

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs. C te D
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie
Zaaknummer : 2008.01068
Zittingsdatum : 17 december 2008

Zaak: 2008.01068, 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 2007 en 2008, art. 10 Zvw, art. 2.4 Bzv en art. 2.6 Rzv en Bijlage 1 Bzv, voorwaarden aanvullende verzekering 2008).

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 14 maart 2008 de kosten van de fysiotherapeutische behandelingen niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van het geschil was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de zorgverzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering). Dit is een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens was verzoeker aanvullend verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Het betreft hierbij schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. Verzoeker is bekend met een “diepe en oppervlakkige veneuze insufficiëntie, CEAP klasse VI rechts, bij ulcus aan de mediale zijde van de enkel.” In verband hiermee draagt hij steunkousen en heeft hij op 13 mei 2007 een operatie aan zijn rechterbeen ondergaan. Verzoeker ondergaat al jaren behandelingen fysiotherapie. Bij brief van 14 maart 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de kosten van de fysiotherapeutische behandelingen na 1 januari 2008 in het geheel niet meer worden vergoed.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij mailbericht van 21 mei 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Hierop heeft verzoeker zich gewend tot de Ombudsman Zorgverzekeringen. Diens tussenkomst had tot resultaat dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de in de periode van 13 mei 2007 tot 3 mei 2008 gemaakte kosten van de fysiotherapeutische behandelingen alsnog te vergoeden, met uitzondering van de eerste negen.
- 3.5. Bij brief van 30 juli 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is een verdergaande vergoeding te verlenen ten laste van de zorgverzekering,

dan wel de aanvullende verzekering (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 21 oktober 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 oktober 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en ziektekostenverzekeraar hebben op 5 november respectievelijk 24 november 2008 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 28 oktober 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 25 november 2008 heeft het CVZ de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker a te wijzen omdat de aanvraag ziet op een aandoening die niet voorkomt op Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is op 2 december 2008 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben hiervan geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de ziektekostenverzekeraar nalatig is geweest, nu deze hem niet heeft geïnformeerd over het feit dat met de behandelend fysiotherapeut geen contract tot stand was gekomen. Zou dit wel zijn gebeurd, dan had verzoeker daarop actie kunnen ondernemen.
- 4.2. Voorts werpt verzoeker de ziektekostenverzekeraar tegen dat deze zich schuldig maakt aan suggestieve voorlichting, nu in het informatieboekje 2008 wordt gesteld: "Maakt u gebruik van een zorgverlener die [de ziektekostenverzekeraar] niet gecontracteerd heeft, dan betaalt u de rekening eerst zelf aan de zorgverlener. Vervolgens declareert u de kosten bij [de ziektekostenverzekeraar]. Houdt u er rekening mee dat u in bepaalde gevallen niet alle kosten vergoed krijgt. Het verschil is voor uw eigen rekening." De polisvoorwaarden zijn hiermee in lijn en er wordt zelfs een bedrag genoemd. Echter, op bladzijde 40 wordt ineens een uitzondering gemaakt. Daar staat namelijk: "Gaat u naar een fysiotherapeut die met [de ziektekostenverzekeraar] geen contract heeft? Dan krijgt u geen vergoeding."
- 4.3. Verzoeker vermeldt verder dat zijn huisarts en de fysiotherapeut bekend zijn met zijn situatie en dat zij uitgaan van medische criteria. Bij de ziektekostenverzekeraar lijken andere criteria de overhand te hebben gekregen, waardoor iedere vergoeding ter zake van de behandelingen fysiotherapie is uitgesloten. Volgens verzoeker dreigt een "horrorscenario" als dit wordt uitgebreid naar andere zorgvormen.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft zich aanvankelijk op het standpunt gesteld dat de behandelingen door de fysiotherapeut zijn gedeclareerd met diagnosecode 7147. Deze komt niet voor op de "lijst van Borst", waardoor vergoeding ten laste van de zorgverzekering niet mogelijk is.
De door verzoeker gesloten aanvullende verzekering biedt weliswaar dekking, maar uitsluitend indien behandeling geschiedt door een gecontracteerde fysiotherapeut. Deze eis geldt sinds 1 januari 2008. Nu met verzoekers fysiotherapeut voor het jaar 2008 geen contract tot stand is gekomen, bestaat geen aanspraak op vergoeding.
- 5.2. In tweede instantie heeft de ziektekostenverzekeraar geoordeeld dat verzoeker recht heeft op vergoeding van de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie gedurende twaalf maanden na het ontslag uit het ziekenhuis, ten laste van de zorgverzekering. De eerste negen behandelingen zijn hiervan uitgesloten.
- 5.3. De zorgverzekeraar is voorts niet verplicht met iedere zorgverlener een contract af te sluiten. Daarbij is het aan de zorgverlener zijn cliënt op de hoogte te stellen indien een contract tussen hem en de zorgverzekeraar van zijn cliënt niet wordt verlengd.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanspraak van verzekerde terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering en de aanvullende verzekering voor het jaar 2008, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering, zoals deze in het jaar 2007 van kracht was.

7. De beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op vergoeding van de kosten van paramedische zorg, waaronder fysiotherapie, is geregeld in artikel 8.6 van de zorgverzekering 2007. Dit artikel bepaalt dat verzekerden van 18 jaar en ouder vanaf de tiende behandeling aanspraak kunnen maken op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) aangegeven aandoeningen, voorzover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden.
In de zorgverzekering 2008 is voor verzekerden van 18 jaar en ouder in artikel B15.1 opgenomen dat recht bestaat op fysiotherapie vanaf de tiende behandeling, als het gaat om een aandoening die staat op een door de Minister van VWS vastgestelde lijst (Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).
- 7.2. Artikel 8.6 van de zorgverzekering vindt volgens artikel 2 van de zorgverzekering 2007 zijn grondslag in de Zvw, de daarop gebaseerde uitvoeringsbesluiten, en het door verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier.

