

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Paramedische zorg, fysiotherapie
Zaaknummer	: ANO06.75
Zittingsdatum	: 22 november 2006

ANONIEM BINDEND ADVIES

Zaak ANO06.75, Paramedische zorg, fysiotherapie

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (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 15 maart 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 op basis van de Basisverzekering restitutiepolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), hierna te noemen: de zorgverzekering. Verzoekster heeft ook een aanvullende verzekering gesloten bij de zorgverzekeraar.
- 3.2 Bij brief van 15 maart 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat zij recht heeft op 14 fysiotherapiebehandelingen ten laste van de aanvullende verzekering. Daar de aandoening waaraan verzoekster lijdt, chronische insretietendinopathie, 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 29 juni 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4 Bij brief van 24 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 22 augustus 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt, en dit aangevuld bij brief van 10 oktober 2006.
- 3.7 Op 11 oktober 2006 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen 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 22 november 2006 in persoon gehoord.
- 3.9 Bij brief van 29 november 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 18 december 2006, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1 Bij verzoekster is vijf jaar geleden RSI geconstateerd. Door verkeerde therapie is de pees van verzoeksters rechterelleboog afgescheurd en is zij daarvoor in een ziekenhuis geopereerd. Omdat de pijnklachten aanhielden is verzoekster geadviseerd haar werkzaamheden met de linkerarm uit te voeren. Ook aan deze arm kreeg verzoekster na enige tijd klachten. Gevolg hiervan is dat verzoekster thans haar beide armen niet kan gebruiken. De huisarts heeft verzoekster doorverwezen naar het ziekenhuis te Leuven, alwaar zij op verschillende afdelingen is onderzocht. Daar heeft men geconstateerd dat verzoekster alleen baat heeft bij fysiotherapie.
- 4.2 Verzoekster is sinds oktober 2005 aangewezen op een WAO-uitkering. Voorheen werkte zij 20 uur per week. Verzoekster geeft aan dat thans een aanvraag loopt bij het UWV teneinde de mate van invaliditeit te laten bepalen om 12 uur per week te gaan werken in plaats van 16 uur per week. Verzoekster geeft aan dat zij tot op heden wekelijks twee fysiotherapiebehandelingen krijgt en dat zij daar veel baat bij heeft
- 4.3 De huisarts verklaart in een brief dat verzoekster lijdt aan een chronische aandoening van de spieren; chronische insertietendinopathie. De huisarts is van mening dat deze aandoening geschaard kan worden onder nummer 11 van de lijst die behoort bij het Besluit zorgverzekering. Verzoekster stelt dat ook een arts uit het ziekenhuis in Leuven dit standpunt onderschrijft.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar verwijst naar de geldende regelgeving omtrent fysiotherapie. Deze regelgeving verwijst naar de in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen. Wat betreft de langdurige en/of intermitterende fysiotherapie geldt dat de lijst limitatief en dwingend van aard is. De zorgverzekeraar geeft aan dat er niet van de lijst mag worden afgeweken. In dat verband constateert de zorgverzekeraar dat de aandoening van verzoekster, chronische insertietendinopathie van de vooramextensoren bilateraal en secundaire cervicotrapezialgie van myofaciale origine, niet valt onder nummer 11 van de lijst, omdat deze aandoening géén spierziekte betreft, maar een tijdelijke peesbotaandoening.

- 5.2 De zorgverzekeraar bestrijdt niet dat verzoekster baat heeft bij de fysiotherapiebehandelingen, maar gezien de polisvoorwaarden en de regelgeving komt zij niet in aanmerking voor vergoeding van langdurige fysiotherapie. Op grond van de aanvullende verzekering heeft verzoekster recht op 14 behandelingen. Tot slot geeft de zorgverzekeraar aan dat hem ook niet gebleken is van bijzondere omstandigheden die aanleiding zouden kunnen geven om van de toepasselijke regeling af te wijken, en tot een coulancevergoeding over te gaan.

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 rechtsvoorganger 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 natura karakter heeft. De aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck is geregeld in artikel 22 van de voorwaarden van de zorgverzekeraar. 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. (...). Door: fysiotherapeut (...).

1. (...)
2. (...).”

- 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 geschil zijn de navolgende wettelijke bepalingen 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 zorg of 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 vervolgens vast dat - anders dan de huisarts van mening is - de aandoening van verzoekster, chronische insertietendinopathie, geen spierziekte is, maar een peesbotaandoening. De aandoening komt namelijk niet als zodanig voor in Bijlage 1 van het Bzv. Op grond hiervan komt verzoekster niet in aanmerking voor fysiotherapie conform artikel 22 van de zorgverzekering.
- 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, 27 december 2006

Voorzitter