

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en E te D
Zaak : Paramedische zorg, verlenging oefentherapie
Zaaknummer : 2010.00072
Zittingsdatum : 11 augustus 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. H.P.Ch. van Dijk, en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.6, bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) E te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 11 juni 2009 de verlengingsaanvraag voor oefentherapie (hierna: de aanspraak) af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 11 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 4 september 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Verzoekster heeft zich na heroverweging door de ziektekostenverzekeraar gewend tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.5. Bij brief van 15 maart 2010 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de eerder afgegeven machtiging oefentherapie te verlengen, onderscheidenlijk de gemaakte kosten over 2009 te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 juni 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 juni 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 21 juni 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 augustus 2010 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 15 juni 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 15 juni 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010078937) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een aandoening die voorkomt op bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting 21 juli 2010 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 11 augustus 2010 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 12 augustus 2010 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 bij brief van 17 augustus 2010 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 verzoekster
- 4.1. De behandelend specialist heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "Pilon tibiale fractuur links waarvoor div. operaties incl. vije lap" en voortzetting gevraagd van oefentherapie "gezien persisterende functiebeperking".
- 4.2. Verzoekster stelt dat bij een val in 2008 onder andere haar enkel is verbrijzeld en haar onderbeen op diverse plaatsen is gebroken. Deze breuken zijn operatief hersteld. Kort na deze operatie bleek een infectie te zijn ontstaan waarvoor zij opnieuw is geopereerd. Sinds deze operatie is verzoekster onder behandeling van een oefentherapeut. Deze oefentherapie is nodig om de beweeglijkheid van haar voet en been te verbeteren zodat geen nieuwe klachten ontstaan.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat haar botgroei onvoldoende is waardoor vertraging is ontstaan in de revalidatie. Daarom heeft zij meer oefentherapie nodig dan normaliter wordt vergoed uit de verzekering. Verzoekster meent dat haar situatie bijzonder genoeg is om de regels iets soepeler toe te passen.

Het vasthouden aan die regels pakt in de situatie van verzoekster zeer onredelijk uit. Verzoekster kan zich er niet in vinden dat haar zaak bij de ziektekostenverzekeraar is beoordeeld door een paramedicus en niet zij niet is opgeroepen op het spreekuur van een arts.

Verzoekster verwijt de ziektekostenverzekeraar dat deze jaar niet heeft geattendeerd op een opwaardering van haar aanvullende ziektekostenverzekeraar.

4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat op grond van de zorgverzekering bij de indicatie van verzoekster aanspraak bestaat op oefentherapie gedurende twaalf maanden, te rekenen vanaf ontslag naar huis. Tot 1 april 2009 werden – vanaf de tiende behandeling – de behandelingen oefentherapie vergoed uit de zorgverzekering. Sinds 1 april 2009 bestaat geen aanspraak meer op vergoeding van fysiotherapie op grond van de zorgverzekering. Op grond van de door verzoekster gesloten aanvullende ziektekostenverzekering kan zij voor 2009 aanspraak maken op een bedrag van € 250,-- per jaar.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de oefentherapie conform de regels is vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft begrip voor het feit dat complicaties erg vervelend zijn voor verzoekster, maar die treden vaker op. De situatie van verzoekster is dan ook niet zo uitzonderlijk dat het niet volgen van de regels daardoor gerechtvaardigd kan worden. Het aangaan van een andere aanvullende verzekering is volgens de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster. Verzoekster had eind 2008 van die mogelijkheid gebruik kunnen maken, maar het had op verzoeksters weg gelegen dit te initiëren. Dat kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar alsnog gehouden is de eerder afgegeven machtiging te verlengen, dan wel de kosten van de oefentherapie volledig te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 43 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering.
Artikel 30 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“30.1.1. Zorg waar u recht op hebt als u 18 jaar of ouder bent

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u recht op fysiotherapie of oefentherapie als u beperkingen hebt als gevolg van een aandoening die op de “Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie” staat. In deze lijst staat ook aangegeven dat u bij een aantal aandoeningen een bepaalde maximumperiode recht hebt op fysiotherapie of oefentherapie. U vindt deze lijst op onze internetsite en kunt deze ook bij ons opvragen.

*U hebt recht op de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en oefentherapie vanaf de tiende behandeling. Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, hebt u recht op de behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn.
(...)”*

- 8.3. De lijst waarnaar in artikel 30.1.1. van de zorgverzekering wordt verwezen luidt, voor zover van belang, als volgt:

“Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie

Per 1 januari 2009

De overheid heeft, in overleg met de beroepsgroep en artsen, deze lijst met aandoeningen opgesteld. Het gaat om aandoeningen waarvoor langdurige fysio- of oefentherapie geïndiceerd kan zijn. Deze lijst staat ook in Bijlage 1 van het besluit Zorgverzekering. Als de overheid deze Bijlage 1 tussentijds aanpast, moeten wij deze lijst ook aanpassen. Als we dit doen, laten we dit tenminste aan u weten via een bericht op onze internetsite.

Het gaat om:

(...)

- d. 5. status na opname in een ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie en de hulp dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling;*

(...)

- 5. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5, is de duur van de behandeling maximaal twaalf maanden in aansluiting op ontslag naar huis of beëindiging van de behandeling in de instelling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5.”*

- 8.4. Artikel 30 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Ingevolge artikel 1 sub d Zvw mag een zorgverzekering - samengevat - niet meer of minder bieden dan in de Zvw, het Bzv en de Rzv is geregeld.
- 8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op

prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Fysiotherapie en oefentherapie zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv en verder uitgewerkt in bijlage 1 Bzv.

- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7. Artikel 16 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op paramedische zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

“16.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden fysiotherapie en oefentherapie zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die normaal gesproken verlenen, als die niet onder de vergoeding van de hoofdverzekering vallen. (...)

16.1.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van fysiotherapie en oefentherapie Cesar / Mensendieck zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. (...)”

Volgens het Vergoedingen Overzicht bedraagt de vergoeding maximaal € 250,-- per jaar.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Oefentherapie kan ten laste van de zorgverzekering worden gebracht als sprake is van een indicatie die voorkomt in bijlage 1 Bzv. Vanwege de indicatie ‘status na opname in een ziekenhuis’ bestaat aanspraak op maximaal twaalf maanden behandeling. Op grond hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar een machtiging afgegeven voor de periode van 1 april 2008 tot en met 31 maart 2009. Aangezien verzoekster gedurende deze periode behandelingen heeft ondergaan, bestaat op basis van de onderhavige indicatie thans geen aanspraak (meer) op vergoeding van behandelingen oefentherapie ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. Op grond van de door verzoekster afgesloten aanvullende verzekering kan zij in 2009 aanspraak maken op vergoeding van behandelingen oefentherapie tot maximaal € 250,-- per jaar wanneer de zorgverzekering geen dekking (meer) biedt. Nu de zorgverzekering de in het geding zijnde kosten na 31 maart 2009 niet meer dekt, heeft verzoekster over de periode van 1 april tot en met 31 december 2009 recht op een vergoeding van maximaal € 250,--.
De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn nader commentaar de commissie medegedeeld dat eerder genoemd bedrag aan verzoekster is vergoed. Nu deze vergoeding door verzoekster niet is bestreden, neemt de commissie zulks als vaststaand aan. De commissie concludeert dat de aanvullende verzekering voor 2009 geen mogelijkheid biedt om een hogere vergoeding toe te kennen dan die welke verzoeker reeds heeft ontvangen.

Conclusie

9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 augustus 2010,

Voorzitter