



ANONIEM BINDEND ADVIES



Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Geneeskundige zorg, paramedische zorg, fysiotherapie, medische noodzaak, misleiding
Zaaknummer : 201400526
Zittingsdatum : 14 januari 2015



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 aanvullende ziektekostenverzekering 2013, artt. 6:233, 234 en 238 BW)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk 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 Online Verzorgd Polis (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 AV Optimaal Online afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering AV Tand Standaard Online is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van fysiotherapie vanaf de 41^{ste} behandeling (hierna: de aanspraak). Bij brief van 11 juli 2013 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 30 september 2013 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 brief van 1 augustus 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 10 november 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 november 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 25 november en 1 december 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 14 november 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 15 december 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014146660) 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 (verzekerings)indicatie heeft die voorkomt op de chronische lijst voor fysiotherapie.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 16 december 2014 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De fysiotherapeut heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor vergoeding van de kosten van meer dan 40 behandelingen fysiotherapie. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen omdat uit de gegevens bij de aanvraag niet blijkt van een medische noodzaak voor meer dan 40 behandelingen fysiotherapie. Daarnaast heeft de fysiotherapeut bij de aanvraag vermeld dat een belastbaarheidstraining zal worden gegeven met een actieve coaching op levensstijl. Dit komt volgens de ziektekostenverzekeraar overeen met de doelstellingen van medische fitness.
- 4.2. Verzoekster verklaart dat haar situatie gecompliceerd is. Het vergroten van de belastbaarheid is een langzaam proces. Zij had tevens last van aandoeningen die het proces belemmerden. Verzoekster stelt dat de fysiotherapeut - die de medische noodzaak van de extra behandelingen fysiotherapie het beste kan beoordelen - in de toelichting op het behandelplan heeft verklaard dat in de situatie van verzoekster het medisch noodzakelijk is de extra behandelingen fysiotherapie te geven. Medische fitness zou niet hetzelfde resultaat hebben opgeleverd. Verzoekster was dan niet adequaat behandeld voor de ontstane problematiek tijdens het trainen van de belastbaarheid.
- 4.3. Verzoekster stelt verder dat de fysiotherapeut heeft geprobeerd contact te krijgen met de paramedisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar, zodat hij de aanvraag mondeling kon toelichten en bespreken. Dit is echter niet gelukt; de ziektekostenverzekeraar heeft hem verzocht de aanvraag schriftelijk toe te lichten.
- 4.4. Voorts voert verzoekster aan dat zij zich misleid voelt. In december 2012 werd door de ziektekostenverzekeraar op zijn website vermeld dat de aanvullende ziektekostenverzekering een onbeperkte dekking biedt voor fysiotherapie, zonder de vermelding dat vanaf de 41^{ste} behandeling een aanvraag moet worden ingediend. In de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt dit ook niet duidelijk gesteld. Op basis van deze onduidelijke informatie heeft verzoekster besloten haar ziektekostenverzekering onder te brengen bij de ziektekostenverzekeraar.
- 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. Het Zorginstituut Nederland is van oordeel dat het gebruikelijk is dat fysiotherapie kortdurend wordt ingezet. Alleen voor de aandoeningen genoemd op bijlage 1 Bzv is langdurige fysiotherapie zinvol. Voor aandoeningen die niet voorkomen op deze bijlage kan alleen bij uitzondering sprake zijn van een medische noodzaak voor langdurige fysiotherapie.
- 5.2. De ingediende aanvraag voldoet niet aan de SMART-vereisten. De fysiotherapeut heeft onvoldoende onderbouwd waarom langdurige fysiotherapie medisch noodzakelijk is. Verder heeft de fysiotherapeut niet toegelicht binnen welke termijn het behandeldoel zal worden gehaald. Uit de aanvraag blijkt dat de behandeling met name is bedoeld om in beweging te blijven en de belastbaarheid te vergroten. Dit is geen indicatie voor fysiotherapie. Om verzoekster tegemoet te komen heeft de ziektekostenverzekeraar haar de mogelijkheid geboden medische fitness te volgen.
- 5.3. In de toelichting op de aanvraag door de fysiotherapeut wordt gesteld dat de behandeling moet worden voortgezet omdat verzoekster nog niet in staat is om vijf keer per week zelfstandig dertig minuten matig intensief te bewegen. Naar aanleiding van de klacht van verzoekster heeft een herbeoordeling plaatsgevonden. De beoordelaar verklaart dat enkel wordt vermeld dat progressie is geboekt door de therapie en dat het doel nog niet helemaal is bereikt, doch verder wordt geen toelichting gegeven. Voorts vermeldt de fysiotherapeut een pijnscore van VAS 10. Een pijnscore van VAS 10 is volgens de norm klachtenvrij. Uit de toelichting op de aanvraag blijkt de medische noodzaak voor extra behandelingen fysiotherapie derhalve niet.
- 5.4. De fysiotherapeut van verzoekster is in december 2012 geïnformeerd over de wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden. De ziektekostenverzekeraar heeft de fysiotherapiepraktijken toen een brief gestuurd waarin is uiteengezet dat in 2013 een aanvraagprocedure gehanteerd zou gaan worden indien meer dan 40 behandelingen nodig zouden zijn. Ook de behandelend fysiotherapeut is tijdig geïnformeerd. Het is de ziektekostenverzekeraar niet bekend dat de fysiotherapeut contact heeft gezocht met de bij hem werkzame paramedici die betrokken waren bij de beoordeling van de aanvraag. Geen van de adviseurs heeft een (terug)belverzoek ontvangen. Het aanvraagformulier is evenwel zo opgesteld dat hierop alle informatie die nodig is voor de beoordeling kan worden ingevuld.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 2.12 van de zorgverzekering en artikel 2.10 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 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. Artikel 3.11 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie en luidt, voor zover hier van belang:

