

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Chronische begeleiding bij medisch sporten
Zaaknummer : 2011.02018
Zittingsdatum : 22 februari 2012

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering 50+ (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van chronische begeleiding bij medisch sporten (hierna: de aanspraak). Bij brief van 26 mei 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 juli 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 18 oktober 2011 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 21 oktober 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 december 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 december 2011 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 januari 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 februari 2012 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 februari 2012 telefonisch gehoord.
- 3.9. Naar aanleiding van hetgeen ter zitting is besproken heeft de ziektekostenverzekeraar op 22 februari 2012 nadere informatie opgevraagd bij het UMCU. De heer dr. J.P.H. van Wijk, internist-endocrinoloog, heeft de ziektekostenverzekeraar hierop op 6 maart 2012 geantwoord. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 maart 2012 een afschrift van dit antwoord gezonden alsmede zijn conclusie naar aanleiding hiervan. Afschriften van beide brieven zijn op 15 maart 2012 aan verzoeker gezonden, waarbij hem de mogelijkheid is geboden hierop binnen zeven dagen te reageren.
- 3.10. Verzoeker heeft bij brief van 21 maart 2012 gereageerd. Een afschrift hiervan is op 22 maart 2012 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend internist-endocrinoloog heeft het volgende verklaard: *“Boven genoemde patiënt heeft ernstig overgewicht in combinatie met ernstige insuline resistentie. Bij eerdere afvalpoging geraakte patiënt in vitale depressie, waarbij hij wel goed is afgevallen en zeer verbeterde glucoseregulatie kreeg (HbA1c 63). Echter na herstel van depressie is patiënt opnieuw fors aangekomen tot morbide obesitas (BMI 36 kg/m²) en is wederom sprake van zeer slechte glucose regulatie. Het is van groot belang dat patiënt meer gaat bewegen ter verbetering van de glucose regulatie en af te vallen en verlagen van het risico op verdere complicaties. Echter gezien de ernstige insuline resistentie, de obesitas, de cardiale belaste voorgeschiedenis, alle micro-vasculaire complicaties en hypertensie vind ik het van groot belang dat patiënt gaat revalideren onder fysiotherapeutische begeleiding. (...)”*
- 4.2. Verzoeker voert aan dat de kosten van chronische begeleiding bij medisch sporten zijn gedekt door de aanvullende ziektekostenverzekering. Deze kosten dienen derhalve door de ziektekostenverzekeraar te worden vergoed.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de fysiotherapeut heeft bekeken welke zorg voor hem nodig is. Het gaat om revalidatie. Dit moet door de ziektekostenverzekeraar worden vergoed. Revalidatie is gedekt onder de zorgverzekering. Het gaat om gezondheidsbevorderende omstandigheden, die erop gericht zijn te zorgen dat er geen insulineresistentie meer is, geen veelvuldige mondzorg meer nodig is, en dat hij niet meer is aangewezen op orthopedisch schoeisel.
- 4.4. In zijn brief van 21 maart 2012 schrijft verzoeker dat hij in mei 2011 door het “multidisciplinair specialistenteam van de voetenpoli” van het UMCU is doorverwezen naar de revalidatiearts. Ook heeft hij in januari een hersteloperatie ondergaan van de PIP-3 vinger, waarvoor hij nu nog ergotherapie heeft. Verzoeker benadrukt dat hij

bewegingsbeperkende complicaties heeft.

4.5. Verzoeker 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 de kosten van chronische begeleiding bij medisch sporten niet zijn gedekt onder de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding.

5.2. In zijn brief van 13 december 2011 heeft hij opgemerkt dat verzoeker zijn zorgverzekering bij een andere verzekeraar, doch binnen hetzelfde concern, heeft ondergebracht.

5.3. Ter zitting is voorts aangevoerd dat medisch sporten onder begeleiding van een fysiotherapeut niet onder fysiotherapie valt, maar onder beweegzorg. Verzoeker maakt aanspraak op vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, maar hierin is geen dekking opgenomen. Bij revalidatie moet het gaan om een multidisciplinair team, terwijl de zorg dient te worden verleend in een revalidatie-instelling. Door of namens verzoeker is geen aanvraag ingediend voor revalidatie. Er ligt alleen een aanvraag van de fysiotherapeut. Dat het woord 'revalidatie' wordt genoemd, wil nog niet zeggen dat aan de vereisten die hiervoor gelden, is voldaan.

