

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen E  
en F, beide te G  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, revalidatie, fysiotherapie  
Zaaknummer : 2012.01992  
Zittingsdatum : 20 maart 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.6 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, art. 20 Vo 883/2004)

---

## 1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te D,

tegen

1) E te G, en

2) F te G,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgkeuzepolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Uitgebreide tandarts afgesloten. Laatstgenoemde verzekering is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing.

Genoemde 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een behandeling bij Medifit te Alicante (Spanje) (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is ingewilligd. De ziektekostenverzekeraar heeft de behandeling aangemerkt als een aantal zittingen enkelvoudige fysiotherapie, en heeft de kosten tot een bedrag van € 28,10 per zitting vergoed.

3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 27 september 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 6 december 2012 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 23 januari 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 januari 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 februari 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 28 januari 2013 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 februari 2013 (zaaknummer 2013011533) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoeker de noodzaak voor multidisciplinaire revalidatie niet is aangetoond. Verder is uit het advies van de medisch adviseur van het CVZ gebleken dat geen zorg is verleend door een multidisciplinair team zoals vereist is in de verzekeringsvoorwaarden. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 maart 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 22 maart 2013 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 28 maart 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft in België een cervicale fusie ondergaan. Deze ingreep en de daaraan voorafgaande pijnbehandelingen zijn eerst na enkele maanden door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
- 4.2. Over de vergoeding van de revalidatie die bij Medifit in Spanje heeft plaatsgevonden, bestaat nog geen overeenstemming. De ziektekostenverzekeraar heeft deze behandeling als een aantal zittingen fysiotherapie aangemerkt, en heeft slechts het Nederlandse marktconforme tarief per zitting betaald. Op basis van verklaringen van de handelend artsen van Medifit is verzoeker van mening dat bij hem sprake is geweest van een multidisciplinaire behandeling onder begeleiding van een medisch specialist, zodat de behandeling kan worden aangemerkt als revalidatie, die ten laste van de zorgverzekering dient te worden vergoed.

- 4.3. Indien de commissie tot het oordeel mocht komen dat bij Medifit geen revalidatie als bedoeld in de Zorgverzekeringswet is gegeven maar enkelvoudige fysiotherapie, dan is van belang dat de reden van de fysiotherapie is gelegen in een operatie, hetgeen een indicatie is die voorkomt op de lijst chronische fysiotherapie. De betreffende behandelingen dienen daarom ten laste van de zorgverzekering te komen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij al veel Prednison moest gebruiken. Het viel hem zwaar op de maag dat hij tien uur voor de geplande ingreep werd geconfronteerd met een afwijzing. Aansluitend zou hij vijftien maanden moeten revalideren. Volgens de Belgische arts kon dit in de kliniek of in Spanje. Gekozen is voor Spanje. Verzoeker heeft zijn spaarpot moeten aanspreken om de kosten te voldoen. Hij acht het niet juist dat hij het gevecht over de vergoeding moest aangaan terwijl de focus op het herstel zou moeten liggen. In Spanje heeft verzoeker onder andere fysiotherapie gehad. Hij verbleef in een bungalow. Bij Medifit is ook een psycholoog aanwezig. Een andere verzekeraar vergoedt de kosten wel.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
  - 5.1. De behandelend arts van verzoeker bij Medifit is huisarts, en derhalve geen medisch specialist.
  - 5.2. Er is slechts sprake van revalidatie als bedoeld in de zorgverzekering indien deze wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team onder leiding van een medisch specialist of revalidatiearts. Medifit lijkt eerder een fysiotherapeutische praktijk te zijn, waar fysiotherapeuten en manueel therapeuten werken. Zij maken deel uit van het Hospital Clinica Benidorm, waar ook orthopeden en andere specialisten werken. Er is echter geen sprake van een revalidatieteam. Om die reden zijn de behandelingen die bij Medifit zijn uitgevoerd, aangemerkt als enkelvoudige fysiotherapie, en als zodanig volgens het Nederlandse marktconforme tarief van € 28,10 per behandeling aan verzoeker vergoed. Dit tarief is te raadplegen op de website van de ziektekostenverzekeraar, en tevens telefonisch op te vragen.
  - 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd te begrijpen dat de behandeling in Spanje goed heeft geholpen, maar het is geen revalidatie. Er is immers geen sprake van een multidisciplinair team onder leiding van een revalidatiearts. De betrokkenheid alleen van diverse zorgverleners is niet voldoende.
  - 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
  - 6.1. Gelet op artikel A.25. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering 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 volledig 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.8. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op revalidatiezorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

### **"B.8.1. Omschrijving van de zorg**

*De revalidatie omvat zorg die voor u de beste methode is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Deze zorg omvat:*

- a. *Verblijf: het gaat hier om revalidatie waarvoor u meerdere dagen opgenomen wordt. Deze meerdaagse opname vindt plaats als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname;*
- b. *Deeltijd- of dagbehandeling: het gaat hier om revalidatie zonder verblijf.*

### **B.8.2. Voorwaarden**

#### **Algemeen**

*Het gaat om een handicap die het gevolg is van:*

- a. *stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;*
- b. *een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag. Door de revalidatie kunt u een bepaalde mate van zelfstandigheid bereiken of behouden die in relatie tot uw beperkingen mogelijk is.*

