

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, fysiotherapie, oedeemtherapie, eerste
twaalf behandelingen
Zaaknummer : 2011.02429
Zittingsdatum : 29 augustus 2012

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna 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 verzekering Modelovereenkomst Zorgzaam (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken. Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Zorgzaam Ster 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 oedeemtherapie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 augustus 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de kosten hiervan gedeeltelijk worden vergoed.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 oktober 2011 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 mei 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen ten laste van 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 juli 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 juli 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 21 juli 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar wil eveneens telefonisch worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 29 augustus 2012 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Op 16 juni 2011 heeft de door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde fysiotherapeut ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend voor lymfedrainage van haar bovenlichaam. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 juli 2011 een machtiging verleend voor fysiotherapeutische hulp door een fysiotherapeut ten laste van de zorgverzekering over de periode van 23 juni 2011 tot en met 22 juni 2014. Verzoekster wordt erop gewezen dat de eerste twaalf behandelingen met "code soort indicatie 008" moeten worden gedeclareerd. De onderhavige machtiging vermeldt, behoudens voornoemde termijn, geen beperkingen.
 - 4.2. Achteraf blijkt de ziektekostenverzekeraar de kosten niet volledig te vergoeden. De kosten van de eerste twaalf behandelingen worden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed als zijnde fysiotherapie, terwijl verzoekster oedeemtherapie heeft aangevraagd. Voor fysiotherapie wordt een lager tarief vergoed dan voor oedeemtherapie. Hierdoor blijft een groot deel van de kosten voor rekening van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar had verzoekster hierover tijdig, dus in juli 2011, moeten informeren. Aangezien eerdere declaraties rechtstreeks aan de zorgverlener zijn vergoed, kon verzoekster pas begin oktober 2011 vermoeden dat er "iets niet goed zat".
 - 4.3. De door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde code blijkt te staan voor "oedeemtherapie/lymfedrainage". Hieruit blijkt niet dat er een verschil is met oedeemtherapie. Een patiënt heeft bovendien geen zicht op dit soort codes.
 - 4.4. Ter zitting heeft verzoekster voornoemde stellingen herhaald. Zij benadrukt dat oedeemtherapie is aangevraagd en geleverd. Daarom dienen de kosten hiervan op grond van de aanspraak op oedeemtherapie - artikel 13.9 van de aanvullende verzekering - te worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft haar pas op de hoogte gesteld van het onderhavige probleem nadat de kosten niet meer voor vergoeding in aanmerking kwamen. Verzoekster benadrukt dat zij, gezien de gang van zaken, erop mocht vertrouwen dat alles in orde was. Verzoekster voert ter aanvulling aan dat de ziektekostenverzekeraar op grond van zijn zorgplicht nadere informatie had moeten opvragen bij de zorgverlener.
 - 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. Verzoekster heeft een indicatie die aanspraak geeft op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering vanaf de dertiende behandeling. De eerste twaalf behandelingen blijven voor haar rekening of komen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoekster recht op een vergoeding van maximaal € 200,-- per kalenderjaar voor beweegzorg. De kosten van de eerste twaalf behandelingen bedragen echter meer dan voornoemde maximale vergoeding. Hierdoor blijft een deel van de kosten voor rekening van verzoekster.
- 5.3. De onderhavige oedeemtherapie is aangevraagd en verleend door een fysiotherapeut. De kosten worden daarom vergoed ten laste van de aanspraak op fysiotherapie. Verzoekster beroept zich voor de vergoeding op de aanspraak op oedeemtherapie verleend door een huidtherapeut. De onderhavige zorg is echter niet verleend door een huidtherapeut.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar voornoemde stellingen herhaald. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de zorg is verleend door een fysiotherapeut. Daarom dienen de kosten te worden vergoed conform de aanspraak op fysiotherapie.
- 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 4.3 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
 - 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak volledig dan wel tot een hoger bedrag in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden
 - 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.
 - 8.2. In artikel 13.6 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op fysiotherapie opgenomen. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

“Aanvullend op de Modelovereenkomst Zorgzaam vergoeding van de kosten van fysiotherapie. Fysiotherapie dient te worden verleend door een fysiotherapeut, oefentherapie dient te worden verleend door een oefentherapeut. Beiden dienen te voldoen aan het gestelde in de respectievelijke begripsomschrijvingen.

(...)

2. de verzekerde is 18 jaar en ouder: de verzekerde heeft recht op vergoeding, tot maximaal het budget, van de kosten van de eerste twaalf behandelingen als het om behandeling gaat van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. Deze aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van VWS. De verzekerde vindt deze in de lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

Vanaf de dertiende behandeling heeft de verzekerde recht op vergoeding van de kosten vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en toestemming van de zorgverzekeraar vereist;

(...)

maximaal € 200 per kalenderjaar”

- 8.3. In artikel 13.9 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op oedeemtherapie opgenomen. Deze bepaling luidt:

“Vergoeding van de kosten van oedeemtherapie, verleend door een huidtherapeut die staat geregistreerd in het kwaliteitsregister Paramedici. De vergoeding wordt uitsluitend verleend op verwijzing van de behandelend medisch-specialist.

Vergoeding: maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar.

Per behandeling geldt een maximum bedrag van € 38.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.1. Ten behoeve van verzoekster is een aanvraag ingediend voor lymfedrainage. Deze zorg is verleend door een fysiotherapeut. Nu de zorg is verleend door een fysiotherapeut, en lymfedrainage behoort tot de fysiotherapeutische zorg, heeft de ziektekostenverzekeraar de kosten hiervan terecht vergoed op grond van de aanspraak op fysiotherapie zoals geregeld in artikel 13.6 van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.2. Verzoekster beroept zich op de aanspraak op oedeemtherapie zoals geregeld in artikel 13.9 van de aanvullende ziektekostenverzekering. In dit artikel is de aanspraak op oedeemtherapie door een huidtherapeut opgenomen. Nu de behandelend zorgverlener geen huidtherapeut is, kan een beroep op dit artikel reeds om die reden niet slagen.

Verleende machtiging

- 9.3. Anders dan verzoekster stelt, is de commissie van oordeel dat verzoekster op grond van de machtiging van 13 juli 2011 niet erop mocht vertrouwen dat zij (ook) de kosten van de eerste twaalf behandelingen volledig dan wel tot een bedrag van € 38,-- vergoed zou krijgen. In de machtiging – die nadrukkelijk betrekking heeft op langdurige fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering – wordt immers verwezen naar de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. In artikel 4.12 van de zorgverzekering is bepaald dat de eerste twaalf behandelingen zijn uitgesloten van vergoeding. Verzoekster wist althans behoorde dan ook te weten dat de kosten van deze behandelingen voor haar rekening zouden blijven, tenzij zij onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering zouden kunnen worden gebracht. Zoals hiervoor is overwogen, biedt deze verzekering een gemaximeerde vergoeding voor fysiotherapie, en geldt de vergoeding van € 38,-- per behandeling, zoals opgenomen in artikel 13.9 van de aanvullende ziektekostenverzekering, alleen indien de zorg wordt verleend door een huidtherapeut. De onderhavige zorgverlener is geen huidtherapeut, maar een fysiotherapeut. Nu niet is voldaan aan de voorwaarden van artikel 13.9 van de aanvullende ziektekostenverzekering, is dit artikel hier niet aan de orde.

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, 12 september 2012,

Voorzitter