



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg en
OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA te
Tilburg
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie, Bewegen in warm water
Zaaknummer : 201502704
Zittingsdatum : 8 juni 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.6 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (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 Plus afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

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 bewegen in warm water (hierna: de aanspraak). Bij brief van 5 augustus 2015 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 26 augustus 2015 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 9 februari 2016 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 13 april 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 april 2016 aan verzoekster gezonden.
- 
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 22 april 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 mei 2016 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 
- 3.8. Bij brief van 15 april 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 11 mei 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016050735) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen aanspraak bestaat op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering, omdat de indicaties reumatoïde artritis en het Syndroom van Sjögren niet voorkomen op bijlage 1 Bzv.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 12 mei 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren.
Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 
- 4.1. Verzoekster is bekend met reumatoïde artritis en het syndroom van Sjögren. Vanaf 1999 ontving zij regelmatig individuele fysiotherapie. In 2006 is zij overgestapt naar groepstherapie, hetgeen door haar toenmalige ziektekostenverzekeraar werd vergoed. Noodgedwongen diende verzoekster de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering evenwel elders onder te brengen. Verzoekster heeft voorafgaand aan de overstap bij de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd of recht bestaat op vergoeding van kuren en watertherapie vanuit de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Namens de ziektekostenverzekeraar is hierop bevestigend geantwoord. Verzoekster heeft op basis hiervan besloten de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering bij hem af te sluiten.
- 
- 4.2. Verzoekster heeft vervolgens het programma "Bewegen in warm water" gevolgd. De nota's heeft zij ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding hiervan afgewezen omdat uit de omschrijving van de activiteit op de nota niet blijkt dat het hierbij fysiotherapie betreft. De ziektekostenverzekeraar stelt in dit verband dat fysiotherapie enkel vanuit de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering wordt vergoed als uit de omschrijving op de nota blijkt dat ook daadwerkelijk fysiotherapie heeft plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat landelijk regels zijn opgesteld voor het declareren van fysiotherapie. Hierin is bepaald dat fysiotherapie moet worden gedeclareerd aan de hand van bepaalde omschrijvingen en codes. De omschrijvingen op de door verzoekster ingediende nota's zijn niet conform voornoemde regels.
- 
- 4.3. Verzoekster heeft naar aanleiding hiervan de zorgaanbieder verzocht nieuwe nota's op te stellen waarop staat dat zij fysiotherapie heeft ontvangen. Deze nota's heeft zij ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft wederom vergoeding hiervan afgewezen omdat ook uit de gewijzigde omschrijvingen niet blijkt dat daadwerkelijk fysiotherapie heeft plaatsgevonden. Verzoekster bestrijdt dit laatste. Zij stelt dat zij in warm water, onder begeleiding, spierversterkende oefeningen doet waardoor haar reuma redelijk stabiel blijft.
- 
- 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 aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op fysiotherapie als de zorgverlener ook een fysiotherapeut is. Fysiotherapie kan alleen worden vergoed als deze zorg conform de stand van

de wetenschap en praktijk is of binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

- 5.2. Fysiotherapie kan alleen worden vergoed als dit ook als zodanig wordt gedeclareerd. Hiervoor bestaan landelijke regels en het declareren moet gebeuren met gebruik van bepaalde omschrijvingen en codes. Op de eerste, door verzoekster gedeclareerde nota staat "Bewegen in warm water". Fysiotherapie wordt op deze nota niet genoemd. Kennelijk is sprake van een sport- en bewegingsprogramma dat valt onder medisch verantwoord bewegen met deskundige begeleiding. De ziektekostenverzekeraar stelt dat - hoewel de beweging onder professionele begeleiding plaatsvindt en het hoofd van de zorgaanbieder een fysiotherapeut is - het door verzoekster gevolgde beweegprogramma geen fysiotherapie betreft.
- 5.3. Op de tweede, door verzoekster gedeclareerde nota, staat de omschrijving "Halfjaarabonnement fysiotherapie voor de periode januari tot en met augustus". De ziektekostenverzekeraar merkt hierover op dat naast het gegeven dat het opmerkelijk is dat de benaming is aangepast, fysiotherapie conform de landelijke regels niet wordt gedeclareerd in de vorm van een termijn of een abonnement. Fysiotherapie wordt gedeclareerd per behandeling met een bepaalde code.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar verklaart verder geen informatie tot zijn beschikking te hebben op grond waarvan hij tot de conclusie kan komen dat verzoekster, voorafgaand aan haar overstap, door hem onjuist is geïnformeerd. Daarbij is de ziektekostenverzekeraar van mening dat het niet aannemelijk is dat een medewerker verzoekster heeft medegedeeld dat een dergelijk abonnement op een beweegprogramma wordt vergoed. Het is mogelijk dat verzoekster heeft gevraagd naar de vergoeding van (fysio)therapie in verwarmd water. Dit is echter iets heel anders.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar is tot de conclusie gekomen dat "Bewegen in warm water" geen fysiotherapie betreft. Mochten verzoekster en de zorgaanbieder hierover een andere mening hebben, dan kan de zorgaanbieder overtuigende informatie ter beoordeling naar de ziektekostenverzekeraar sturen. Voorts ziet de ziektekostenverzekeraar, gelet op de mogelijke precedentwerking, geen reden om verzoekster een coulancevergoeding toe te kennen. De ziektekostenverzekeraar heeft overwogen verzoekster tegemoet te komen door haar aan te bieden de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht te beëindigen, indien zij de aanvullende ziektekostenverzekering enkel zou hebben afgesloten voor vergoeding van de kosten van het door haar gevolgde beweegprogramma. Verzoekster heeft echter vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering een vergoeding van € 1.000,- gekregen voor een kuurreis in 2015. Het lijkt de ziektekostenverzekeraar dan ook niet in het belang van verzoekster de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht te beëindigen.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen A.22. en A.23. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 verzoekster aanspraak heeft op "Bewegen in warm water", ten laste van de zorgverzekering dan wel van 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 zorgaanbieders. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.26. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.8. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

