

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : Eigen risico, fysiotherapie
Zaaknummer : 2009.01825
Zittingsdatum : 19 mei 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artikel 19 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 18 april 2009 ter zake van het eigen risico 2009 een bedrag ad € 140,--, betrekking hebbend op behandelingen fysiotherapie, bij haar te vorderen.

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 ZorgVerzorgd polis (hierna: de zorgverzekering), wat een verzekering is als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 1 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en TandVerzorgd 1 afgesloten. De TandVerzorgd 1 biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat deze verzekering in het vervolg buiten beschouwing blijft. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 18 april 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld het hiervoor onder 2 genoemde bedrag te vorderen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 9 juli 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 18 januari 2010 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar niet gerechtigd is het eigen risico in rekening te brengen voor de door haar in 2009 ondergane behandelingen fysiotherapie (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 van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 2 maart 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 maart 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 11 maart 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 mei 2010 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij in 2008 en 2009 behandelingen fysiotherapie heeft ondergaan in verband met een chronische indicatie. In 2009 ontving zij een rekening voor het eigen risico. Verzoekster is het met deze rekening niet eens, omdat naar haar mening de behandelingen, gelet op artikel 23 Zvw, dienen te worden toegerekend aan 2008 als het jaar waarin de zorg is aangevangen. Ook indien de behandelingen worden toegerekend aan 2009, geldt het eigen risico niet, omdat verzoekster in dat jaar slechts vijf behandelingen heeft ondergaan, en de eerste negen behandelingen ten laste komen van de aanvullende ziektekostenverzekering.
 - 4.2. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij tweemaal telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar. Daarbij is haar medegedeeld dat de zorgverlener verkeerd had gedeclareerd, hetgeen haar ook is bevestigd door de zorgverlener in kwestie. Hij zou moeten crediteren en dan zou het in orde zijn. Later werd echter beweerd dat er wel juist zou zijn gedeclareerd. Verder is het zo dat de behandeling over het kalenderjaar heen is voortgezet. Om die reden moeten de kosten worden toegerekend aan het oude jaar.
 - 4.3. 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 behandelend fysiotherapeut van verzoekster op 13 november 2008 een chronische indicatiecode heeft gedeclareerd die wordt afgegeven voor de duur van 12 maanden. Omdat het in 2009 niet gaat om een nieuwe verwijzing, maar om een vervolg op de in 2008 aangevangen behandeling, zijn de behandelingen direct ten laste gekomen van de zorgverzekering en is het eigen risico voor dat jaar van toepassing.
 - 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het gaat om losse sessies fysiotherapie, en niet om fysiotherapie die met een DBC wordt gedeclareerd. Artikel 23 Zvw is daarom niet van toepassing. De behandelingen zijn gestart in 2008 op

basis van een chronische indicatie. Vanaf de tiende behandeling komen de kosten ten laste van de zorgverzekering, en daarbij geldt het eigen risico. De kwestie van de foutieve declaratie is niet helder. Voor zover de ziektekostenverzekeraar een verwijt valt te maken, zijn excuses aangeboden.

- 5.3. 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 of verzoekster gehouden is ter zake van het eigen risico 2009 een bedrag ter hoogte van € 140,-- aan de ziektekostenverzekeraar te betalen.

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 B10 tot en met B36 van de zorgverzekering. Artikel B8 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden een wettelijk verplicht eigen risico geldt, en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft een verplicht eigen risico van € 155 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. (...) Het eigen risico geldt niet voor: zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed, hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt, huisartsenzorg met inbegrip van ketenzorg voor diabetes. Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht. (...) Als u een eigen bijdrage heeft of een eigen betaling doet, telt dat niet mee voor het eigen risico. (...)”

Artikel B15 regelt de aanspraak op fysiotherapie en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft recht op fysiotherapie vanaf de 10^e behandeling, als het gaat om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst (Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering). (...)”

- 8.3. De artikelen B8 en B15 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 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. Het wettelijk verplicht eigen risico is naar aard en omvang geregeld in artikel 19 Zvw. Paramedische zorg is geregeld in artikel 2.6 en Bijlage 1 Bzv.

Artikel 23 Zvw bepaalt dat kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.

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

8.6. In artikel E17 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op fysiotherapie geregeld. Voor zover hier van belang, luidt het artikel als volgt:

“Verzekerd zijn de kosten van behandeling door de: fysiotherapeut (...)

U krijgt vergoeding voor:(...)

Extra Verzorgd 1

9 behandelingen per kalenderjaar (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster een indicatie heeft voor fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering, gedurende twaalf maanden, en dat deze zorg is aangevangen op 13 november 2008. Verzoekster heeft in de eerste plaats gesteld dat de kosten van de behandelingen in 2009 dienen te worden toegerekend aan het jaar 2008, en derhalve ook het eigen risico met betrekking tot deze behandelingen. Daarbij heeft zij zich beroepen op artikel 23 Zvw. De commissie merkt daarover op dat genoemd artikel mede betrekking heeft op (medisch specialistische) behandelingen waarbij zogenoemde DBC-tarieven worden gehanteerd, hetgeen blijkt uit de frase dat het moet gaan om behandelingen in twee jaren waarvoor tezamen één bedrag in rekening wordt gebracht. Een fysiotherapeut declareert niet met DBC-codes maar met bedragen per zitting, zodat toerekening aan 2008 niet aan de orde is. De behandelingen moeten worden toegerekend aan de jaren waarin deze hebben plaatsgevonden, zoals in de eerste zin van artikel 23 Zvw is bepaald.

9.2. Vast staat dat in 2009 vijf behandelingen hebben plaatsgevonden. Verzoekster heeft in dat verband gesteld dat wanneer de kosten aan het jaar 2009 moeten worden toegerekend, deze kosten dan ten laste dienen te komen van de aanvullende ziektekostenverzekering, aangezien de eerste negen behandelingen uit die verzekering worden betaald. De commissie merkt daarover op dat de behandelingen in 2009 voortkwamen uit dezelfde indicatie als die in 2008, zodat het gaat om vervolgbehandelingen, en niet opnieuw de eerste negen behandelingen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering komen. Nu alle behandelingen in 2009 ten laste van de zorgverzekering worden gebracht, dient daarover in overeenstemming met artikel B8 van de zorgverzekering het verplicht eigen risico te worden betaald tot een maximaal bedrag van € 155,--.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Gezien het voorgaande komen de behandelingen fysiotherapie in 2009 ten laste van de zorgverzekering, zodat artikel E17 van de aanvullende ziektekostenverzekering toepassing mist.

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, 26 mei 2010,

Voorzitter