



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden
Zaak : Geneeskundige zorg, pedicure, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201501222
Zittingsdatum : 10 februari 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, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Plus afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van voetzorg verleend door een pedicure (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsspecificaties van verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 mei 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de facturen van 9 januari en 27 februari 2015 coulancehalve ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering te vergoeden.

3.4. Bij brief van 7 oktober 2015 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

-  3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 december 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 december 2015 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 15 december 2015 en 5 februari 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 9 december 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 13 januari 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015157155) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het door de pedicure in rekening gebrachte cosmetische zorg betrof, en daarmee geen geneeskundige zorg zoals bedoeld in de Zvw. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 19 januari 2016 aan partijen gezonden.
-  3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 februari 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.10. Bij brief van 15 februari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 17 februari 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. Verzoeker betoogt dat op het vergoedingenoverzicht van de ziektekostenverzekeraar staat vermeld dat bij een zorgprofiel van meer dan 2 de vergoeding van voetzorg 100 percent is. Aangezien verzoeker zorgprofiel 3 heeft, meent hij aanspraak te hebben op volledige vergoeding. Voorheen werden de kosten van de pedicure grotendeels vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, maar sinds 1 januari 2015 worden sommige behandelingen in het geheel niet meer vergoed en andere slechts gedeeltelijk. Ook worden vergoedingen verrekend met het verplicht eigen risico en dient verzoeker een eigen bijdrage te betalen.
-  4.2. Als verzoeker eind 2014 had geweten dat de onderhavige zorg niet meer zou worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, had hij wellicht deze verzekering niet afgesloten. Omdat de ziektekostenverzekeraar het contract eenzijdig heeft gewijzigd, en hij verzoeker daarvan niet tijdig op de hoogte heeft gesteld, is sprake van ernstig verwijtbaar handelen.
-  4.3. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat bij hem sprake is van neuropathie aan de beide voeten en een deel van het onderbeen. Iedere zes weken bezoekt verzoeker een pedicure en hierdoor zijn de voeten in een goede conditie. Om bij de pedicure te komen, moet hij per taxi reizen. Onduidelijk is of de afstand van naar de pedicure meer dan vijf kilometer bedraagt. Indien dit het geval is schendt de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht.
-  4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
-  5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
-  5.1. Met ingang van 1 januari 2015 wordt de voetzorg voor verzekerden met diabetes (DM Type 1 en 2) bij zorgprofiel 2 en hoger vergoed ten laste van de zorgverzekering. De voetverzorging bij zorgprofiel 0 en 1 wordt vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Voorwaarde voor

vergoeding van voetzorg ten laste van de zorgverzekering is dat de zorg dient te worden verleend door een podotherapeut of door een pedicure die een contract heeft met een podotherapeut.