Voor de zorgverzekering 2008 is in artikel B1 opgenomen dat de overheid het verzekerde pakket van de basisverzekering vaststelt en dat de Zvw en de daarbij behorende regelgeving voorschrijven waarvoor de verzekerde verzekerd moet zijn. Elke zorgverzekeraar moet zich strikt aan de wet houden. In de verzekeringsvoorwaarden is zo duidelijk mogelijk aangegeven waarvoor men verzekerd is. Als iets in deze verzekeringsvoorwaarden onverhoopt niet helemaal overeenkomt met de wettelijke regeling, dan geldt voor de verzekerde wat in die wettelijke regeling staat, aldus genoemde bepaling.

- 7.3. 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 verzekerd risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Paramedische zorg, waaronder fysiotherapie, is conform artikel 11 lid 3 Zvw naar aard en omvang omschreven in artikel 2.6 Bzv. Laatstgenoemd artikel bepaalt dat voor verzekerden van 18 jaar en ouder fysiotherapie omvat:

"zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voorzover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat niet de eerste 9 behandelingen."

- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Door de behandelend fysiotherapeut is gedeclareerd met de diagnosecode 7147. Deze staat voor hart-, vaat en lymfevataandoeningen, meer specifiek "ulcus/decubitus/necrose". Deze aandoening komt niet voor in de onder 7.3 genoemde bijlage 1, door de ziektekostenverzekeraar aangeduid als "de lijst van Borst". Aldaar wordt in lid 1, onderdeel d, subonderdeel 5, wèl genoemd: "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." Op grond van lid 5 geldt een termijn van maximaal twaalf maanden in aansluiting op het ontslag naar huis of de beëindiging van de behandeling in de instelling als bedoeld in het eerste lid. Gezien het gestelde in de brief van 24 juni 2008, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de behandelingen fysiotherapie in het tijdvak van 13 mei 2007 tot 13 mei 2008 op deze basis te vergoeden ten laste van de zorgverzekering 2007, respectievelijk 2008. Het geschil blijft dan ook beperkt tot de eerste negen fysiotherapiebehandelingen, en de behandelingen na 13 mei 2008.
- 7.6. Waar het gaat om de eerste negen behandelingen bevat artikel 8.6 van de zorgverzekering 2007, respectievelijk artikel B15.1 van de zorgverzekering 2008 een uitsluiting. De betreffende behandelingen blijven daarom voor rekening van verzoeker. Voor zover het de fysiotherapiebehandelingen na 13 mei 2008 betreft, geldt dat de maximale termijn van twaalf maanden is verstreken, terwijl voorts niet is gebleken van een andere indicatie, vermeld in bijlage 1, die recht geeft op de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie.

Ten aanzien van de aanvullende verzekering

- 7.7. Zoals in onderdeel 6 is aangegeven, is de commissie niet bevoegd te oordelen over de aanvullende verzekering in het jaar 2007. De vraag of verzoeker op basis van de toen vigerende polisvoorwaarden aanspraak kan maken op vergoeding van de eerste negen behandelingen fysiotherapie moet om die reden onbeantwoord blijven.
- 7.8. Met betrekking tot de behandelingen fysiotherapie die na 13 mei 2008 hebben plaatsgevonden, geldt dat in artikel E17.1 van de aanvullende verzekering voor het jaar 2008 is bepaald dat alle behandelingen worden vergoed, behalve als daarop recht bestaat volgens de basisverzekering. Verder is in genoemd artikel het volgende vermeld:

“U heeft recht op deze vergoeding als:

- het medisch noodzakelijke behandelingen zijn die verbetering brengen;*
- uw therapeut met [de zorgverzekeraar] een contract heeft. Welke therapeuten dat zijn, kunt u vinden op onze website. U kunt ook bellen met de Klantenservice, (...)”*

- 7.9. De commissie constateert dat verzoeker in het bezit was van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Voorts wordt in het door hem aangehaalde informatieboekje 2008 nadrukkelijk gesteld dat in bepaalde gevallen niet alle kosten worden vergoed. Onder de gegeven omstandigheden lag het in de rede niet uit te gaan van de algemene mededeling in het informatieboekje, maar hierop de specifieke polisvoorwaarde (artikel E17.1)
- 7.10. na te slaan. Deze bepaling is eenduidig. Is niet aan de gestelde voorwaarden voldaan, dan blijft vergoeding achterwege.
De commissie voegt hier nog aan toe dat eerst recht op vergoeding ontstaat nadat de zorgverzekering is aangesproken. Het eerste contact met de ziektekostenverzekeraar over de onderhavige materie dateert blijkbaar van 29 januari 2008. Naar aanleiding hiervan is door de ziektekostenverzekeraar kort daarna een telefonische toelichting gegeven. Verzoeker had derhalve voldoende gelegenheid zich te wenden tot een wél gecontracteerde fysiotherapeut, teneinde zijn rechten uit de aanvullende verzekering na 13 mei 2008 zo nodig tot gelding te brengen. Door de behandelingen voort te zetten, in de wetenschap dat het ontbreken van een contract ertoe zou leiden dat deze niet onder de polisdekking vallen, heeft verzoeker het risico genomen dat de kosten voor zijn rekening zouden blijven.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 december 2008,

Voorzitter