

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B vs. C te D  
Zaak : paramedische zorg, fysiotherapie  
Zaaknummer : ANO08.195  
Zittingsdatum : 9 juli 2008

## **BINDEND ADVIES**

Zaak: ANO08.195, (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, art. 10 Zvw, art. 2.4 en 2.6 Bzv en Bijlage 1 Bzv)

---

### 1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

### 2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 15 oktober 2007 de kosten van de eerste negen behandelingen fysiotherapie niet te vergoeden.

### 3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basispolis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens was verzoeker aanvullend verzekerd bij de zorgverzekeraar.
- 3.2. Verzoeker kampt onder andere met COPD klasse III met bronchiëctasieën. Op grond van deze aandoening heeft verzoeker bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van fysiotherapeutische behandelingen ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 oktober 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de kosten van de eerste negen fysiotherapeutische behandelingen voor rekening van verzoeker zelf zijn.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 28 december 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn besluit te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 18 januari 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.

- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 27 februari 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 mei 2008 naar verzoeker gezonden.
- 3.7. Bij brief van 16 mei 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, conform artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 17 juni 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen, omdat de fysiotherapeutische behandelingen niet alleen op een andere locatie plaatsvinden maar in dat geval tevens, door verwijzing naar de eerste lijn, tevens sprake is van een andere financieringsstructuur. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 20 juni 2008 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 9 juli 2008 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. In vervolg op de hoorzitting heeft de commissie de zorgverzekeraar verzocht om een verklaring omtrent hetgeen volgens hem heeft plaatsgevonden tijdens het telefoongesprek van 1 oktober 2007. Bij brief van 16 juli 2008 heeft de zorgverzekeraar gereageerd. Een afschrift hiervan is op 24 juli 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Bij brief van 24 juli 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting, alsmede van de nadien verzonden en ontvangen stukken, gezonden met het verzoek mede te delen of zulks aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 28 juli 2008 de commissie meegedeeld dat de stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker maakt aanspraak op volledige vergoeding van de fysiotherapeutische behandelingen vanaf 1 oktober 2007. Hij stelt hiertoe dat deze behandelingen voortgezette behandelingen betreffen voor zijn aandoening COPD. Vóór 1 oktober 2007 onderging hij fysiotherapeutisch behandelingen voor COPD in het ziekenhuis. Deze behandelingen zijn ná 1 oktober 2007 voortgezet door een fysiotherapeut op een andere locatie. De behandelingen in het ziekenhuis zijn allemaal vergoed. Verzoeker is van mening dat de zorgverzekeraar de eerste negen fysiotherapeutische behandelingen door de fysiotherapeut ook dient te vergoeden, aangezien deze behandelingen een voortzetting zijn van de behandelingen in het ziekenhuis. Slechts de locatie waar de behandelingen plaatsvinden is gewijzigd.
- 4.2. Tevens stelt verzoeker dat hij op 1 oktober 2007 de zorgverzekeraar heeft gebeld met de vraag of de voortzetting van de fysiotherapeutische behandelingen op een andere locatie niet zou leiden tot korting van negen behandelingen. Verzoeker zou tijdens dit telefoongesprek zijn verteld dat indien hij door het ziekenhuis is verwezen op grond van een chronische aandoening, de negen fysiotherapeutische behandelingen niet zouden worden gekort.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat de fysiotherapeutische behandelingen van verzoeker in het ziekenhuis zijn vergoed, omdat deze behandelingen behoren tot het tarief dat het ziekenhuis bij de zorgverzekeraar declareert op basis van de Diagnose Behandel Combinatie (DBC). In het totaalbedrag zitten alle gegeven behandelingen binnen het ziekenhuis, ook de fysiotherapeutische behandelingen. Wat betreft de fysiotherapeutische behandelingen die verzoeker bij de fysiotherapeut krijgt, bepaalt de zorgverzekering echter dat vergoeding van deze behandelingen slechts mogelijk is bij bepaalde, nader omschreven chronische aandoeningen en dan alleen nog vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen bij de fysiotherapeut komen derhalve voor rekening van verzoeker zelf.
- 5.2. De zorgverzekeraar merkt nog op dat de aanvullende verzekering van verzoeker voorziet in een vergoeding van zes fysiotherapeutische behandelingen. Deze zes behandelingen heeft verzoeker echter al gehad voor een niet-chronische spier- en peesaandoening.
- 5.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling op voorgaande nog gesteld dat tijdens het telefoongesprek van 1 oktober 2007 van zijn kant geen toezeggingen zijn gedaan.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, 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 onderhavige aanvullende verzekering.

