

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B vs C te D  
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie, hydrotherapie  
Zaaknummer : ANO07.106  
Zittingsdatum : 21 februari 2007

Zaak ANO07.106, Paramedische zorg, fysiotherapie

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), prof. mr. T. Hartlief, 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 8 augustus 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 basis van de Basisverzekering restitutiepolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), hierna te noemen: de zorgverzekering. Verzoekster heeft ook een aanvullende verzekering bij de zorgverzekeraar.

3.2 Bij brief van 14 februari 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat zij recht heeft op twee maal 21 hydrotherapiebehandelingen ten laste van de aanvullende verzekering. Daar de aandoening niet voorkomt in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) wordt geen machtiging afgegeven voor hydrotherapie ten laste van de zorgverzekering.

3.3 Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 24 augustus 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4 Bij brief van 17 oktober 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar een machtiging voor de noodzakelijke hydrotherapiebehandelingen 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 24 november 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

3.7 Op 27 november 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 Verzoekster heeft bij brief van 4 december 2006 aangegeven niet gehoord te willen worden, terwijl de zorgverzekeraar bij brief van 11 december 2006 heeft aangegeven niet gehoord te willen worden.
- 3.9 Bij brief van 19 januari 2007 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 8 februari 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan dit bindend advies gehecht.

#### 4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1 Verzoekster lijdt al zevenendertig jaar aan fibromyalgie. Sinds elf jaar wordt de hydrotherapie door de zorgverzekeraar vergoed. De hydrotherapie wordt in groepsverband gegeven en wordt geleid door een daartoe bevoegde fysiotherapeut. Net zoals in de voorgaande jaren heeft verzoekster ook voor het jaar 2006 een machtiging aangevraagd. Verzoekster beschouwt haar klachten, na zevenendertig jaar, als chronisch. Volgens verzoekster zou de zorgverzekeraar niet alleen maar naar de geldende wet kijken, maar ook naar andere rechtsbronnen zoals de gewoonte, redelijkheid en billijkheid en het feit dat zij te goeder trouw is. Eveneens hebben volgens verzoekster zowel de arts als de fysiotherapeut de heilzame werking van de therapie onderkent. Tot slot vindt verzoekster het vreemd dat de bepalingen omtrent fysiotherapie van toepassing zijn, terwijl sprake is van hydrotherapie.

#### 5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar geeft aan dat de verzekering, op grond waarvan de behandelingen vóór 1 januari 2006 vergoed werden, is beëindigd. Er is geen sprake van een doorlopende verzekering. De zorgverzekeraar stelt dat thans de bepalingen van de zorgverzekering van toepassing zijn. Op grond hiervan komt verzoekster niet in aanmerking voor vergoeding van kosten van de hydrotherapie, welke een bijzonder vorm is van fysiotherapie. In dit geval zijn dan ook de bepalingen omtrent fysiotherapie van toepassing.
- 5.2 De zorgverzekeraar haalt de geldende regelgeving in 2006 aan. Daarin wordt verwezen naar de in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) genoemde aandoeningen, voorzover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Wat betreft de langdurige en/of intermitterende fysiotherapie geldt dat de lijst limitatief en dwingend van aard is. De zorgverzekeraar geeft hiermee aan dat er niet van de lijst mag worden afgeweken. In dat verband constateert de zorgverzekeraar dat de aandoening van verzoekster, fibromyalgie met arthrose, niet voorkomt in Bijlage 1 van het Bzv. Daar verzoekster een aanvullende verzekering heeft, komt zij uitsluitend in aanmerking voor vergoeding van maximaal twee maal 21 behandelingen per kalenderjaar.

#### 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 voorganger 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 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 22 van de zorgverzekering valt op te maken dat, waar het gaat om fysiotherapie, de verzekering een restitutiekarakter heeft. De aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck is geregeld in artikel 22 van de zorgverzekering. 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. 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”.
- 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 geschilpunt zijn de navolgende wettelijke bepalingen relevant.  
Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 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, 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 vast dat de bepalingen aangaande fysiotherapie van toepassing zijn bij hydrotherapie. Vervolgens stelt de commissie vast dat verzoekster geen recht heeft op behandelingen fysiotherapie conform artikel 22 van de polis. De aandoening waar verzoekster mee kampt, te weten fibromyalgie met arthrose, komt namelijk niet voor in Bijlage 1 van het Bzv, de lijst van aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie.
- 7.9 Verzoekster heeft zich beroepen op haar voorgeschiedenis bij de voorganger van de zorgverzekeraar. Wat daarvan ook zij, deze omstandigheid brengt geen verandering in het oordeel van de commissie.  
Ondanks dat verzoekster tot eind 2005 vergoeding werd verleend op grond van de toen geldende ziektekostenregeling, is geen sprake van een doorlopende machtiging voor hydrotherapie en kan zij niet op basis daarvan thans aanspraak maken op vergoeding van hydrotherapie in 2006.
- 7.10 Ten aanzien van de factuur van 1 juli 2005, acht de commissie het volgende van toepassing. Verzoekster heeft het bedrag van € 200,00 bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. Uit navraag bij verzoekster is gebleken dat dit bedrag betrekking had op vier kwartalen, waarvan twee in 2005 en twee in 2006. Nu het hier geen verzekeringsprestatie betreft, heeft de zorgverzekeraar ten onrechte de twee kwartalen in 2006 in mindering gebracht op de no-claim teruggave van 2006. Met betrekking tot de twee kwartalen in 2005, kan de commissie geen oordeel over uitspreken, daar de vorige verzekering tegen ziektekosten niet gebaseerd was op de Zvw.
- 7.9 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, met inachtneming van 7.10, dient te worden toegewezen.
- 7.10 De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar het entreebedrag van € 37,00 aan verzoekster dient te vergoeden.
8. Het bindend advies
- 8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 juni 2007

Voorzitter

