

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Fysiotherapie
Zaaknummer : 2010.01345
Zittingsdatum : 16 februari 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009 en 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.6 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009 en 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om verstrekking of vergoeding van behandelingen fysiotherapie (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 29 juni 2010 slechts gedeeltelijk is toegewezen, te weten behandelingen fysiotherapie gedurende twaalf maanden postoperatief met uitzondering van de eerste negen ten laste van de zorgverzekering, en zes behandelingen fysiotherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

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), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 1 ster (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering), Beter Af Tandarts Polis 1 ster en het Beter Af Extra Pakket afgesloten. De verzekering Beter Af Tandarts en het Beter Af Extra Pakket zijn niet in geschil en blijven in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 juli 2010 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-mail van 30 augustus 2010 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 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 november 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 november 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 november 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld af te zien van de mogelijkheid tot horen.
- 3.8. Bij brief van 19 november 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 26 november 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010137253) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat preoperatieve fysiotherapie niet valt onder de aanspraak chronische fysiotherapie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 16 februari 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 17 februari 2011 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 22 februari 2011 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 verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat zij dertig jaar geleden een ernstig sportincident heeft gehad, waardoor haar linkerknie blijvende schade heeft opgelopen. Door middel van zelfstandig, gericht trainen is in al die jaren getracht te voorkomen dat de aandoening erger werd. De training heeft echter niet voldoende geholpen. Het kraakbeen in de knie is volledig weggesleten. Dit ging gepaard met veel pijn en problemen bij de dagelijkse werkzaamheden. In mei 2010 heeft een operatie plaatsgevonden, waarbij een volledige prothese is geplaatst. Ter voorbereiding op de operatie is door de orthopedisch chirurg besloten verzoekster een gericht trainingsprogramma te laten ondergaan om de spieren te versterken. Op die manier zou de operatie voorspoediger verlopen en kon de revalidatie worden verkort. De behandelingen fysiotherapie zijn echter niet volledig door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Verzoekster vindt dit vreemd, aangezien de fysiotherapie deel uitmaakt van het behandelplan.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij op haar veertigste een kunstknie nodig had. Zij heeft hier nog enkele jaren mee gewacht, en de ingreep vorig jaar laten uitvoeren. Enige tijd van tevoren is zij intensief gaan trainen, zodat zij in goede conditie zou zijn tijdens de ingreep. Pas later kwam zij erachter dat de fysio-

therapie die vooraf ging aan de behandeling niet wordt vergoed. Verzoekster heeft daarop contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Door de medewerker werd haar medegedeeld dat indien de fysiotherapeut de juiste code zou vermelden wel vergoeding kon plaatsvinden. De fysiotherapeut wilde dit niet, omdat in dat geval sprake zou zijn van fraude. Verzoekster merkt op het niet terecht te vinden dat mensen met overgewicht en kettingrokers allerlei vergoedingen ontvangen, maar dat de voor haar noodzakelijke fysiotherapie niet in het pakket zit. Een en ander is gebaseerd op de lijst van Minister Borst. Deze lijst is echter inmiddels verouderd.

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. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de indicatie van verzoekster niet op Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering voorkomt, zodat op die grond geen aanspraak bestaat op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Verzoekster heeft wel aanspraak op behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering gedurende twaalf maanden na de operatie. Verder heeft zij aanspraak op zes behandelingen fysiotherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De overige behandelingen blijven voor rekening van verzoekster.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de 'Aanspraken' van de zorgverzekering. Artikel 25 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering (2009 en 2010) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden de kosten van de 10^e en daaropvolgende behandelingen door een fysiothera-

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

- "Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Uit de stukken blijkt dat bij verzoekster een volledige knieprothese is geplaatst vanwege artrose. Artrose komt als indicatie niet voor op Bijlage 1 Bzv. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de behandelingen fysiotherapie voorafgaand aan de operatie ten laste van de zorgverzekering.
- 9.2. In lid 1 sub d onder 5° van Bijlage 1 Bzv is bepaald dat aanspraak bestaat op behandelingen fysiotherapie bij 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. Gelet op lid 5 van Bijlage 1 Bzv omvat de aanspraak in dat geval behandelingen fysiotherapie gedurende twaalf maanden. De ziektekostenverzekeraar heeft de betreffende behandelingen fysiotherapie, met uitzondering van de eerste negen, aan verzoekster vergoed.

9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor zes behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar. Deze behandelingen zijn door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster vergoed.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 maart 2011,

Voorzitter