

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie
Zaaknummer : ANO07.305
Zittingsdatum : 7 november 2007

Zaak: ANO07.305 (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)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 11 Zvw, 2.6 lid 2 Bzv en Bijlage 1 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 13 december 2006 inzake het niet vergoeden van de eerste negen behandelingen fysiotherapie.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige behandelingen was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), alsmede op basis van een tweetal aanvullende verzekeringen.
- 3.2. Bij brief van 13 december 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de eerste negen behandelingen fysiotherapie, per indicatie, niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 30 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven. In een e-mailbericht van 13 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar de kwestie nogmaals uiteengezet.
- 3.4. Bij brief van 15 maart 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is te erkennen dat in haar geval sprake is van één indicatie, zodat de eerste negen behandelingen fysiotherapie maar éénmaal voor rekening van verzoekster komen. Deze kunnen ten laste van de aanvullende verzekering worden gebracht.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door 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 19 april 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7. Bij brief van 11 september 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Op 11 september 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 7 november 2007 telefonisch gehoord.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 12 oktober 2007 zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is op 15 oktober 2007 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 7 november 2007 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en haar standpunt nog eens herhaald. De zorgverzekeraar heeft geen aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.11. Bij brief van 12 november 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie meegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 87-jarige vrouw. In april 2006 is zij door haar huisarts verwezen naar een fysiotherapeut in verband met pijnklachten in haar rug en uitstralende pijn in haar rechterbeen. De daarmee gemoeide kosten zijn vergoed op grond van de aanvullende verzekering. Daar de behandeling niet voldoende succes had, is verzoekster verwezen naar een neuroloog en op 23 juni 2006 heeft zij een hernia operatie ondergaan. Na deze operatie heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster een machtiging afgegeven voor fysiotherapie. Deze kosten worden volledig vergoed met uitzondering van de eerste negen behandelingen.
- 4.2. Daar verzoekster voor de eerdere behandelingen reeds haar tegoed uit de aanvullende verzekering had opgemaakt, komen de eerste negen behandelingen na de operatie voor haar rekening.
- 4.3. Verzoekster is van mening dat sprake is van één indicatie, daar de eerste fysiotherapie behandelingen – naar achteraf is gebleken – rechtstreeks te maken hadden met de pas later geconstateerde hernia. Verzoekster is dan ook van mening dat de uitzondering van de eerste negen behandelingen in haar situatie buiten toepassing dienen te blijven, zodat ook die behandelingen door de zorgverzekeraar vergoed dienen te worden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar geeft aan dat de fysiotherapeut van verzoekster de eerste behandelingen in april 2006 niet aangemerkt heeft als behandelingen volgens Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (hierna: Bzv). De kosten zijn daarom vergoed uit de aanvullende verzekering.
- 5.2. Na de operatie had verzoekster op basis van Bijlage 1 van het Bzv recht op een machtiging voor fysiotherapie, maar de eerste negen behandelingen worden conform art. 2.6 lid 2 van het Bzv niet vergoed. Door de operatie is sprake van een tweede indicatie. De behandelingen die verzoekster vóór haar operatie heeft gehad, doen hier niet ter zake.
- 5.3. De zorgverzekeraar stelt dat hij volgens de verzekeringsvoorwaarden heeft gehandeld. Een vergoeding uit coulance is niet mogelijk, daar dit tot rechtsongelijkheid ten opzichte van andere verzekerden leidt.

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 verzekeringen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. 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 geregeld 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.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. Aanspraak op paramedische hulp is geregeld in de artikelen 22 en volgende van de voorwaarden van de zorgverzekering. Artikel 22.2 bepaalt wanneer recht op fysiotherapie bestaat en onder welke voorwaarden ("zorg ter behandeling van de in Bijlage 1 van het Bzv aangegeven aandoeningen"). Dit artikel vermeldt voorts expliciet dat deze zorg niet de eerste negen behandelingen omvat.
- 7.3. De regeling van de artikelen 22 en volgende is volgens artikel 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Paramedische hulp is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 van het Bzv en verder uitgewerkt in Bijlage 1 van het Bzv.

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Tussen partijen is niet in geschil dat de behandelend fysiotherapeut de eerste behandelingen in april 2006 niet als zorg ter behandeling van een in Bijlage 1 van het Bzv genoemde indicatie heeft geduid. Deze behandelingen zijn om die reden door de zorgverzekeraar vergoed ten laste van de aanvullende verzekering. De behandelingen fysiotherapie na de operatie zijn door de zorgverzekeraar vergoed op grond van artikel 22.2 van de voorwaarden, daar het blijkt de aanvraag een indicatie als bedoeld in Bijlage 1 van het Bzv betreft.
- 7.7. Verzoekster stelt dat feitelijk sprake is van een doorlopende behandeling en dat de behandelingen in april 2006 eveneens zagen op de later geconstateerde hernia. Naar het oordeel van de commissie vindt deze stelling geen steun in de overgelegde stukken, aangezien de behandelend fysiotherapeut in zijn brief van 24 augustus 2007 erkent dat sprake is van twee verschillende indicaties.
- 7.8. De commissie wijst erop dat de aanspraak op fysiotherapie niet wordt bepaald door de pijnklachten, maar door de gestelde indicatie. Het feit dat reeds met fysiotherapie enige tijd tevoren (door een beperkt aantal behandelingen) was aangevangen op grond van een andere indicatie dan die waarop later de aanspraak op basis van de zorgverzekering steunde, maakt dat niet anders. Bepalend is vervolgens dat op basis van artikel 22.2 van de zorgverzekering de eerste negen behandelingen niet voor vergoeding in aanmerking komen. Aangezien sprake is van een nieuwe indicatie, is deze uitsluiting van toepassing.
- 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, 21 november 2007

Voorzitter