- 5.2. Bij verzoeker is sprake van diabetes en zorgprofiel 3. Uit navraag bij de podotherapeut van verzoeker, zijnde de hoofdbehandelaar, is het de ziektekostenverzekeraar gebleken dat op 28 april en 17 juni 2015 in zijn opdracht een pedicurebehandeling is uitgevoerd. De facturen van deze behandelingen ten bedrage van totaal € 175,- zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed. De ziektekostenverzekeraar ontkent dat genoemd bedrag is verrekend met het verplicht eigen risico 2015 van verzoeker.
- 5.3. Voorts zijn door verzoeker facturen van 9 januari (€ 33,-) en 27 februari 2015 (€ 33,-) ter declaratie ingediend. Ten aanzien van deze facturen pedicurezorg geldt dat de behandelingen niet onder de verantwoordelijkheid van een hoofdbehandelaar hebben plaatsgevonden. De pedicure die de zorg op 9 januari en 27 februari 2015 heeft geleverd, heeft geen contract met de hoofdbehandelaar van verzoeker en is zelf geen podotherapeut. Evenmin blijkt uit de facturen dat sprake is van een jaarlijkse voetcontrole. Gelet op de wijzigingen in 2015, in combinatie met de mogelijkheid dat de informatievoorziening richting verzoeker mogelijk onvoldoende is geweest, heeft de ziektekostenverzekeraar evenwel besloten genoemde behandelingen coulancehalve ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering te vergoeden.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar merkt voorts op dat de verzekerden in november 2014 zijn geïnformeerd over alle wijzigingen in 2015. In deze informatiebrochure is onder het kopje "Huidtherapie/voetzorg/pedicure" de volgende tekst opgenomen: *"De voetverzorging bij Zorgprofiel 0 en Zorgprofiel 1 wordt vergoed in de AV-Plus, Av-Cum Laude en de Av-Totaal. De jaarlijkse voetcontrole en de behandeling bij Zorgprofiel 2 en hoger valt nu onder de basisverzekering en verplicht eigen risico"*. Gelet op deze passage is verzoeker dus van tevoren geïnformeerd over de wijzigingen.
- 5.5. Gezien het voorgaande komt de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie dan enkel een bedrag van € 8,50 voor rekening van verzoeker blijft. Dit bedrag heeft de pedicure, die contractueel is verbonden met de podotherapeut van verzoeker, gedeclareerd en heeft betrekking op het polijsten van de nagels, het freezezen van de voet en het incremen van de voet. Deze behandelingen maken geen deel uit van het behandelplan en worden om die reden niet vergoed.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de reisafstand tussen de woonplaats van verzoeker en zijn pedicure volgens de Routeplanner 4,5 kilometer bedraagt, en dus binnen de marge valt. Wat betreft de zorgplicht geldt dat deze alleen van toepassing is op zorg die valt onder de zorgverzekering. De onderhavige zorg is geen geneeskundige voetzorg, maar cosmetische zorg.
- 5.7. 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 37 van de zorgverzekering en 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 gehouden is de aanspraak alsnog 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. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in 'Rubriek B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 3 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"3.1 Op deze polis is per kalenderjaar een verplicht eigen risico van € 375,00 per verzekerde van 18 jaar en ouder van toepassing. Het per verzekerde verplicht eigen risico wordt vermeld op het polisblad en wordt in mindering gebracht op de kosten dan wel vergoedingen van de zorg waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. Op het verplicht eigen risico zijn niet van toepassing:

a. De kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek (exclusief de consultatiekosten in het kader van het project NEXT door een psychiater) dat elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht;

b. De directe kosten van het gebruik van zorg indien deze kosten verloskundige zorg en kraamzorg betreffen;

c. De kosten van de gecontracteerde multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg, exclusief de voetzorg buiten de ketenzorg); (...)"

8.4. Artikel 24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ketenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"24.1 Ketenzorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op multidisciplinaire gecoördineerde zorg ook wel ketenzorg genoemd, indien u een specifieke chronische aandoening heeft. Voor de definitie van ketenzorg verwijzen wij naar de begripsomschrijvingen.

Wat zijn de voorwaarden?

De ketenzorg dient geleverd te worden bij een specifieke chronische aandoening (COPD, CVRM en Diabetes, allen gebaseerd op de zorgstandaard van de betrokken aandoening) door een groep verschillende zorgverleners die de zorg gecoördineerd levert. Deze groep wordt ook wel een zorggroep genoemd. Een omschrijving van de zorgstandaard kunt u vinden op www.zorgzekerheid.nl.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?

Bij hulp voor ketenzorg van een niet-gecontracteerde zorggroep vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme of WMG-tarief. (...)

24.2 Voetzorg buiten de keten

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op voetzorg zoals huisartsen of medisch specialisten die plegen te bieden aan verzekerden met Diabetes (DM Type I en DM Type II). Deze zorg kan zowel binnen de Ketenzorg (artikel 24.1) als buiten de Ketenzorg verleend worden.

Wat zijn de voorwaarden?

- er dient sprake te zijn van minimaal een Zorgprofiel 2 classificatie, tenzij het de jaarlijkse voetcontrole betreft;
- de zorg dient te worden verleend door een gecontracteerde podotherapeut. Meer informatie kunt u vinden op www.zorgzekerheid.nl;
- de zorgverlener dient de declaratie rechtstreeks en digitaal bij Zorg en Zekerheid in te dienen.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist indien de zorg niet verleend wordt door de huisarts of medisch specialist.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij hulp van een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 100% van het WMG-tarief."

- 8.5. De artikelen 3 en 24 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.7. 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.
- 8.8. Artikel 7.5 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op voetverzorging en luidt, voor zover hier van belang:

"7.5 Voetverzorging voor verzekerden met suikerziekte of reumapatiënten

Verzekerden met suikerziekte of reumatoïde artritis kunnen aanspraak maken op vergoeding van de kosten van voetverzorging.

