover 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 (...).”*

- 7.3 De regeling van artikel 22, tweede lid, is volgens de algemene voorwaarden, artikel 1, onder 62, van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4 Ten aanzien van het aan haar voorgelegde geschil overweegt de commissie als volgt. Artikel 11 lid 1 van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzoeksterin voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit 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 naar aard en omvang omschreven in artikel 2.6 van het Bzv en bijlage 1 van dit besluit. Artikel 2.6 lid 1 van het Bzv bepaalt dat paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadviesing. Volgens het tweede lid omvat fysiotherapie of oefentherapie zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder niet de eerste negen behandelingen.
- 7.5 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6 Vervolgens stelt de commissie vast dat polyarthrose niet voorkomt in bijlage 1, waarnaar artikel 22, tweede lid van de zorgverzekering verwijst.
- 7.7 De vraag rijst vervolgens of de zorgverzekeraar gehouden is de onderhavige kosten, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, te vergoeden, nu door verzoekster is gesteld dat de wekelijkse behandelingen fysiotherapie langdurig zijn vergoed en de zorgverzekeraar in november 2005 een aanbod heeft gedaan inhoudende dat het vergoedingsniveau als voorheen gehandhaafd zou worden. Dienaangaande merkt de commissie op dat in de brief waarin het aanbod is verwoord wordt gesteld dat degene die kiest voor een verzekering volgens het aanbod op hetzelfde niveau verzekerd zal blijven als betrokkene gewend is. Dit houdt geen ongeclausuleerde toezegging in dat kosten die voorheen werden vergoed ook ná 1 januari 2006 zonder meer voor vergoeding in aanmerking komen. Voor zover hierover bij verzoekstertwijfel mocht bestaan, is de brief van 17 oktober 2006, die vooraf ging aan het aanbod, eenduidig: “Uw behandelindicatie komt niet voor op genoemde lijst. U komt dus niet in aanmerking voor vergoeding van de kosten van langdurige fysiotherapie volgens genoemde lijst.” Ten aanzien van de aanvullende verzekering – die overigens buiten de competentie van de commissie valt – laat het schrijven evenmin weinig ruimte tot twijfel: “Als u zich aanvullend verzekert, dan kunnen wij de kosten van een beperkt aantal behandelingen vergoeden.” Verzoekster mocht derhalve bekend worden verondersteld met het feit dat, op basis van de aanwezige indicatie, na 1 januari 2006 geen vergoeding van de kosten van fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering zou plaatsvinden, en dat de eventuele aanspraken uit hoofde van de te sluiten aanvullende verzekering beperkt zouden zijn. Er is geen enkele grond om aan te nemen dat de zorgverzekeraar door middel van zijn daaropvolgende aanbod terug heeft willen komen op de inhoud van bedoelde brief.
- 7.8 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek wordt afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 september 2006

Voorzitter