

# Bindend advies

Partijen : A te B vs. C te D  
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie, alternatieve geneeswijze, chirop-  
ractor.  
Zaaknummer : 2008.01165  
Zittingsdatum : 5 november 2008

## BINDEND ADVIES

Zaak: 2008.01165 (Paramedische zorg, fysiotherapie, alternatieve geneeswijze, chiropractor)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.6 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

### 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,  
tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar de kosten van chiropractie-behandelingen te vergoeden tot maximaal € 300,00.

### 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 Natura polis 2008 (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende verzekering "Aanvullend pakket 2008" afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker is verwezen in verband met lage rugklachten met uitstraling naar het linker been. Verzoeker heeft behandelingen chiropractie ondergaan. De ziektekostenverzekeraar vergoed deze behandelingen tot maximaal € 300,00.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 12 juni 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft hierop bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 1 augustus 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de behandelingen chiropractie alsnog volledig te vergoeden (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 2 september 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 september 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Bij brief van 10 september 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw.

- 3.9. Verzoeker heeft bij brief van 15 september 2008 gereageerd op het standpunt van de zorgverzekeraar, zoals genoemd in overweging 3.7. Een afschrift hiervan is op 16 september aan de zorgverzekeraar en het CVZ gezonden.
- 3.10. Bij brief van 6 oktober 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen verzekeringsindicatie heeft voor fysiotherapie en chiropractie niet behoort tot de verzekerde prestaties op grond van de Zvw. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 5 november 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 7 november 2008 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij zich in januari 2008 heeft gewend tot de huisarts met lage rugklachten en uitstraling naar het linker been. De huisarts heeft hem daarop verwezen naar de chiropractor. De chiropractor heeft een hernia vastgesteld. Verzoeker verklaart niet te weten wat de reguliere behandeling in geval van een hernia is. Hij zegt uitgegaan te zijn van de medische deskundigheid van zijn behandelaars en vindt het vreemd dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de behandelingen chiropractie, welke inmiddels ruim € 1.100,- bedragen, niet wil vergoeden. Verzoeker stelt dat wel een volledige vergoeding van kosten mogelijk zou zijn, indien de behandelingen waren uitgevoerd door een fysiotherapeut. Verder is verzoeker van mening dat hij juist heeft gehandeld en dat het de beste oplossing is dat de door hem gewenste (volledige) vergoeding van de kosten van de door hem ondergane behandelingen chiropractie geschiedt vanuit de basisverzekering.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij niet bekend is met bijlage 2 van het Besluit zorgverzekering (verder: Bzv), zoals door het CVZ in zijn onder 3.10 genoemde advies wordt aangehaald. Verder stelt verzoeker dat bij hem sprake was van een 'radiculair syndroom met motorische uitval', zoals genoemd in bijlage 1 Bzv.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de zorgverzekering geen dekking biedt voor behandelingen chiropractie. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering is een vergoeding tot maximaal € 300,00 per kalenderjaar mogelijk.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het Reglement van de commissie en/of de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, is de commissie 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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is de vraag of de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan verzoeker de kosten van de behandelingen chiropractie volledig te vergoeden. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. De zorgverzekering betreft hier een natura-polis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12, 18 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 34 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel als volgt:

*"34.2 Voor verzekerden van 18 jaar en ouder  
Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 van het Be-sluit zorgverzekering 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 César/Mensendieck. (. . .)."*

In artikel 1 van de zorgverzekering is omschreven wat moet worden verstaan onder een fysiotherapeut en oefentherapeut.

- 7.3. De zorgverzekering is - onder meer gezien artikel 2 van de zorgverzekering - een verzekeringsovereenkomst gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Verder volgt uit artikel 1 lid d Zvw - samengevat - dat een zorgverzekering niet 'meer of minder' mag bieden dan bij of krachtens de Zvw is bepaald.
- 7.4. De commissie is van oordeel dat de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen regeling omtrent fysiotherapie en oefentherapie, zoals hiervoor aangehaald, strookt met het bepaalde in de artikelen 10, 11 en 13 Zvw en de artikelen 2.1 en 2.6 Bzv.
- 7.5. De door verzoeker ondergane behandelingen betreffen behandelingen chiropractie door een chiropractor. De zorgverzekering kent wel een aanspraak op nader omschreven vormen van paramedische zorg, maar niet op chiropractie. Mitsdien kan verzoeker aan de zorgverzekering geen aanspraak ontlenen op vergoeding van de kosten van behandelingen chiropractie.

### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

De aanvullende ziektekostenverzekeringen kent onder het kopje "therapieën" een aanspraak op bewegingstherapie. Voor zover hier van belang, luidt de betreffende bepaling als volgt:

*"Fysiotherapie, Oefentherapie César/ Mensendieck en Bewegingstherapie*

Omschrijving:

(. . .)

*2. bewegingstherapie. Hieronder wordt verstaan chiropractie, osteopathie, haptotherapie, (Ortho)manuele therapie, cranio-sacraaltherapie.*

Door:

(. . .)

*2. voor de zorg zoals genoemd in de omschrijving onder punt 2: chiropractor (O. C. Bsc, Msc) , (. . .)*

Vergoeding:

*Ten hoogste € 300,- per kalenderjaar voor de zorg genoemd onder punt 1 en 2 samen. (. . .)*

*• Bij de zorg verleners zoals benoemd bij punt 2 is er sprake van een maximale vergoeding per consult van € 50,-.*

Bijzonderheden:

*1. Er is een verwijzing nodig door de (huis) arts (. . .)*

*3. De vergoeding wordt alleen gegeven als er geen recht bestaat op behandelingen ten laste van de standaardverzekering; (. . .)"*

- 7.6. Gezien het voorgaande komen de kosten van behandelingen chiropractie door een chiropractor, zoals door verzoeker ondergaan, voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking tot een maximum van € 300,00 per kalenderjaar. Deze vergoeding heeft de ziektekostenverzekeraar reeds aan verzoeker toegekend. Het meerdere blijft derhalve voor rekening van verzoeker.

### Slotsom

- 7.7. 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 november 2008,



Voorzitter