



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, fysiotherapie, weke delen tumor
Zaaknummer : 201402272
Zittingsdatum : 8 april 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.6 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Natura (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 VGZ Aanvullend Goed 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 behandelingen fysiotherapie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 juli 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 augustus 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 7 november 2014 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).
- 3.5. 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 15 januari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Deze reactie is door de commissie ontvangen op 22 januari 2015. Een afschrift hiervan is op 23 januari 2015 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 januari 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 april 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Om redenen van proceseconomie heeft de commissie besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid, en tevens, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstige bevoegdheid, dat de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 23 januari 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 18 februari 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015011171) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen indicatie heeft voor fysiotherapie. Begeleiding van de fysiotherapeut om de conditie op peil te houden is geen indicatie conform de chronische lijst. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 april 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 10 april 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 17 april 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. In 2003 is bij verzoekster borstkanker geconstateerd. De tumor is operatief verwijderd en verzoekster heeft daarna een eigen manier gevonden om met haar ziekte om te gaan. Begin 2014 is in de hals van verzoekster een inoperabele tumor geconstateerd. Verzoekster wil ook hiermee op eigen wijze omgaan. Fysiotherapie speelt hierbij een belangrijke rol. Door fysiotherapie voelt verzoekster zich gezond en blijft zij in goed contact met haar lichaam.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag echter afgewezen omdat in de situatie van verzoekster geen sprake is van behandelingen fysiotherapie na bestraling.
- 4.3. Verzoekster is van mening dat het gek is, en niet van deze tijd, dat pas na bestraling van een weke delen tumor aanspraak bestaat op fysiotherapie. Bovendien heeft zij de ziektekostenverzekeraar kosten bespaard door zich niet met chemotherapie of bestraling te laten behandelen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat in 2003 bij haar borstkanker is geconstateerd. De tumor is verwijderd, waarna zij haar eigen pad heeft gevolgd. Vorig jaar bleek een tumor aanwezig in haar nek. Het betreft een uitzaaiing. Zij is toen met fysiotherapie gestart en dit werkte goed. Er is een aanvraag ingediend op basis van de indicatie weke delen tumor. Daarbij zouden de eerste twintig behandelingen voor eigen rekening zijn. De aanvraag werd afgewezen omdat eerst zou moeten worden bestraald. Verzoekster vindt het vreemd dat kosten moeten worden gemaakt, terwijl zij juist kosten wil besparen. Overigens was de ziektekostenverzekeraar behulpzaam en mocht zij haar aanvullende verzekering met terugwerkende kracht aanpassen.

4.5. 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 aanspraak bestaat op fysiotherapie, indien sprake is van een indicatie die voorkomt in Bijlage 1 Bzv. In Bijlage 1 Bzv staat: "Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 7, is de duur van behandeling maximaal twee jaren na bestraling". Dit wil zeggen dat alleen na bestraling van een weke delen tumor aanspraak bestaat op fysiotherapie vanuit de zorgverzekering. In de situatie van verzoekster is dit niet aan de orde. Voor het jaar 2014 heeft ziektekostenverzekeraar € 200,- vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat patiënten door bestraling bij een weke delen tumor vermoeid raken en stijver worden. Dat is de reden dat aanspraak bestaat op behandelingen fysiotherapie. Verzoekster heeft inmiddels bewegingstherapie en is alsnog bestraald. Er bestaat niet in alle gevallen recht op fysiotherapie na bestraling. Dit is wel aan de orde bij bestraling van een weke delen tumor of aansluitend aan een ziekenhuisopname.

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 10 van de zorgverzekering en artikel 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 is gehouden de aanspraak 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 11 tot en met 35 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 25 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck 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. (...)"

8.4. Artikel 25 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 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.
Paramedische zorg, waaronder 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 en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving:

Beweegzorg bestaat uit:

1. fysiotherapie;
2. oedeemtherapie;
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck;
4. ergotherapie. (...)

Het totale budget beweegzorg bedraagt:

VGZ Aanvullend Goed

maximaal € 200 per kalenderjaar voor alternatieve bewegingstherapieën geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Verzoekster heeft, op grond van artikel 25 van de zorgverzekering, aanspraak op behandelingen fysiotherapie - met uitzondering van de eerste 20 behandelingen -, indien haar aandoening voorkomt in Bijlage 1 Bzv.

9.2. Bij verzoekster is sprake van een inoperabele tumor in de hals. In lid 1, sub d, onder 7° van Bijlage 1 Bzv is de indicatie weke delen tumor omschreven. Bij die aandoening bestaat aanspraak op behandelingen fysiotherapie gedurende maximaal twee jaren na bestraling.

- 9.3. Verzoekster had ten tijde van de aanvraag voor fysiotherapie in verband met deze aandoening geen bestraling ondergaan. Derhalve is niet voldaan aan de vereisten om tot verstrekking of vergoeding over te gaan. Aangezien voorts niet is gebleken van een mogelijke andere (verzekerings)indicatie, is de commissie van oordeel dat verzoekster geen aanspraak heeft op behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Tussen partijen is niet in geschil dat op grond van artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van behandelingen fysiotherapie tot maximaal € 200,- per kalenderjaar. Deze vergoeding is door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster verleend.

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, 22 april 2015,

mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester