

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door F, tegen C en E beide te D  
Zaak : Fysiotherapie  
Zaaknummer : 2009.01881  
Zittingsdatum : 24 maart 2010

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 2008, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.6, bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door F,

tegen

1) C en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker heeft verzocht om verstrekking dan wel vergoeding van de kosten van meer dan de volgens de ziektekostenverzekeraar maximaal te verstrekken dan wel te vergoeden 27 behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 9 januari 2009 is afgewezen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker 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 verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis drie sterren, Beter Af Tandarts polis twee sterren en het Beter Af Extra Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij e-mail van 9 januari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat per kalenderjaar niet meer dan 27 behandelingen fysiotherapie worden vergoed.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 13 februari 2009, 22 juni 2009 en 6 augustus 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 17 november 2009 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).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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 stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 januari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 februari 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 10 februari 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 4 februari 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 25 februari 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010020581) 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 op grond hij aanspraak kan maken op vergoeding van fysiotherapie op grond van de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is op 2 maart 2010 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 24 maart 2010 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 25 maart 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 1 april 2010 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 verzoeker

- 4.1. De huisarts heeft bij verzoeker de diagnose “ernstig arthropathie met forse functionele stoornissen” gesteld.
- 4.2. Verzoeker stelt dat hij sinds 1984 gebruik maakt van fysiotherapie vanwege kwetsuren na een auto-ongeluk in 1983 en een ongeval in 2003 tijdens het bergbeklimmen. Er is sprake van een chronische aandoening. De fysiotherapeutische behandeling is noodzakelijk ten einde lichamelijke ongemakken te verlichten en amputatie van de voet te voorkomen. Tot 4 maart 2008 werden alle behandelingen volledig vergoed door de ziektekostenverzekeraar, zonder dat ooit kenbaar is gemaakt dat aan de vergoeding een beperking verbonden was. Eind 2008 is via de fysiotherapeut vernomen dat de fysiotherapeutische behandelingen niet langer, althans niet langer allemaal, worden vergoed.

- 4.3. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat de diagnosecode van de behandeling na verloop van een bepaalde periode wordt omgezet naar niet-chronisch, waardoor de behandeling niet meer onder de zorgverzekering valt, maar onder de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierbij wordt gedoeld op artikel 2.6 het Besluit zorgverzekering (Bzv) en bijlage 1 Bzv, doch de onderhavige aandoening komt niet voor op deze bijlage, zodat het vreemd is dat de beperking van twaalf maanden uit artikel 2.6 Bzv wel wordt aangehouden.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot wijziging van de polisvoorwaarden gedurende een 'lopende schade'. Verzoeker is geheel afhankelijk van de fysiotherapie en heeft voor de ongeveer 150 behandelingen per jaar altijd een vergoeding ontvangen. Hij is niet geïnformeerd over de wijziging van de polisvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering van 2008. Ook naderhand heeft hij deze wijziging niet kunnen ontdekken, omdat de vergoeding op de gebruikelijke wijze werd voldaan.
- 4.5. Verzoeker heeft, nadat hij had vernomen dat de kosten van fysiotherapie nog maar beperkt vergoed worden, de ziektekostenverzekeraar verzocht om de aanvullende ziektekostenverzekering om te zetten naar een polis met vier sterren. De ziektekostenverzekeraar heeft dit verzoek echter afgewezen, omdat een groot aantal fysiotherapeutische behandelingen wordt verwacht voor de komende jaren.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd, dat vanaf 1984 sprake is van een doorlopende behandeling fysiotherapie. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdens een 'lopend schadegeval' de dekking van de verzekering per 1 januari 2008 gewijzigd, zonder verzoeker daarvan te berichten. Verzoeker heeft destijds geen papieren ontvangen van de ziektekostenverzekeraar waaruit de wijziging zou blijken. Gezien de gang van zaken is verzoeker per 1 januari 2010 overgestapt naar een andere ziektekostenverzekeraar.
- 4.7. Verzoeker 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 geen sprake meer is van een indicatie conform bijlage 1 Bzv. In deze bijlage is in lid 1, onder D, sub 5 de indicatie 'status na opname in een ziekenhuis' opgenomen. Op grond van deze indicatie had verzoeker maximaal twaalf maanden aanspraak op behandeling. De eerste behandeling met de code die bij bovenstaande indicatie hoort heeft op 4 december 2006 plaatsgevonden. De aanspraak op grond van de zorgverzekering liep derhalve tot en met 3 december 2007. Vanaf 4 december 2007 bestaat alleen nog aanspraak op fysiotherapie op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. De polisvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekeringen worden jaarlijks vastgesteld. Op grond van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering 2008 bestaat aanspraak op maximaal 27 behandelingen per kalenderjaar. Ieder jaar wordt in november aan de verzekerden een uitgebreide eindejaarsmailing gestuurd, waarin een en ander kenbaar wordt gemaakt. Ook over de wijziging met betrekking tot de aanspraak op fysiotherapie per 1 januari 2008 is verzoeker tijdig geïnformeerd.

