

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B als wettelijk vertegenwoordigster van E tegen C te D  
Zaak : ergotherapie  
Zaaknummer : 2009.01414  
Zittingsdatum : 21 april 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. H.P.Ch van Dijk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2008 en 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.6 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008 en 2009)

---

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, als wettelijk vertegenwoordigster E hierna te noemen: verzekerde,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar de kosten van meer dan tien behandelingen ergotherapie in 2008 en 2009 ten behoeve van verzekerde (hierna: de aanspraak) af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering, variant natura (hierna: de zorgverzekering), wat een verzekering is als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beperkte Aanvullende verzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat de onder 2 omschreven aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij email van 9 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar besloten heeft de kosten van de eerste tien behandelingen ergotherapie van 2009, waarvan hij de kosten voor 80 percent had vergoed, alsnog volledig zal vergoeden.
- 3.5. Bij brief van 16 november 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).

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft geen gebruik gemaakt van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 maart 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 april 2010 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 23 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 22 maart 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010029403) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op basis van de polis aanspraak bestaat op maximaal tien behandelingen ergotherapie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 april 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 23 april 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 27 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 verzoekster
  - 4.1. De revalidatie-arts heeft bij verzekerde de volgende diagnose gesteld: "psychomotorische retardatie met ataxie en epilepsie".
  - 4.2. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij verkeerd is geïnformeerd door de ziektekostenverzekeraar over de vergoeding van de ergotherapie ten behoeve van verzekerde, die meervoudig gehandicapt is, waardoor zij kosten heeft gemaakt die zij niet vergoed krijgt. In juli 2007 heeft zij de ziektekostenverzekeraar telefonisch verzocht om een machtiging voor ergotherapie na de eerste tien behandelingen. De ziektekostenverzekeraar heeft haar toen verteld dat een machtiging niet nodig was en dat de ergotherapeut moest beslissen of meer behandelingen nodig waren. Ook een behandeling voor langere tijd zou geen probleem zijn. Na de zomervakantie van 2007 is verzekerde begonnen met ergotherapie en de kosten hiervan zijn door de ziektekostenverzekeraar betaald. Eind 2008 kreeg de ergotherapeut de ter declaratie ingediende nota's onbetaald retour van de ziektekostenverzekeraar, omdat de tien behandelingen verbruikt waren. Nadat verzoekster hiervan op de hoogte was gesteld door de ergotherapeut, heeft zij telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenver-

zekeraar heeft haar toen geadviseerd een machtiging aan te vragen voor 2009 en met terugwerkende kracht voor 2008. Dit heeft verzoekster gedaan, maar zij kreeg hierop als antwoord van de ziektekostenverzekeraar dat een machtiging niet nodig was met daarbij een verwijzing naar de polisvoorwaarden. Hierop heeft zij opnieuw telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en wederom is haar verteld dat zij een machtiging moest aanvragen. Dit heeft zij gedaan, maar weer kreeg zij een standaardbrief met de mededeling dat een machtiging niet nodig was met daarbij een verwijzing naar de polisvoorwaarden. Naar aanleiding van deze brief heeft verzoekster nogmaals gebeld met de ziektekostenverzekeraar. Deze keer is haar verteld dat de aanvraag voor een machtiging via een officieel machtigingsformulier moet worden gedaan. Dit formulier is haar toegestuurd en verzoekster heeft dit formulier volledig ingevuld en met de papieren van de revalidatie-arts en de ergotherapeut naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Hierop volgde wederom een standaardbrief met dezelfde inhoud als de twee eerdere brieven van de ziektekostenverzekeraar. Naar aanleiding van deze laatste brief heeft verzoekster opnieuw telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar; deze keer heeft de ziektekostenverzekeraar haar verteld dat zij zich aanvullend moest verzekeren voor de vergoeding van meer dan tien behandelingen ergotherapie per kalenderjaar. Vervolgens is nog enkele keren gebeld en uiteindelijk kreeg verzoekster in juli 2009 te horen dat zij de kosten van meer dan tien behandelingen ergotherapie zelf moet betalen.

- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling het volgende aangevoerd, dat niet wordt ingegaan op haar klacht. Wat haar betreft zijn de polisvoorwaarden niet aan de orde, maar gaat het erom dat de ziektekostenverzekeraar haar verkeerd heeft voorgelicht.
- 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 heeft in zijn brieven aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, voor zover voor het onderhavige geschil van belang gesteld, dat op grond van de polisvoorwaarden van de zorgverzekering aanspraak bestaat op maximaal tien behandelingen ergotherapie per kalenderjaar. Zowel in 2007 als in 2008 en 2009 is geen machtiging vereist voor de vergoeding van ergotherapie. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat in 2007 evenmin alle kosten van de ergotherapeutische behandeling zijn vergoed; dit betreft een bedrag van € 383,60. In 2008 zijn negentien behandelingen niet vergoed; dit betreft een bedrag van € 792,30.
  - 5.2. De ziektekostenverzekeraar erkent dat verzoekster verkeerd is geïnformeerd dat een machtiging moet worden aangevraagd.
  - 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat verzoekster weliswaar verkeerd is geïnformeerd, maar dat geen sprake is van een toezegging. De aanspraak op ergotherapie is in de polisvoorwaarden duidelijk beperkt tot tien behandelingen per kalenderjaar.
  - 5.4. 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 het niet vergoeden van de kosten van meer dan tien behandelingen ergotherapie ten behoeve van verzekerde in 2008 en 2009, 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 13 e.v. van de zorgverzekering.  
Artikel 27 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ergotherapie bestaat.

