

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, fysiotherapie
Zaaknummer : 2010.00283
Zittingsdatum : 27 oktober 2010

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door E

tegen

C te D hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om verstrekking of vergoeding van de eerste negen behandelingen fysiotherapie (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 20 juli 2009 is afgewezen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Zorg-op-maat Polis (natura) (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
- 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van de hierboven weergegeven beslissing van 20 juli 2009 gevraagd. Bij brief van 1 september 2009 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 9 juni 2010 heeft verzoekster 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, zonder toepassing van het verplicht eigen risico (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 augustus 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 september 2010 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 6 september en 15 oktober 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 2 september 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 8 oktober 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010111412) bij wege van voorlopig advies geconstateerd dat de ziektekostenverzekeraar een machtiging heeft afgegeven voor chronische fysiotherapie en dat de eerste negen behandelingen voor rekening van verzoekster komen. Voorts heeft het CVZ de commissie geadviseerd nader onderzoek te doen of bij verzoekster tijdens de opname sprake was van een Zorgzwaartepakket (ZZP) met behandeling. Een afschrift van het CVZ-advies is op 11 oktober 2010 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 27 oktober 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 2 november 2010 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 23 november 2010 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 sprake is van een chronische aandoening, te weten status na CVA, waarvoor doorlopende fysiotherapie geïndiceerd is. De aandoening staat ook vermeld in het 'Vergoedingenoverzicht per 01-01-2010' bij fysiotherapiebehandelingen die onder de basisverzekering vergoed worden.
- 4.2. Tot voor kort verbleef verzoekster ten laste van de AWBZ in een verpleeghuis, alwaar zij meer dan 1.000 behandelingen fysiotherapie heeft gehad. Thans woont zij bij haar dochter, waar de behandelingen zijn voortgezet. In de wet- en regelgeving is niet bepaald ten laste van welke verzekering de eerste negen behandelingen komen. In haar geval zijn deze al jaren geleden betaald. Het is niet aan de zorgverzekeraar dan wel een ombudsman of geschillencommissie de wet- en regelgeving anders uit te leggen. Eerdere uitspraken van de geschillencommissie zijn geen wet geworden. Volgens verzoekster is het verder aan de zorgverzekeraar een oplossing te bedenken als het uitvoeren van een regeling, zoals voor verzoekster onevenredige nadelen oplevert.
- 4.3. Verzoekster meent dat verrekening van het verplicht eigen risico achterwege dient te blijven.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij tot februari 2009 in het verpleeghuis heeft verbleven. In het verpleeghuis heeft zij geen gebruik gemaakt van haar zorgverzekering, omdat zorgkosten, waaronder fysiotherapie, werd vergoed vanuit de AWBZ. Voorts stelt verzoekster dat zij weliswaar informatie ontvangen over het systeem met ZZP's, maar begrijpt hier niet veel van.

4.5 Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5 Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1 De zorgverzekeraar stelt dat verzoekster tot februari 2009 opgenomen is geweest in een verpleeghuis. De behandelingen fysiotherapie die zij aldaar onderging kwamen ten laste van de AWBZ. Omdat vanaf februari 2009 geen sprake meer is van opname in een instelling, wordt het recht op fysiotherapie beoordeeld op grond van de Zorgverzekeringswet. De Zorgverzekeringswet bepaalt dat bij een chronische indicatie, de behandelingen pas vanaf de tiende behandeling voor vergoeding in aanmerking komen. Op de vergoeding daarvan is het verplicht eigen risico – voor zover nog niet vol gemaakt – van toepassing.
Het ingenomen standpunt wordt bevestigd in een bindend advies, gepubliceerd als RZA 2008,99.

5.2 Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster geen ZZP had waarin behandelingen fysiotherapie waren begrepen. Daarom bestaat geen aanspraak op fysiotherapie ten laste van de AWBZ, zodat de Zorgverzekeringswet van toepassing is. Om die reden komen de eerste negen behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.

5.3 De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6 De bevoegdheid van de commissie

6.1 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.

7 Het geschil

7.1 In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de eerste negen behandelingen fysiotherapie, ten laste van de zorgverzekering, zonder toepassing van het verplicht eigen risico.

