

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door de heer E, versus C te D
Zaak : Fysiotherapie
Zaaknummer : 2008.02760
Zittingsdatum : 22 april 2009

Zaak: 2008.02760 (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 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.6 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door E,
tegen

C te B, hierna te noemen de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 7 mei 2008 behandelingen fysiotherapie niet te vergoeden.

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 Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 3 sterren, Beter Af Tandarts Polis 1 ster en het Beter Af Extra Pakket Onderwijs afgesloten (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Vanwege rugklachten moet verzoekster sinds enige tijd behandelingen fysiotherapie ondergaan. In de jaren 2006 en 2007 zijn alle behandelingen door de ziektekostenverzekeraar vergoed. In het jaar 2008 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar wederom verzocht de behandelingen fysiotherapie te vergoeden (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 mei 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 21 november 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 25 januari 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, 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 van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 24 februari 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 februari 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 maart 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 25 februari 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 31 maart 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de aandoening van verzoekster niet voorkomt op Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering en zij derhalve geen verzekeringsindicatie heeft voor behandelingen fysiotherapie. Een afschrift van het CVZ-advies is op 3 april 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 april 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 23 april 2009 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 27 april 2009 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. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij sinds 2006 bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd tegen ziektekosten. Vanaf 2006 heeft zij regelmatig behandelingen fysiotherapie ondergaan. Deze behandelingen werden steeds volledig vergoed. In 2007 heeft verzoekster een algemeen schrijven ontvangen, waarin te lezen was dat de polisvoorwaarden met ingang van 1 januari 2008 zouden worden gewijzigd. Verzoekster ging ervan uit dat de fysiotherapie ook na die datum zou worden vergoed, omdat dit altijd het geval is geweest, en de ziektekostenverzekeraar haar niet heeft gewaarschuwd dat de betreffende fysiotherapeut niet gecontracteerd was. De ziektekostenverzekeraar heeft echter in 2008 alleen de eerste negen behandelingen vergoed.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling het volgende aangevoerd. De aanspraak op fysiotherapie is niet in geschil, het gaat om de eis van het gecontracteerd zijn en de informatievoorziening daarover. De eerste negen behandelingen fysiotherapie in 2008 zijn vergoed. Vanaf de tiende – in september – werd vergoeding echter gewei-

gerd. De ziektekostenverzekeraar had verzoekster moeten informeren over de eis van het gecontracteerd zijn.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat een verzekerde alleen bij bepaalde aandoeningen, zoals vastgesteld in het Besluit zorgverzekering, recht heeft op verstrekking, dan wel vergoeding vanaf de tiende behandeling door een fysiotherapeut of oefentherapeut, ten laste van de zorgverzekering. De overige behandelingen kunnen eventueel ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering komen. Per 1 januari 2008 is de dekking van laatstgenoemde verzekering beperkt tot vergoeding van 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar bij behandeling door een gecontracteerde zorgverlener. Bij een niet-gecontracteerde zorgverlener is dit maximum beperkt tot negen behandelingen. Deze wijziging is opgenomen in het "vergoedingenoverzicht", dat eind 2007 naar verzekerden is gezonden. Verzoekster heeft derhalve recht op vergoeding van negen behandelingen, welke reeds aan haar is uitgekeerd.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het op de weg van verzekerde ligt navraag te doen. Een gecontracteerde zorgverlener declareert rechtstreeks. In dit geval zijn de nota's aan verzoekster ter hand gesteld. Verzoekster had via het vergoedingenoverzicht bekend kunnen zijn met de gewijzigde voorwaarden.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, 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. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de behandelingen fysiotherapie aan verzoekster te verstrekken ten laste van de zorgverzekering, dan wel deze te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 40 van de zorgverzekering. Artikel 25 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden

aanspraak op fysiotherapie bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 25 Fysiotherapie en oefentherapie

25.1 Chronische aandoeningen

Wij vergoeden de kosten van de 10^e en daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of een oefentherapeut bij bepaalde aandoeningen, overeenkomstig bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. (...)

Bij behandelingen door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij maximaal € 20,- per zitting.”

- 7.3. Artikel 25 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. 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.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. In de procedure is gesteld noch gebleken dat bij verzoekster sprake is van een aandoening die voorkomt op Bijlage 1 bij het Bzv. De behandelingen fysiotherapie kunnen derhalve niet ten laste van de zorgverzekering worden verstrekt.
- 7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, dient te worden afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.8. Artikel 14 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt, voor zover hier van belang:

“Artikel 14 Fysiotherapie en oefentherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut.

(...)

Bij behandelingen door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij maximaal € 20,- per zitting.

Beter Af Plus Polis

(...)

3 sterren maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar waarvan maximaal 9 behandelingen per persoon per kalenderjaar door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener.”

- 7.9. Vast staat dat door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster negen behandelingen fysiotherapie zijn vergoed. Voorts wordt door partijen niet bestreden dat de handelend fysiotherapeut niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. Op het “vergoedingenoverzicht” dat alle verzekerden in 2007 hebben ontvangen is melding gemaakt van de aanscherping van de polisvoorwaarden met betrekking tot

niet-gecontracteerde zorgverleners met ingang van 1 januari 2008. Dit stuk heeft verzoekster kennelijk bereikt, nu zij stelt dat zij aannam dat één en ander in haar situatie niet van toepassing zou zijn. Gelet op het “vergoedingenoverzicht” lag het op de weg van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar na te vragen of haar fysiotherapeut tot de gecontracteerde zorgverleners behoort. Nu zij dit heeft nagelaten, blijven de kosten van de verdere behandelingen voor haar rekening. Ten overvloede merkt de commissie op dat de behandelend fysiotherapeut ook voorheen niet was gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar.

- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de aanvullende ziektekostenverzekering, eveneens dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 mei 2009,

Voorzitter