- 5.3. Voor de toelating tot de aanvullende ziektekostenverzekering met vier sterren geldt medische selectie. De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat hij vrij is om de selectiecriteria vast te stellen en dat hij deze criteria op gelijke wijze toepast op al zijn verzekerden. Hij accepteert voor deze aanvullende ziektekostenverzekering geen verzekerden als twintig of meer behandelingen fysiotherapie te verwachten zijn. Verzoeker heeft gedurende een periode van twaalf maanden meer dan honderd behandelingen ondergaan; de verwachting is dat hij komend kalenderjaar opnieuw meer dan twintig behandelingen fysiotherapie nodig heeft. Daarom wordt verzoeker niet toegelaten tot de aanvullende ziektekostenverzekering met vier sterren.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat eind 2007 aan alle verzekerden een eindejaarsmailing is verzonden met daarin informatie over de wijzigingen voor het komende kalenderjaar. Het is niet mogelijk om alle verzekerden die een bepaalde lopende behandeling ondergaan persoonlijk te berichten over de wijzigingen voor het komende kalenderjaar. Verzekerden dienen zelf na te gaan of in hun situatie wijzigingen optreden.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is 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 de vraag of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten verbonden aan de door verzoeker ondergane behandelingen fysiotherapie, voor zover deze behandelingen het aantal van 27 per kalenderjaar overschrijden, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende verzekering.

## 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 1 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 25 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

### *"Fysiotherapie en oefentherapie*

#### *25.1 Chronische aandoeningen*

*Wij vergoeden de kosten van de 10e en daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut bij bepaalde aandoeningen, overeenkomstig bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Het overzicht uit bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van de folder 'Paramedische Zorg' en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.*

(...)"

- 8.3. Artikel 25 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. In artikel 14 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op maximaal 27 behandelingen fysiotherapie per persoon per kalenderjaar, en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

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

*(...)*

*maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar waarvan maximaal 9 behandelingen per persoon per kalenderjaar door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener (...)"*

## 9. Beoordeling van het geschil

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

- 9.1. Fysiotherapie kan ten laste van de zorgverzekering worden gebracht als sprake is van een indicatie die voorkomt in bijlage 1 Bzv. Ernstige arthropathie met forse functionele stoornissen is in deze bijlage niet als indicatie opgenomen, zodat fysiotherapie op grond van deze indicatie niet ten laste van de zorgverzekering kan worden gebracht. In bijlage 1 Bzv is wel de indicatie 'status na opname in een ziekenhuis' opgenomen. Op grond van deze indicatie bestaat aanspraak op maximaal twaalf maanden behandeling. Als onweersproken staat vast dat de eerste behandeling op grond van deze indicatie heeft plaatsgevonden op 4 december 2006. Nu op grond van de voornoemde indicatie aanspraak bestaat op behandeling gedurende maximaal twaalf maanden en verzoeker gedurende deze periode behandelingen heeft ondergaan, bestaat thans geen aanspraak (meer) op vergoeding van de fysiotherapeutische behandeling op grond van de zorgverzekering.

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

- 9.2. Op grond van de door verzoeker afgesloten aanvullende verzekering heeft hij recht op vergoeding van maximaal 27 behandelingen per kalenderjaar. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker de maximale vergoeding voor 2008 heeft ontvangen. Nu het aantal behandelingen door verzoeker niet is bestreden, neemt de commissie als vaststaand aan dat 27 behandelingen zijn vergoed. Derhalve biedt de aanvullende verzekering geen mogelijkheid om een hogere vergoeding toe te kennen dan die verzoeker reeds heeft ontvangen.

## **Wijziging polisvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.3. Een ziektekostenverzekeraar heeft het recht de polisvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering vast te stellen. Deze polisvoorwaarden kan de ziektekostenverzekeraar jaarlijks aanpassen. De verzekerden dienen tijdig op de hoogte gesteld te worden van de geldende polisvoorwaarden voor het volgende kalenderjaar, zodat zij, indien gewenst, de mogelijkheid hebben te kiezen voor een andere aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn verzekerden eind 2007 het overzicht met vergoedingen voor 2008 gestuurd. In dit vergoedingenoverzicht staat vermeld dat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak bestaat op maximaal 27 behandelingen fysiotherapie. Door verzoeker is evenwel gesteld dat hij eind 2007 geen papieren heeft ontvangen, waaruit de onderhavige wijziging zou blijken. Gelet op de door de ziektekostenverzekeraar geschetste jaarlijkse gang van zaken rondom komende wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden, komt het de commissie niet aannemelijk voor dat verzekerde de bewuste mailing met het vergoedingenoverzicht 2008 niet zou hebben ontvangen.
- 9.4. In 2007 bestond aanspraak op een onbeperkt aantal behandelingen fysiotherapie. De ziektekostenverzekeraar heeft dit aantal in 2008 beperkt tot maximaal 27 behandelingen per jaar. Voor verzoeker had dit tot gevolg dat de aanspraak op behandelingen fysiotherapie van het ene op het andere moment – en na jarenlange vergoeding – werd teruggebracht van circa 150 naar 27 per jaar. De commissie is van oordeel dat dit onder de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. De commissie merkt hierbij op dat een aantal van 150 behandelingen fysiotherapie per jaar uitzonderlijk is. Daarom is de commissie van oordeel dat in deze specifieke situatie een overgangsmaatregel is aangewezen. De ziektekostenverzekeraar dient daarom voor het jaar 2008 de kosten van 75 behandelingen fysiotherapie aan verzoeker te vergoeden.

### **Conclusie**

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen in 9.4 is gesteld. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

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

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen in 9.4 is gesteld.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 7 juli 2010,

Voorzitter