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. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 30 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie en oefen therapie bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“30.1.1. Zorg waar u recht op hebt als u 18 jaar of ouder bent

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u recht op fysiotherapie of oefen therapie als u beperkingen hebt als gevolg van een aandoening die op de “Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefen therapie” staat. In deze lijst staat ook aangegeven dat u bij een aantal aandoeningen

een bepaalde maximumperiode recht hebt op fysiotherapie of oefentherapie. U vindt deze op onze internetsite en kunt deze ook bij ons opvragen.

U hebt recht op de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en oefentherapie vanaf de tiende behandeling. Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, hebt u recht op de behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn. (...)"

- 8.3 Artikel 9 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico. Artikel 9.1. bepaalt dit eigen risico voor verzekerden van achttien jaar en ouder op € 155,- per kalenderjaar; artikel 9.2. bevat een opsomming van kosten die van het verplicht eigen risico zijn uitgezonderd.
- 8.4 Artikel 30 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 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. Fysiotherapie en oefentherapie zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv. Lid 2 bepaalt, voor zover hier van belang:

"Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar en ouder niet de eerste negen behandelingen."

Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 18a (oud) Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv.

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

9 Beoordeling van het geschil

- 9.1 Voorheen onderging verzoekster behandelingen fysiotherapie in het kader van de opname in het verpleeghuis, ten laste van de AWBZ. Gesteld noch gebleken is dat tijdens deze opname sprake was van een ZZP met behandeling. Ten overvloede wordt partijen in overweging gegeven een indicatiebesluit te vragen bij het CIZ. Vanaf het moment dat verzoekster bij haar dochter is gaan wonen, maakt zij aanspraak op eenvoudige fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.
- 9.2 Dat verzoekster een indicatie heeft volgens de "Lijst van aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie" als bedoeld in artikel 30.1.1 van de zorgverzekering, is niet in geschil, zodat zij recht heeft op de noodzakelijke behandelingen. Hetgeen partijen verdeeld houdt is of onder de zorgverzekering dekking bestaat voor de eerste negen behandelingen en of daarop al dan niet het verplicht eigen risico van toepassing is.
- 9.3 De woorden "vanaf de tiende behandeling" kunnen daarbij niet anders worden gelezen dan dat, in geval behandelingen fysiotherapie of oefentherapie worden geclaimd op basis van de zorgverzekering, de eerste negen niet voor verstrekking in aanmerking komen. In dat verband vangt de telling dus aan bij de eerste behandeling die onder de zorgverzekering wordt gedeclareerd, en niet – zoals door verzoekster is betoogd – bij de eerste behandeling die betrokkene op enig moment heeft ondergaan.

Voor zover hierover twijfel zou kunnen bestaan – hetgeen naar het oordeel van de commissie niet het geval is – neemt de onderliggende regelgeving deze twijfel zonder meer weg. Artikel 2.6 lid 2 Bzv, welke bepaling het recht op fysiotherapie en oefen-therapie krachtens de zorgverzekering regelt, bepaalt immers eenduidig dat de zorg niet de eerste negen behandelingen omvat. Voor deze behandelingen bestaat onder de zorgverzekering dus geen dekking.

- 9.4 Het tweede onderdeel van de vraag betreft de toepasselijkheid van het verplicht eigen risico. Artikel 9.1 van de zorgverzekering bepaalt in dit verband dat de eerste € 155,- aan kosten die de verzekerde als vergoeding van de zorgverzekering zou hebben ontvangen, zelf moet betalen. Artikel 9.2 van de zorgverzekering sluit bepaalde kosten hiervan uit. Fysiotherapie en oefen-therapie worden in dat verband niet genoemd.
- 9.5 Aangezien hiervoor is vastgesteld dat eerst vanaf de tiende behandeling aanspraak bestaat op verstrekking van behandelingen fysiotherapie en oefen-therapie, is het verplicht eigen risico onverkort van toepassing op de tiende en volgende behandeling, althans voor zover dit eigen risico niet reeds is vol gemaakt doordat andere kosten zijn geclaimd ten laste van de zorgverzekering.

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, 1 december 2010,

Voorzitter