

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E  
Zaak : EU/EER, paramedische zorg, hydrotherapie  
Zaaknummer : 2011.02459  
Zittingsdatum : 18 april 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.6 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, artikel 20 Vo 883/2004)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk 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 verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 FNV en TandVerzorgd 3 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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 behandelingen hydrotherapie, ondergaan te Gronau (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 september 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 6 oktober 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 brief van 24 januari 2012 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 zorgverzekering dan wel 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 februari 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 maart 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 maart 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 1 maart 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 12 maart 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012027270) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen indicatie heeft voor chronische fysiotherapie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 april 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 19 april 2012 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 24 april 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

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

- 4.1. De behandelend fysiotherapeut heeft het volgende verklaard: *“Post-operatief is de pat. intensief fysiotherapeutisch behandeld. Aansluitend heeft de pat. consequent vanaf 08-08-2007, regelmatig 1 x per week deelgenomen aan fysiotherapeutische oefentherapie in een therapiebad. Dit om de al beperkte mobiliteit van het schoudergewricht te verbeteren zoniet te behouden. Deze oefentherapie stelde de pat. in staat daadwerkelijk de aanwezige bewegelijkheid in stand te houden. (...) Het is in therapeutisch opzicht van wezenlijk belang dat de pat. zijn oefentherapie voortzet, onder deskundige begeleiding in het therapiebad”.*
- 4.2. Verzoeker voert aan dat de ziektekostenverzekeraar steeds andere argumenten gebruikt om de aanvraag af te wijzen. Verzoeker is gebaat bij de behandelingen. De kosten van de hydrotherapie in Gronau liggen bovendien veel lager dan de kosten van fysiotherapie in Nederland.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

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

- 5.1. De aandoening van verzoeker komt niet voor op Bijlage 1 Bzv, zodat hij geen aanspraak heeft op behandelingen fysiotherapie, ten laste van de zorgverzekering. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor behandelingen fysio-

therapie die in het buitenland plaatsvinden, tenzij de fysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister. Hiervan is niet gebleken.

- 5.2. Hydrotherapie vormt geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering en is uitgesloten van vergoeding onder de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering 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 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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“U heeft recht op fysiotherapie vanaf de 13e behandeling, als het gaat om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst (Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering). (...)*

*U heeft recht op oefentherapie vanaf de 13e behandeling, als het gaat om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst (Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering). (...)*”

- 8.4. Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*“Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:*

- *recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of*
- *recht op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of*
- *vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)"*

8.5. De artikelen B9 en B15 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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. Paramedische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv en verder uitgewerkt in Bijlage 1 Bzv.

8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.8. In artikel E17 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op twaalf behandelingen fysiotherapie of oefentherapie per kalenderjaar. Onder andere hydrotherapie is uitgesloten van vergoeding.

8.9. Artikel 20 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- "1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
- 2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)"*

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

9.1. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandelingen hydrotherapie geen toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, zodat toetsing aan Vo 883/2004 en het Werkingsverdrag achterwege kan blijven. Gelet op artikel B9 van de zorgverzekering is in dat geval enkel vergoeding conform het Nederlandse stelsel mogelijk.

9.2. Vast staat dat hydrotherapie een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. In dit verband geldt als eis dat sprake moet zijn van een indicatie als bedoeld in

Bijlage 1 Bzv. Met name zou hierbij kunnen worden gedacht aan de indicatie genoemd onder artikel 1 sub d onder 5° van deze bijlage. Aangezien de behandeling van de schouder echter poliklinisch heeft plaatsgevonden, is geen sprake van behandeling aansluitend aan een opname in het ziekenhuis.

- 9.3. Verzoeker heeft gesteld dat eerdere behandelingen hydrotherapie wél door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed, doch heeft deze stelling niet met stukken onderbouwd. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie aangevoerd niet te kunnen achterhalen of een vergoeding heeft plaatsgevonden. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat ook indien kosten zouden zijn vergoed, geen recht ontstaat in afwijking van de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie concludeert dat door verzoeker niet voldoende aannemelijk is gemaakt dat eerder een vergoeding is verleend ten laste van de zorgverzekering. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de behandelingen hydrotherapie, ten laste van de zorgverzekering.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor hydrotherapie, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

#### **Besparing ziektekostenverzekeraar**

- 9.5. Voor de stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar goedkoper uit is door hem de kosten van de hydrotherapie te vergoeden, omdat fysiotherapie in Nederland duurder is, geldt dat de zorgverzekering geen mogelijkheid van substitutie kent, in die zin dat onverzekerde zorg wordt vergoed om kosten te besparen op zorg die wel is verzekerd. Nog afgezien van het feit dat verzoeker geen verzekeringsindicatie heeft voor fysiotherapie, en de ziektekostenverzekeraar daarom in het geheel geen vergoeding hoeft te verlenen.

#### **Conclusie**

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

#### **10. Het bindend advies**

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 mei 2012,

Voorzitter