"3.11 Fysiotherapie en oefentherapie

a. Fysiotherapie (aanvulling op de basisverzekering)

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van medisch noodzakelijke fysiotherapie, waaronder begrepen bekkenfysiotherapie, geriatrie fysiotherapie, kinderfysiotherapie, lymfedrainage/oedeemtherapie, manuele therapie en psychosomatische therapie.

(...)

Vergoeding

AV Optimaal (Online)

Gecontracteerde zorgaanbieder:

alle medisch noodzakelijke behandelingen, waarvan per kalenderjaar maximaal 9 behandelingen manuele therapie

Niet-gecontracteerde zorgaanbieder:

maximaal 40 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie

Aanvraag

Als u een AV Optimaal (Online) heeft en in een kalenderjaar meer dan 40 behandelingen fysiotherapie nodig heeft, is vanaf de 41e behandeling een aanvraag voor verdere behandeling noodzakelijk. Uw behandelaar dient deze aanvraag naar [naam ziektekostenverzekeraar] te sturen. In deze aanvraag moet de medische noodzaak voor verdere behandeling worden onderbouwd. U heeft pas recht op vergoeding vanaf de 41e behandeling als [naam ziektekostenverzekeraar] de aanvraag van de behandelaar heeft goedgekeurd.

Let op

Als u wordt behandeld door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoeft deze geen aanvraag voor verdere behandeling in te dienen. In dat geval is de vergoeding namelijk beperkt tot maximaal 40 behandelingen.

(...)"

- 8.3. Artikel 6:233 sub b BW luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 233

Een beding in algemene voorwaarden is vernietigbaar

(...)

b. indien de gebruiker aan de wederpartij niet een redelijke mogelijkheid heeft geboden om van de algemene voorwaarden kennis te nemen."

- 8.4. Artikel 6:234 lid 2 BW luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 234

(...)