Voor zover hier van belang, luidt artikel 27 als volgt:

*“zorg zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg ten doel heeft de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen, tot ten hoogste 10 behandelingen per kalenderjaar.*

*Door: ergotherapeut.*

*Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.”*

- 8.3. Artikel 27 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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. In het vierde lid van dit artikel is bepaald dat ergotherapie zorg omvat zoals ergotherapeuten die plegen te bieden, mits deze als doel heeft de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van tien behandelingen per jaar.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. In de aanvullende ziektekostenverzekering 2008 is geen aanspraak opgenomen voor vergoeding van ergotherapie.

- 8.7. In artikel 8 van de aanvullende ziektekostenverzekering 2009 is een aanspraak opgenomen voor beweegzorg. Hieronder vallen fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck, ergotherapie en alternatieve bewegingstherapie. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*“beweegzorg is zorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Dat kan zorg zijn zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten deze plegen te bieden. Zorg zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden heeft als doel uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. Maar u kunt ook kiezen voor (behandelingen door) alternatieve therapeuten.*

*Hieronder vindt u een opsomming wat onder beweegzorg valt:*

*(...)*

*4. ergotherapie;*

*(...)*

*Door:*

*(...)*

*4. ergotherapeut;*

*(...)”*

De vergoeding bedraagt ten hoogste € 200,- per kalenderjaar.

## 9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Gelet op de verzekeringsvoorwaarden en regelgeving, overweegt de commissie ten aanzien van het in 7.1 omschreven geschil als volgt.

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

- 9.2. Op grond van de zorgverzekering heeft verzekerde recht op maximaal tien behandelingen ergotherapie per kalenderjaar. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzekerde de maximale vergoeding voor 2008 en 2009 heeft verbruikt. Dit is door verzoekster niet weersproken. De commissie concludeert dat de zorgverzekering geen mogelijkheid biedt om een hoger aantal uren ergotherapie toe te kennen dan die welke verzekerde reeds heeft ontvangen.

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

- 9.3. In de aanvullende ziektekostenverzekering was in 2008 geen aanspraak opgenomen voor vergoeding van ergotherapie en deze blijft daarom verder onbesproken.
- 9.4. In de aanvullende ziektekostenverzekering van 2009 was een aanspraak opgenomen voor vergoeding van beweegzorg, waaronder volgens de polisvoorwaarden ook ergotherapie valt, van € 200,- per kalenderjaar. Voor zover verzekerde dit budget van € 200,- voor beweegzorg nog niet heeft verbruikt, kunnen de kosten van ergotherapie in 2009 worden vergoed tot het maximum van € 200,- is bereikt.

### **Vertrouwensbeginsel**

- 9.5. Verzoekster heeft meerdere keren telefonisch informatie ingewonnen bij de ziektekostenverzekeraar over de mogelijkheid van vergoeding van de kosten van vervolghandelingen ergotherapie. De ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat hierop – ten onrechte – is geantwoord dat verzoekster daartoe een aanvraag moest indienen. Anderzijds komt uit de correspondentie ook naar voren dat verzoekster meerdere

keren een aanvraag heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor vergoeding van de vervolgbehandelingen ergotherapie. De ziektekostenverzekeraar heeft op deze aanvragen gereageerd met de mededeling dat voor deze zorg vooraf geen machtiging hoeft te worden aangevraagd. De commissie concludeert uit het over en weer gestelde dat door de ziektekostenverzekeraar naar aanleiding van een concrete vraag informatie is verstrekt van wisselende strekking. Verzoekster stelt dat zij tengevolge van deze disinformatie een niet nader gespecificeerd nadeel heeft ondervonden. Voorzover verzoekster daarmee heeft willen betogen dat bij haar verwachtingen zijn gewekt die een beroep op een verdere vergoeding zouden kunnen wettigen, kan de commissie haar daarin niet volgen. Uit de correspondentie is de commissie – afgezien van het gehalte van de informatie – niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar de verwachting heeft gewekt dat in afwijking van de duidelijke bewoordingen van de polisvoorwaarden, waarnaar wordt verwezen, tot vergoeding van meer behandelingen zou worden overgegaan.

### **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, 19 mei 2010,

Voorzitter