#### **Verwijzing**

*U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts of medisch specialist.*

#### **Zorgverlener**

*Een team van verschillende soorten deskundigen (multidisciplinair team) voert de zorg uit onder leiding van een medisch specialist of revalidatiearts.*

#### **Plaats**

*De zorg vindt plaats in een instelling voor revalidatie. (...)"*

8.4. Artikel B.16. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op fysiotherapie en luidt, voor zover hier van belang:

### **"B.16.1. Omschrijving van de zorg**

*De zorg omvat:*

- a. *fysiotherapie. Dit is zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden.*
- b. *oefentherapie. Dit is zorg zoals oefentherapeuten Cesar of Mensendieck die plegen te bieden.*

Onder fysiotherapie en oefentherapie vallen ook bijvoorbeeld therapieën aangeboden door een kinder (fysio of oefen)therapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatrisch (fysio) therapeut en oedeemtherapeut. Voor fysiotherapie en oefentherapie gelden geen wettelijke maximum tarieven. De zorgverlener bepaalt het tarief. Wij maken over deze tarieven vaak afspraken met hen. Die tarieven kunt u bij ons opvragen of bekijken op onze website.

#### **B.16.2. Fysiotherapie en oefentherapie als u 18 jaar of ouder bent**

Als u 18 jaar of ouder bent, bestaat de zorg uit fysiotherapie of oefentherapie als u beperkingen hebt als gevolg van een aandoening die op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en 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 bestaat de zorg uit de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en oefentherapie vanaf de dertiende behandeling. Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, omvat de zorg behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn. (...)

#### **B.16.7. Zorgverlener zonder overeenkomst**

Zie artikel A.21."

- 8.5. Artikel A.21. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

##### **"b. Volledig tarief (100%)**

Gaat u naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken dan vergoeden wij het volledige wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief dan vergoeden wij het volledige marktconforme tarief. (...)"

- 8.6. Artikel B.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Als u in Nederland woont, hebt u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland."

- 8.7. Artikel A.2.3. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"Verzekerd is die zorg die onder de dekking van uw verzekering valt en waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen."

- 8.8. De artikelen A.2.3. en A.21. van 'Hoofdstuk A' en B.2., B.8. en B.16. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.9. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Paramedische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv en Bijlage 1 Bzv.

Artikel 2.10 Bzv regelt de aanspraak op verblijf.

Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

- 8.10. 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.
- 8.11. Artikel D.5.1 van 'Hoofdstuk D' van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op fysiotherapie. Op het 'Vergoedingen Overzicht' is geregeld dat de maximale vergoeding € 1.000,- per kalenderjaar bedraagt.
- 8.12. Artikel 20 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.
2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”

## 9. Beoordeling van het geschil

### Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aangezien verzoeker niet voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, heeft hij, gelet op het arrest Stamatelaki (HvJ EG 19 april 2007, C-444/05) geen aanspraak op vergoeding volgens de Spaanse sociale ziektekostenverzekering als bedoeld in artikel 20 Vo 883/2004.
- 9.2. Als onweersproken staat vast dat verzoeker is geïndiceerd voor revalidatiezorg. Hetgeen partijen nog verdeeld houdt, is de vraag of bij Medifit revalidatiezorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering wordt verleend.
- 9.3. Nog daargelaten dat niet is gebleken dat de behandelend arts een medisch specialist dan wel revalidatiearts is, zijn bij de kliniek zelf geen zorgverleners van andere specialismen werkzaam. Deze rol wordt vervuld door artsen in het aangesloten ziekenhuis. Niet gebleken is dat een team is samengesteld dat kan worden aangemerkt als een multidisciplinair team als bedoeld in artikel B.8. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverze-

kering. Om die reden is geen sprake van revalidatiezorg, zodat verzoeker uit dien hoofde geen aanspraak heeft op vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

- 9.4. De bij Medifit verleende zorg betreft naar zijn aard veeleer enkelvoudige fysiotherapie, en de kosten zijn door de ziektekostenverzekeraar als zodanig vergoed. Gelet op het overzicht van de ziektekostenverzekeraar is de vergoeding deels ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering gekomen, en deels ten laste van de zorgverzekering.
- 9.5. Dat verzoeker een indicatie heeft voor fysiotherapie vanuit de zorgverzekering als omschreven in Bijlage 1 Bzv, staat (kennelijk) niet ter discussie. De eerste twaalf behandelingen zijn op grond van artikel B.16.2. evenwel uitgesloten van vergoeding ten laste van de zorgverzekering, zodat deze door de ziektekostenverzekeraar terecht ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn gebracht.
- 9.6. Rest de vraag naar de hoogte van de verleende vergoeding. Gelet op artikel B.16.7. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering in combinatie met artikel A.21. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering wordt bij zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder het Nederlandse marktconforme tarief vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft bij zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 29 oktober 2012 een lijst gevoegd van de marktconforme tarieven voor fysiotherapie. Hieruit blijkt dat voor een reguliere zitting een bedrag wordt vergoed van € 28,10. Dit bedrag per zitting is aan verzoeker uitgekeerd.

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

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor revalidatiezorg. Voor fysiotherapie is in artikel D.5.1. een vergoeding opgenomen van maximaal € 1.000,- per kalenderjaar. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

#### **Conclusie**

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 april 2013,

Voorzitter