2. De gebruiker heeft tevens aan de wederpartij de in artikel 233 onder b bedoelde mogelijkheid geboden, indien hij de algemene voorwaarden voor of bij het sluiten van de overeenkomst aan de wederpartij langs elektronische weg ter beschikking heeft gesteld op een zodanige wijze dat deze door haar kunnen worden opgeslagen en voor haar toegankelijk zijn ten behoeve van latere kennisneming of, indien dit redelijkerwijs niet mogelijk is, voor de totstandkoming van de overeenkomst aan de wederpartij heeft bekend gemaakt waar van de voorwaarden langs

elektronische weg kan worden kennisgenomen, alsmede dat zij op verzoek langs elektronische weg of op andere wijze zullen worden toegezonden.

*Indien de voorwaarden niet voor of bij het sluiten van de overeenkomst aan de wederpartij langs elektronische weg ter beschikking zijn gesteld, zijn de bedingen tevens vernietigbaar indien de gebruiker de voorwaarden niet op verzoek van de wederpartij onverwijld op zijn kosten langs elektronische weg of op andere wijze aan haar toezendt.
(...)"*

- 8.5. Artikel 6:238 lid 2 BW luidt, voor zover hier van belang:

*"Artikel 238
(...)*

Bij een overeenkomst als bedoeld in de artikelen 236 en 237 moeten de bedingen duidelijk en begrijpelijk zijn opgesteld. Bij twijfel over de betekenis van een beding, prevaleert de voor de wederpartij gunstigste uitleg."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat de zorgverzekering geen dekking biedt voor het gevraagde.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. Verzoekster heeft gesteld dat zij zich misleid voelt omdat door de ziektekostenverzekeraar in december 2012 werd geadverteerd voor onbeperkte vergoeding van fysiotherapie op basis van het pakket dat verzoekster thans heeft. Dat was voor haar reden zich met ingang van 1 januari 2013 bij de ziektekostenverzekeraar te verzekeren. Eerst na het aangaan van de verzekering heeft zij een duidelijk beeld gekregen over de hierbij geldende voorwaarden. Zij heeft zich evenwel niet erop beroepen dat de overeenkomst wegens dwaling dient te worden vernietigd.

Voor zover de stelling van verzoekster aldus moet worden opgevat dat zij niet tijdig kennis heeft kunnen nemen van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, merkt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar heeft voldaan aan de op hem rustende verplichtingen die voortvloeien uit artikel 6:233 sub b BW en artikel 6:234 lid 2 BW. Daarbij heeft verzoekster verklaard dat zij met de betreffende voorwaarden bekend was zodat enkel nog de vraag resteert of deze voorwaarden ook duidelijk zijn ten aanzien van de aanspraken. De commissie overweegt met betrekking hiertoe als volgt.

- 9.3. Artikel 3.11 van de aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie. In dit artikel is bepaald dat recht bestaat op vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke fysiotherapie. Als een verzekerde meer dan 40 behandelingen fysiotherapie nodig heeft, is vanaf de 41^{ste} behandeling een aanvraag voor verdere behandeling vereist. In deze aanvraag moet de medische noodzaak voor verdere behandeling worden onderbouwd. Als betrokkene wordt behandeld door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoeft deze geen aanvraag in te dienen. In dat geval is de vergoeding beperkt tot maximaal 40 behandelingen. De paramedisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar hebben de aanvraag beoordeeld en zijn tot de conclusie gekomen dat de medische noodzaak voor voortgezette fysiotherapie door de fysiotherapeut onvoldoende wordt onderbouwd. De commissie onderschrijft deze conclusie en stelt vast dat uit de door de fysiotherapeut gegeven onderbouwing met name de noodzaak tot in beweging blijven naar voren komt. Dit is echter geen indicatie voor fysiotherapie. Anderzijds heeft verzoekster onvoldoende duidelijk gemaakt welke - andere - behandeldoelen met de fysiotherapie worden nagestreefd en op welke wijze en binnen welke termijn deze naar verwachting zullen worden behaald. Door de ziektekostenverzekeraar is dit aangeduid als de SMART-vereisten.



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, 14 januari 2015,



Voorzitter