***“Artikel B.8. Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck
(...)”***

***B.8.1. Fysiotherapie en/of oefentherapie vanaf 18 jaar
Zorg: waar hebt u recht op?***

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u alleen recht op fysiotherapie en/of oefentherapie als u beperkingen hebt door een aandoening die op de “Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie” staat. U vindt deze lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) op onze internetsite en kunt deze ook bij ons opvragen. Per aandoening (genoemd op de lijst) omvat de zorg de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie vanaf de 21e behandeling (behandeling 1 tot en met 20 dus niet). Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, hebt u recht op behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn. (...)

Voorwaarden (B.8.1., B.8.2. en B.8.3.)

Algemeen

- Deze voorwaarden gelden voor verzekerden van alle leeftijden.
- Fysiotherapie is zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden.

(...)

Zorgverlener

- Een fysiotherapeut verleent fysiotherapie.

(...)

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling is een verklaring van de huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig als het gaat om een aandoening die op de lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) staat of als het gaat om bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. (...)

8.4. Artikel B.8. van de zorgverzekering is volgens artikel A.2.4. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. 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, waaronder fysiotherapie, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv en verder uitgewerkt in Bijlage 1 Bzv.

8.6. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht

op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.7. Artikel D.16. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck en luidt, voor zover hier van belang:

*"Artikel D.16. Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck
(...)*

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden fysiotherapie en/of oefentherapie, zie artikel B.8.1, B.8.2. en B.8.3..

(...)

Let op!

(...)

Wij vergoeden niet:

- een behandeling die tot doel heeft uw conditie door middel van training te verbeteren;

(...)

Voorwaarden

Zie de voorwaarden in artikel B.8.

(...)

Zorgverlener

Zie artikel B.8. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster heeft, op grond van artikel B.8. van de zorgverzekering, aanspraak op behandelingen fysiotherapie - met uitzondering van de eerste twintig behandelingen -, indien deze worden verleend door een fysiotherapeut. De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat uit de door verzoekster overgelegde stukken niet blijkt dat het door haar gevolgde programma "Bewegen in warm water" een vorm van fysiotherapie betreft, terwijl dit programma daarnaast niet wordt gegeven door een fysiotherapeut. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster gevraagd stukken over te leggen waaruit blijkt dat sprake is geweest van fysiotherapie. Vast staat dat verzoekster niet aan dit verzoek heeft voldaan. Voorts blijkt uit de ingediende nota's dat niet wordt gedeclareerd conform de regels die hiervoor zijn gesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit doch dat uit deze nota's niet valt op te maken dat de behandelaar fysiotherapeut is. Dit leidt tot de conclusie dat het door verzoekster gevolgde programma "Bewegen in warm water" geen fysiotherapie als bedoeld in artikel B.8. van de zorgverzekering betreft.
- 9.2. In artikel B.8.1. van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat alleen recht bestaat op fysiotherapie als de aandoening voorkomt in Bijlage 1 Bzv. Bij verzoekster is sprake van reumatoïde artritis en de ziekte van Sjögren. Deze beide aandoeningen zijn niet in de bijlage opgenomen. Tevens is niet gebleken van een mogelijke andere (verzekerings)indicatie. De commissie is dan ook van oordeel dat verzoekster bij de gegeven indicaties hoe dan ook geen aanspraak heeft op behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering neemt de voorwaarden van de zorgverzekering als uitgangspunt. Zoals hiervoor door de commissie is geconcludeerd, is geen sprake van fysiotherapie verleend door een fysiotherapeut en ontbreekt een verzekeringsindicatie op grond waarvan

 fysiotherapie kan worden vergoed. Gelet hierop is niet voldaan aan de voorwaarden van artikel D.16. van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Telefonische toezegging

-  9.4. In de procedure is aangetoond, noch aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde (telefonische) toezeggingen zijn gedaan. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat door verzoekster niet is medegedeeld wanneer en met wie zij heeft gesproken, nog daargelaten dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren.
- 

Conclusie

-  9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

-  10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 juni 2016,




















A.I.M. van Mierlo