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van de voetverzorging per verzekerde, per kalenderjaar. Bij een verzekerde met suikerziekte komt voetverzorging alleen in aanmerking voor vergoeding, indien sprake is van een Zorgprofiel 0 en Zorgprofiel 1 classificatie (met uitzondering van de jaarlijkse voetcontrole, deze wordt vergoed uit debasisverzekering). (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Op grond van artikel 24 van 'Rubriek B' van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van ketenzorg. Voorwaarde hierbij is dat de zorg dient te worden geleverd bij een specifieke chronische aandoening waarbij één behandelaar de regie heeft. Vast staat dat verzoeker diabetes met zorgprofiel 3 heeft en dat de podotherapeut de regie voert bij de behandeling. Uit de brief van

de ziektekostenverzekeraar van 18 september 2015 blijkt dat verzoeker op 28 april 2015 en 17 juni 2015 onder verantwoordelijkheid van de podotherapeut pedicurebehandelingen heeft gehad. De ziektekostenverzekeraar heeft de nota's van deze behandelingen ten bedrage van totaal € 175,--, overeenkomstig de geldende tariefbeschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), vergoed.

9.2. Ketenzorg (exclusief voetzorg buiten de ketenzorg) mag op grond van artikel 3 van de zorgverzekering niet ten laste van het eigen risico worden gebracht. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 maart 2015 verklaard geen kosten ter zake van voetzorg ten laste van het verplicht eigen risico voor 2015 te hebben gebracht. Aangezien verzoeker geen ondersteunend bewijs heeft geleverd voor zijn stelling dat de ziektekostenverzekeraar wél tot verrekening met zijn verplicht eigen risico is overgegaan, faalt zijn stelling.

9.3. Voorts stelt verzoeker dat verschillende nota's van de pedicure niet door de ziektekostenverzekeraar worden vergoed. Het gaat hierbij om de facturen van 9 januari (€ 33,--), 27 februari (€ 33,--) en 28 april 2015 (€ 8,50). De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de vergoeding van deze nota's is afgewezen omdat geen sprake was van verleende zorg onder verantwoordelijkheid van een hoofdbehandelaar. Bovendien is uit de facturen niet op te maken dat sprake is van de jaarlijkse voetcontrole vallend onder zorgprofiel 1. Aangezien verzoeker niet aannemelijk heeft gemaakt dat de betreffende behandelingen wél onder verantwoordelijkheid van zijn podotherapeut werden uitgevoerd, stond het de ziektekostenverzekeraar vrij vergoeding van de kosten af te wijzen. Dat de ziektekostenverzekeraar in de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft besloten de nota's van 9 januari en 27 februari 2015 van totaal € 66,-- coulancehalve te vergoeden maakt het voorgaande niet anders. Per saldo blijft derhalve een bedrag van € 8,50 voor rekening van verzoeker.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.4. Op grond van artikel 7.5 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van voetverzorging. Voorwaarde hierbij is dat sprake is van een zorgprofiel 0 of zorgprofiel 1 classificatie. Vast dat verzoeker een zorgprofiel 3 heeft, zodat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak bestaat op een hogere vergoeding.

Werking privaatrecht

9.5. Door verzoeker is nog aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar eenzijdig het besluit heeft genomen voetzorg niet meer te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Zodoende heeft verzoeker niet de kans gehad een evenwichtige keuze te maken of hij een aanvullende ziektekostenverzekering nodig had. Ten aanzien van deze stelling merkt de commissie in de eerste plaats op dat de beslissing om voetzorg bij diabetes met ingang van 1 januari 2015 te vergoeden ten laste van de zorgverzekering een beslissing is die is genomen door de overheid. De ziektekostenverzekeraar heeft hiermee geen bemoeienis gehad, anders dan het 'vertalen' van deze aanspraak in de polisvoorwaarden. Bovendien heeft verzoeker niet betwist dat de ziektekostenverzekeraar hem eind 2014 een informatiepakket heeft gezonden met daarin onder meer de belangrijkste wijzigingen voor 2015. Indien verzoeker van mening was dat het informatiepakket niet toereikend was om zich een goed beeld te vormen van de bestaande dekking, had het op zijn weg gelegen de verzekeringsvoorwaarden bij de ziektekostenverzekeraar op te vragen. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker dit heeft gedaan. Dat verzoeker heeft nagelaten zijn verzekeringsdekking tijdig te wijzigen ligt dan ook geheel in zijn risicosfeer.

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, 2 maart 2016,



A.I.M. van Mierlo

