

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door E tegen C en F, beide te D
Zaak : Paramedische zorg, oefentherapie in groepsverband, ziekte van
Bechterew
Zaaknummer : 2009.01563
Zittingsdatum : 4 november 2009

1. Partijen

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

tegen

1) C en

2) F te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 26 november 2008 de kosten verbonden aan oefentherapie in groepsverband niet te vergoeden.

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 zorgverzekering betreft 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 3 sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Beter Af Tandarts Polis 2 sterren afgesloten, welke laatste niet in geschil is en daarom in het vervolg onbesproken blijft. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij verzoekster is de ziekte van Bechterew geconstateerd. Zij is door de behandelend reumatoloog doorverwezen naar de Bechterew Patiënten Vereniging Bever. Daar heeft zij 'groepsoefentherapie voor SA patiënten' gevolgd. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten, verbonden aan deze groepstherapie, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsbericht van 26 november 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft diverse malen aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 5 februari 2009, 21 april 2009 en 30 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 10 juli 2009 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 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 van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 3 september 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 september 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Bij brief van 15 september 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 15 oktober 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29101160) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de vraag of verzoekster in aanmerking komt voor het gevraagde. Een afschrift van het CVZ-advies is op 20 oktober 2009 aan partijen gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 25 september 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 november 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 5 november 2009 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. Bij brief van 11 november 2009 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Een afschrift van genoemd advies is aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 1 december 2009 op het advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de SA-groepstherapie buiten de contractsafspraken met de gecontracteerde zorgverlener zou vallen, niet aan haar kan worden toegeworpen. Op grond van artikel 2.6 lid 2 Bzv, artikel 25.1 van de zorgverzekering en artikel 14 van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoekster recht op vergoeding van behandelingen oefentherapie, nu zij aan alle gestelde voorwaarden heeft voldaan. Zo is de SA-groepstherapie een vorm van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de ziekte van Bechterew. Bovendien heeft de groepstherapie niet slechts ten doel de conditie door middel van training te bevorderen, zodat de uitsluiting van artikel 25.1 van de zorgverzekering en artikel 14 van de aanvullende ziektekostenverzekering niet van toepassing is. Aangezien alle therapeuten van de SA-groepstherapie zijn gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar, was voorafgaande toestemming niet vereist.

- 4.2. Verzoekster stelt dat zij niet tijdig en correct door de ziektekostenverzekeraar is geïnformeerd over de vergoeding. Nadat zij was doorverwezen door de reumatoloog heeft verzoekster telefonisch contact gehad met een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar. Deze deelde verzoekster mede dat de therapie zou worden vergoed zoals in de polis vermeld. Verzoekster heeft daarop de nota's bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd, waarna een afwijzing volgde. Bij telefonische navraag werd haar medegedeeld door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar dat de afwijzing te maken had met een verkeerde datum op de nota. Verzoekster heeft de nota's opnieuw gedeclareerd, ditmaal met daarop de juiste datum vermeld. Bij uitkeringsbericht van 26 augustus 2008 volgde een nieuwe afwijzing, waarop verzoekster wederom telefonisch contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Ten tijde van dit telefoongesprek, op 28 november 2008, werd verzoekster bericht dat de afwijzing te maken had met het feit dat de behandelaar van verzoekster niet zou zijn gecontracteerd. Op de website van de ziektekostenverzekeraar is echter te lezen dat zulks wel degelijk het geval is. In een nieuw telefonisch contact werd verzoekster verteld dat haar constatering juist was, en dat vergoeding binnen anderhalve week zou plaatsvinden. Op 17 december 2008 is verzoekster telefonisch door de ziektekostenverzekeraar benaderd, waarbij haar is medegedeeld dat een fout is gemaakt, en dat verzoekster geen recht heeft op vergoeding. De ziektekostenverzekeraar mag echter niet terugkomen op een door hem gedane mondelinge toezegging, aldus verzoekster.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij op 28 november 2008 drie keer met een met name genoemde medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft gesproken. Eerst werd haar medegedeeld dat de therapeut niet gecontracteerd zou zijn. Zij is daarbij verwezen naar de website van de ziektekostenverzekeraar. Toen bleek uit de website dat de zorgverlener wel was gecontracteerd. De medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft daarop medegedeeld dat niets meer aan vergoeding in de weg lag.
- 4.4. 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de nota's voor de SA-groepstherapie zijn afgewezen omdat de ziektekostenverzekeraar voor deze therapie geen contract heeft afgesloten met de zorgverlener.
- 5.2. In een telefoongesprek op 28 november 2008 tussen een medewerker van Klantenservice en verzoekster is haar medegedeeld dat de nota groepstherapie niet voor vergoeding in aanmerking komt. Voorts is verzoekster verteld dat groepstherapie enkel wordt vergoed indien sprake is van een gecontracteerde therapeut. In latere gesprekken op dezelfde dag is verzoekster geadviseerd contact op te nemen met de therapeuten met de vraag naar groepstherapie. Gezien deze gesprekken behoorde verzoekster te weten dat de behandelingen groepstherapie niet of niet zonder meer vergoed worden.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar merkt voorts op dat in artikel 25 van de zorgverzekering wordt verwezen naar de folder 'Paramedische zorg', waarin op pagina 6 wordt opgemerkt dat groepsbehandelingen alleen worden vergoed indien hierover afspraken zijn gemaakt met de fysiotherapeut of oefentherapeut. Door de polisvoorwaarden te

raadplegen had verzoekster derhalve ook op de hoogte kunnen zijn van de voorwaarden voor vergoeding.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat door zijn medewerker enkel is gezegd dat de nota's opnieuw konden worden ingediend. Er is geen toezegging over de hoogte van de vergoeding gedaan. Waar het gaat om het CVZ-advies stelt de ziektekostenverzekeraar dat sprake is van een verplichting voor de verzekeraar en de zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar heeft aan deze verplichting invulling gegeven via de polisvoorwaarden en de telefoongesprekken.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten verbonden aan behandelingen oefentherapie in groepsverband te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

7.2. Het betreft hier 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 tot en met 41 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering. Artikel 25.1 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden de kosten van de 10^e 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.

