



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, paramedische zorg, fysiotherapie
Zaaknummer : 201401303
Zittingsdatum : 19 november 2014



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



(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.6 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen



C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie



2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Geregeld Polis (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 Extra Zorg Polis Beter afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding



3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van behandelingen fysiotherapie (hierna: de aanspraak). Bij ongedateerd uitkeringsbericht heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat een bedrag van € 427,26 niet wordt vergoed.



3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 15 april 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.



3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.



3.4. Bij e-mailbericht van 21 augustus 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).



3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 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.



3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 september 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 september 2014 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 september 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 oktober 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

3.8. Bij brief van 23 september 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 10 oktober 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014123548) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen. Het Zorginstituut overweegt hierbij dat niet duidelijk is wanneer verzoekster de eerste 20 - niet onder de zorgverzekering gedekte - behandelingen fysiotherapie heeft ondergaan. De behandelingen die voorafgaand aan de heupoperatie plaatsvonden, zagen namelijk op de zelfde indicatie. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 4 november 2014 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. De behandelend orthopedisch chirurg heeft over verzoekster het volgende verklaard:
“Bovengenoemde patiënte heeft op 06-11-2013 bij ons een gecementeerde totale heupprothese aan de rechter zijde gekregen. Middels dit schrijven zouden we willen bevestigen dat het postoperatief noodzakelijk was fysiotherapeutische nabehandeling te krijgen. Dit kon niet anders dan in de thuissituatie plaatsvinden. (...)”.

4.2. Verzoekster kreeg eind 2012, begin 2013 heupklachten. De huisarts schreef pijnmedicatie voor en raadde fysiotherapie aan. Ondanks deze maatregelen bleef verzoekster pijnklachten houden, waarop de huisarts haar heeft doorverwezen naar de orthopeed, die een heupprothese heeft geplaatst. In afwachting van de operatie moest verzoekster tijdelijk stoppen met de fysiotherapie. Na de operatie is zij hiermee weer gestart. Omdat er geen ruimte was in een verpleeghuis, moest de fysiotherapie in de thuissituatie plaatsvinden. De ziektekostenverzekeraar heeft een deel van de kosten niet vergoed, terwijl de behandelingen fysiotherapie een onderdeel vormen van de heupoperatie. De ziektekostenverzekeraar is daarom gehouden ook deze kosten te vergoeden.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster heeft een heupoperatie ondergaan. Aansluitend heeft zij fysiotherapiebehandelingen gekregen. De kosten hiervan zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin staat dat de eerste 20 behandelingen niet voor vergoeding in aanmerking komen. Deze kunnen worden vergoed vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering, tot een maximum van € 400,- per kalenderjaar. Deze vergoeding was echter al vóór de ingreep aan verzoekster uitgekeerd, omdat zij toen reeds behandelingen fysiotherapie onderging. Verzoekster heeft dan ook geen aanspraak op een hogere vergoeding dan die reeds aan haar is verleend.

5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.



7. Het geschil



- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, 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 zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 25 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op onder andere fysiotherapie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:



“Omschrijving

U hebt recht op zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. (...)



18 jaar en ouder:

- u hebt recht op de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie;



- u hebt vanaf de 21e behandeling recht op behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen.



U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst. De kosten van de eerste 20 behandelingen per aandoening komen voor uw eigen rekening. U krijgt deze behandelingen mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering. (...)



Waar mag de zorg worden verleend

Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend. (...)



- 8.4. Artikel 25 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 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 is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv en verder uitgewerkt in Bijlage 1 Bzv.
- 8.6. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.



De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.7. Artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op beweegzorg, waaronder fysiotherapie, en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving:

Beweegzorg bestaat uit:

1. fysiotherapie; (...)

Wie mag de zorg verlenen:

1. fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut); (...)

Waar mag de zorg worden verleend:

de zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend. (...)

Extra Zorg polis Beter

maximaal € 400 per kalenderjaar (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt dekking voor fysiotherapie indien de aandoening waarvoor wordt behandeld voorkomt op Bijlage 1 Bzv. Verzoekster heeft een heupoperatie ondergaan, waardoor zij, aansluitend aan de ziekenhuisopname, op basis van lid 1 sub d onder 5° jo. lid 5 van Bijlage 1 Bzv aanspraak heeft op behandelingen fysiotherapie gedurende maximaal twaalf maanden. Gelet op artikel 25 van de zorgverzekering zijn hierbij de eerste 20 behandelingen uitgesloten van vergoeding ten laste van de zorgverzekering.
- 9.2. Na de operatie op 6 november 2013, heeft verzoekster in dat jaar nog twaalf behandelingen fysiotherapie ondergaan. Deze behandelingen zijn derhalve uitgesloten van vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Het zelfde geldt voor de volgende acht behandelingen in 2014. Verzoekster heeft vanaf de 21e behandeling recht op vergoeding op basis van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster vanaf de 21e behandeling de kosten van de fysiotherapie vergoed. Op grond van de zorgverzekering bestaat geen aanspraak op een verdergaande vergoeding.
- 9.3. Het Zorginstituut overweegt in zijn advies dat de behandelingen fysiotherapie die verzoekster voorafgaand aan de ingreep heeft ondergaan, moeten meetellen voor de eerste twintig behandelingen die niet voor vergoeding in aanmerking komen, omdat het zou gaan om de zelfde indicatie. De onder 9.1 aangehaalde indicatie is echter uitsluitend aan de orde na opname in een ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie. Op grond van het aangehaalde lid 5 is hierbij bepalend de ontslagdatum naar huis of de datum van beëindiging van de behandeling in de instelling, te weten in het onderhavige geval: 6 november 2013. De commissie volgt het advies van het Zorginstituut in dezen dan ook niet.



Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op behandelingen beweegzorg, waaronder fysiotherapie, tot een maximum van € 400,-- per kalenderjaar. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat dit bedrag reeds vóór de operatie aan verzoekster is betaald, zodat zij geen aanspraak heeft op vergoeding van de twaalf behandelingen die zij in 2013, na afloop van de operatie, heeft ondergaan. Nog los van het feit dat verzoekster niet gemotiveerd heeft bestreden dat genoemd bedrag is vergoed, strookt een en ander met de mededeling van verzoekster dat zij door de huisarts in eerste instantie naar de fysiotherapeut is verwezen, die haar gedurende enige tijd heeft behandeld. Pas daarna is zij verwezen naar de orthopedisch chirurg, die de heupoperatie heeft uitgevoerd. De commissie houdt het er daarom voor dat de maximale vergoeding van € 400,-- in 2013 inderdaad is verleend, zodat verzoekster in dat jaar geen aanspraak had op verdere vergoeding, en de kosten van de twaalf behandelingen die zij na de operatie heeft ondergaan daarom terecht voor eigen rekening zijn gebleven. In 2014 heeft zij opnieuw aanspraak op vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering en zijn de eerste acht behandelingen in dat jaar vanuit deze verzekering aan verzoekster vergoed. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.
- 
- 
- 



Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 17 december 2014,



Voorzitter