## 7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis. De aanspraak op vergoeding van de kosten van paramedische zorg, waaronder fysiotherapie, is geregeld in artikel 10 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering. Dit artikel bepaalt, voor zover hier van belang, dat de kosten voor fysiotherapeutische behandelingen voor verzekerden van 18 jaar en ouder vanaf de tiende behandeling worden vergoed, indien sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) vermelde aandoening.
- 7.2. Artikel 10 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 4 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.3. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van 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 geregeld in artikel 2.6 Bzv.

- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of de eerste negen fysiotherapeutische behandelingen van verzoeker ten laste van de zorgverzekering vergoed dienen te worden, op de grond dat deze behandelingen een voortzetting zijn van de behandelingen die in het ziekenhuis hebben plaatsgevonden. Tevens is in geschil of de zorgverzekeraar heeft toegezegd dat de eerste negen behandelingen bij de fysiotherapeut niet gekort zullen worden.
- 7.6. De commissie constateert dat uit de stukken blijkt dat verzoeker vanaf 1 oktober 2007 voor zijn aandoening COPD wordt behandeld door een fysiotherapeut. Op grond van artikel 10 van de zorgverzekering kan aanspraak gemaakt worden op vergoeding van de kosten van deze fysiotherapeutische behandelingen vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen komen niet in aanmerking voor vergoeding. In tegenstelling tot hetgeen verzoeker stelt, is dit niet anders indien hij eerst een behandeling heeft gehad in het ziekenhuis en vervolgens voor enkelvoudige fysiotherapeutische behandelingen is doorverwezen. De fysiotherapeutische behandelingen in het ziekenhuis zijn namelijk vergoed door de zorgverzekeraar, omdat deze behandelingen deel uitmaken van de aanspraak op medisch specialistische zorg. De aanspraak op enkelvoudige fysiotherapie moet daarvan worden onderscheiden. Daarvoor gelden de criteria zoals beschreven onder 7.1.
- 7.7. Voor zover verzoeker stelt dat hem telefonisch een toezegging is gedaan door een helpdeskmedewerker van de zorgverzekeraar, inhoudende dat deze hem de mededeling heeft gedaan dat de eerste negen fysiotherapeutische behandelingen niet worden gekort indien sprake is van een voortgezette behandeling, oordeelt de commissie als volgt.
- 7.8. De zorgverzekeraar kan niet gebonden worden geacht aan alle zijnerzijds gedane uitlatingen waardoor bij een verzekerde verwachtingen zijn gewekt ten aanzien van een door de zorgverzekeraar te volgen gedragslijn. Met name indien het gaat om reacties op een verzoek van een verzekerde om inlichtingen aangaande de inhoud van de zorgverzekering, dan wel andere door de zorgverzekeraar in acht te nemen regelgeving, noopt het belang dat de verzekerden erbij hebben dat de zorgverzekeraar zijn voorlichtende taak onbelemmerd kan vervullen ertoe te aanvaarden dat het risico van een onjuiste inlichting in de regel voor rekening van de betrokken verzekerde blijft.
- 7.9. Bijzondere omstandigheden kunnen aanleiding geven van die regel af te wijken en de zorgverzekeraar aan dergelijke inlichtingen gebonden te achten. Daartoe zal ten minste vereist zijn, vooreerst dat die inlichtingen niet zo duidelijk in strijd zijn met de zorgverzekering en de daaraan ten grondslag liggende regeltoepassing, dat de betrokken verzekerde redelijkerwijs hun onjuistheid had kunnen en moeten beseffen en voorts, dat hij afgaande op die onjuiste inlichtingen een handeling heeft verricht of nagelaten, ten gevolge waarvan hij schade lijdt. De commissie is niet gebleken dat er sprake is van een zodanige bijzondere omstandigheid, aangezien de zorgverzekering duidelijk bepaalt, dat voor verzekerden vanaf 18 jaar aanspraak op vergoeding van fysiotherapeutische behandelingen bestaat vanaf de tiende behandeling. Ook overigens is in de procedure onvoldoende komen vast te staan dat door de zorgverzekeraar in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden een ondubbelzinnig en ongeclausuleerde toezegging is gedaan, zoals door verzoeker gesteld.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 augustus 2008,

Voorzitter