5.4. Ten aanzien van de nieuwe stelling van verzoeker – dat sprake is van revalidatie – heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht contact op te nemen met de behandelend arts teneinde precies te achterhalen wat de bedoeling van de onderhavige behandeling is. Naar aanleiding van de onder 3.9 weergegeven briefwisseling concludeert de ziektekostenverzekeraar dat geen sprake is van revalidatiezorg. Het is voor verzoeker van belang dat hij meer gaat bewegen ter verbetering van de glucose-regulatie. Verder is beweging nodig om het risico van het ontwikkelen van verdere complicaties te verlagen. Hij moet daarbij ook verder afvallen. Uit de brief van de arts blijkt echter niet dat de begeleiding door een multidisciplinair team onder leiding van een medisch specialist of revalidatiearts wordt uitgevoerd. Een vergoeding op basis van revalidatie is dan ook niet mogelijk.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden 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 gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.
- 8.2. Artikel D.2.8. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op beweegzorg en luidt, voor zover hier van belang:

“D.2.8.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat gezondheidscursussen en beweegprogramma's gericht op voorkomen van ziekten en/of bevorderen van uw gezondheid.

D.2.8.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden:

- a. gezondheidscursussen en beweegprogramma's die in het algemeen gericht zijn op het bevorderen van uw gezondheid of waarin u leert omgaan met uw ziekte;*
- b. gezondheidscursussen en beweegprogramma's die in het bijzonder gericht zijn op voorbereiding op de bevalling, begeleiding bij de bevalling en het fysieke herstel van de vrouwelijke (zwangere) verzekerde tot maximaal zes maanden na de bevalling.*
- c. gezondheidscursussen die in het algemeen gericht zijn op het bevorderen van uw gezondheid of waarin u leert omgaan met uw ziekte;*

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.2.8.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. U overhandigt ons na afloop van de gezondheidscursus of het beweegprogramma een bewijs van deelname;*
- b. Als diabetespatiënt maakt u minimaal zes maanden van het betreffende jaar gebruik van het internethulpmiddel Diabetes Pas;*
- c. In de gehele periode dat u een gezondheidscursus of beweegprogramma volgt, hebt u een aanvullende verzekering die recht geeft op vergoeding van een gezondheidscursus en beweegprogramma.*

Zorgverlener

De gezondheidscursus en het beweegprogramma worden gegeven door:

- a. een thuiszorgorganisatie;*
- b. een G.G.D.;*
- c. een landelijke of regionale patiëntenvereniging.*

Voor diabetespatiënten moet deze patiëntenvereniging de gezondheidsbelangen van diabetespatiënten behartigen.

- d. (een polikliniek van) een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis);*
- e. een organisatie die door het Oranje Kruis is gecertificeerd danwel het Oranje Kruis zelf, als de gezondheidscursus betrekking heeft op een EHBO-cursus;*
- f. een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck, met wie wij afspraken hebben gemaakt over de genoemde gezondheidscursus of beweegprogramma;*
- g. een zorggroep met wie wij afspraken hebben gemaakt over de genoemde gezondheidscursus of beweegprogramma;*
- h. een andere dan de hiervoor genoemde instanties, waarmee wij afspraken hebben gemaakt.*

D.2.8.4. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet:

- a. sportmassage;*
- b. arbeids- en/of bezigheidstherapie;*
- c. bedrijfshulpverleningscursussen, waaronder EHBO-cursussen voor kinderen ten behoeve van de registratie Gastouder in de zin van de Wet kinderopvang. (...)”*

Het Vergoedingen Overzicht luidt, voor zover hier van belang:

“Gezondheidscursussen en beweegprogramma's:

- Algemene vergoeding maximaal € 175,- per jaar D.2.8.

- Extra vergoeding voor diabetespatiënten maximaal € 40,- in de totale looptijd van uw verzekering. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De commissie is gebleken dat verzoeker zijn zorgverzekering bij een andere verzekeraar heeft afgesloten. Deze verzekeraar is geen partij in de onderhavige procedure en reeds hierom kan een beroep op de aanspraak op revalidatiezorg zoals deze is opgenomen in de zorgverzekering niet slagen.
- 9.2. Artikel D.2.8. van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat dekking bestaat voor beweegprogramma's die zijn gericht op het bevorderen van de gezondheid. Het beweegprogramma moet worden gegeven door een thuiszorgorganisatie, een GGD, een landelijke of regionale patiëntenvereniging, (een polikliniek van) een instelling voor medisch specialistische zorg, een organisatie die door het Oranje Kruis is gecertificeerd dan wel het Oranje Kruis zelf, een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck, een gecontracteerde zorggroep of een andere gecontracteerde instantie.
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in de heroverweging van 18 juli 2011 medegedeeld dat verzoeker wellicht aanspraak zou kunnen hebben op beweegzorg, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Uit de aanvraag blijkt echter niet of aan de voorwaarden is voldaan, terwijl het in beginsel verzoeker is die aannemelijk moet maken dat hij aan de verzekeringsvoorwaarden voldoet. Verzoeker heeft geen aanvullende informatie van de fysiotherapeut aangeleverd, hoewel dit op zijn weg had gelegen. Aangenomen moet daarom worden dat niet is voldaan aan de in artikel D.2.8. van de aanvullende ziektekostenverzekering gestelde voorwaarden, zodat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van chronische begeleiding bij medisch sporten, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 april 2012,

Voorzitter