(...)

Bij behandelingen door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij maximaal € 20,-- per zitting.

Bij overige prestaties door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Fysiotherapie. Dit overzicht maakt deel uit van de polis en is opgenomen in de folder 'Paramedische zorg' en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- *Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.*

- Voor vergoeding van de kosten van een behandeling van een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten respectievelijk als zorg plegen te bieden.

(...)

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen."

7.3. Artikel 25.1 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

7.4. 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. Paramedische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv, welk artikel, voor zover hier van belang, als volgt luidt:

"Fysiotherapie of oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar en ouder niet de eerste negen behandelingen."

Artikel 13 bepaalt dat indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.

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

7.6. Tussen partijen staat niet ter discussie dat verzoekster een indicatie heeft voor oefentherapie. Evenmin is in geding dat groepstherapie een verzekerde prestatie vormt in gevolge de zorgverzekering. Wat partijen verdeeld houdt, is de vraag of de behandelaar die de oefentherapie uitvoert, voor groepstherapie is gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar, en of al dan niet een vergoeding dient te worden verleend. De commissie overweegt dat in de polisvoorwaarden een verwijzing naar de folder 'Paramedische zorg' is opgenomen. De ziektekostenverzekeraar heeft in dat kader verwezen naar de volgende passage op pagina 6:

"Groepsbehandeling

Sommige fysiotherapeuten of oefentherapeuten geven groepsbehandelingen. Wij vergoeden deze behandelingen alleen als hierover afspraken zijn gemaakt met de fysiotherapeut of oefentherapeut. Raadpleeg onze website om te weten bij welke fysiotherapeuten of oefentherapeuten u terecht kunt voor groepsbehandelingen"

Wanneer op de website van de ziektekostenverzekeraar wordt gezocht met de 'zorgzoeker', kunnen verschillende zoekmogelijkheden worden gekozen. Zo is het mogelijk

om 'groepstherapie Mensendiecktherapie' te kiezen. In dat geval is de behandelaar van verzoekster niet opgenomen in de lijst met gecontracteerde zorgaanbieders. Wanneer echter de optie 'oefentherapeut Mensendieck' wordt gekozen, verschijnt de betreffende behandelaar wel in de lijst van gecontracteerde zorgverleners. De commissie is van oordeel dat de wijze waarop de website is ingericht verwarring oproept met betrekking tot het wel of niet gecontracteerd zijn van de verschillende zorgaanbieders. Aangezien verzoekster zonder enige sturing door de medewerker van de ziektekostenverzekeraar is doorverwezen naar de website, kan de onduidelijkheid die deze website oproept verzoekster niet worden tegengeworpen.

Aan vergoeding van behandelingen oefentherapie in het kader van de ziekte van Bechterew (ook wel: spondylitis ankylopoetica) is in Bijlage 1 Bzv geen tijdslimiet gesteld, zodat verzoekster vanaf de 10^e behandeling recht heeft op een vergoeding van behandelingen oefentherapie, zolang zij hiervoor een indicatie heeft. Niet valt in te zien waarom de toestemming, indien deze voorafgaande aan de behandeling door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar zou zijn gevraagd, in redelijkheid had kunnen worden geweigerd.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.7. Artikel 14 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

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

(...)

Voor verzekerden die op grond van [de zorgverzekering] aanspraak hebben op fysiotherapie of oefentherapie geldt de vergoeding als aanvulling op de aanspraak uit die polis.

Bij behandelingen door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij maximaal € 20,-- per zitting.

Bij overige prestaties door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Fysiotherapie. Dit overzicht maakt deel uit van de polis en is opgenomen in de folder 'Paramedische Zorg' en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- *Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.*
- *Voor vergoeding van een behandeling van een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.*

Uitsluitingen

- *Wij vergoeden niet de kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel hebben om de conditie door middel van training te bevorderen.*
- *(...)*

3 sterren maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar waarvan maximaal 9 behandelingen per persoon per kalenderjaar door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener."

- 7.8. De commissie constateert dat de tekst van artikel 14 van de aanvullende ziektekostenverzekering grotendeels overeenkomt met die van artikel 25 van de zorgverzekering, zodat ten aanzien van artikel 14 hetzelfde geldt hetgeen hiervoor in 7.6 is overwogen ten aanzien van artikel 25. De aanvullende ziektekostenverzekering kent een

beperking van een vergoeding van 27 behandelingen, zodat verzoekster op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering recht heeft op vergoeding van dit aantal, voor zover zij geen aanspraak kan maken op vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

Conclusie

- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar ter zake van de eerste negen behandelingen een vergoeding dient te verlenen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, en voor de tiende en volgende een vergoeding ten laste van de zorgverzekering.
- 7.10. Aangezien het verzoek dient te worden toegewezen, ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster vergoedt.
- 8. Het bindend advies
 - 8.1. De commissie wijst het verzoek toe met inachtneming van het hiervoor in 7.9 overwogene.
 - 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 2 december 2009,

Voorzitter