



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Medisch-specialistische zorg, oncologische revalidatie, paramedische
zorg, fysiotherapie, kostenbesparing
Zaaknummer : 201800837
Zittingsdatum : 12 december 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.6 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (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 VGZ Tand Beter afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op oncologische revalidatie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 23 april 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat geen aanspraak bestaat op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 11 mei 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld een vergoeding toe te kennen voor fysiotherapie voor de duur van een jaar. De eerste twintig behandelingen blijven hierbij voor rekening van verzoeker.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij brief van 6 juni 2018 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Naar aanleiding van daaropvolgende correspondentie van verzoeker heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen bij brieven van 8 juni 2018 en 4 juli 2018 medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 12 juli 2018 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 (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 28 september 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 oktober 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 oktober 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 oktober 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 december 2018 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend uroloog heeft op 12 april 2018 over verzoeker verklaard:
"(...) Is goed hersteld na operatie. Wil zelf actieve benadering van volledig herstel en heeft mij verzocht om een verwijzing voor hydrotherapie te schrijven. Indien dit een sneller herstel van [verzoeker] kan bewerkstelligen zowel op fysiek als psychisch gebied dan steun ik dit. (...) Wil graag verwijzing voor oncologische revalidatie (hydrotherapie), teven[s] nog niet bij bekkenbodemspecialist geweest. (...)"
- 4.2. De revalidatiearts die verzoeker heeft geraadpleegd heeft op 24 april 2018 het volgende verklaard:
"Patiënt verwezen door dr. (...) (uroloog (...)) op verzoek van patiënt vanwege zijn wens tot oncologische revalidatie. (...) 49 jarige man met deconditionering na robot geassisteerde radicale prostatectomie en extended pelviene lymfeklierdissectie vanwege pT2cN0M0 prostaatacarcinoom. Er zijn geen psychosociale problemen of vragen. Patiënt bouwt zijn dagelijkse activiteiten op, werk[t] vanaf september 2018. Hulpvraag gericht op begeleid verbeteren conditie. (...) Medisch Specialistische Revalidatie bij Oncologie (MSRO) is niet geïndiceerd omdat patiënt een enkelvoudige vraag en probleem heeft (er betreft geen complexe samenhangende problematiek op diverse domeinen). Er is wel een duidelijke indicatie voor 1e lijn fysiotherapie voor begeleiding van opbouw van conditie middels een trainingsprogramma, spieropbouw, met behoud van een goede balans tussen belasting en belastbaarheid en energiemangement, uiteindelijk volgens de Nederlandse Norm Gezond Bewegen. Een machtiging hiervoor werd geschreven. Patiënt heeft de voorkeur de conditie op te bouwen middels zwemmen (...)"
- 4.3. De behandelend uroloog heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor fysiotherapie. Dit berust op een fout, gezien de verwijzing. Hetgeen aangevraagd had moeten worden is oncologische revalidatie. De ziektekostenverzekeraar gaat daarom ten onrechte ervan uit dat hij een beoordeling dient uit te voeren voor fysiotherapie. Verzoeker heeft de afdeling Zorgbemiddeling van de ziektekostenverzekeraar gevraagd uit te zoeken welke oncologische revalidatie voor hem beschikbaar was. Zo is hij terecht gekomen bij de revalidatiearts, die - overigens terecht - heeft verklaard dat verzoeker geen geestelijke zorg nodig heeft en zodoende is aangewezen op fysiotherapie. Daarna heeft de afdeling Zorgbemiddeling van de

ziektekostenverzekeraar geregeld dat verzoeker terecht kon in Nijmegen voor hydrotherapie. Sindsdien is verzoeker ruim € 800,-- armer.

- 4.4. Samenvattend wordt de oncologische revalidatie niet vergoed omdat hiervoor niet de juiste aanvraag is ingediend, met als gevolg dat verzoeker nu de eerste twintig behandelingen fysiotherapie/hydrotherapie zelf moet betalen. Bij oncologische revalidatie hoeft hij niets bij te betalen, maar het volgen van dit traject brengt voor de ziektekostenverzekeraar hogere kosten met zich. Verzoeker begrijpt dan ook niet waarom de ziektekostenverzekeraar niet ervoor kiest hem de volledige kosten van de hydrotherapie te vergoeden.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat de afspraken die de ziektekostenverzekeraar maakt met zorgverleners hem niet kan worden tegengeworpen. Hij heeft een verzekering afgesloten en heeft daarom een overeenkomst met de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar voert steeds nieuwe argumenten aan, maar neemt haar eigen voorwaarden niet in acht. Verzoeker heeft recht op oncologische revalidatie. Als hij alleen fysiotherapie afneemt (het is overigens hydrotherapie) zou het "ineens" geen oncologische revalidatie meer zijn. Die redenering van de ziektekostenverzekeraar kan verzoeker niet volgen. Zij aandoening blijft ongewijzigd. Hij zorgt enkel voor minder kosten voor de ziektekostenverzekeraar, maar moet dan twintig behandelingen zelf betalen. Verzoeker kan niet zeggen of hij baat bij psychische begeleiding had gehad, omdat hij deze zorg niet heeft gekregen. Hij zegt voorts dat het niet aan de ziektekostenverzekeraar is de hydrotherapie te kwalificeren als iets anders dan oncologische revalidatie. Dat geldt te meer omdat de behandelend oncoloog oncologische revalidatie bij verzoeker heeft geïndiceerd.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekering biedt dekking voor oncologische revalidatie na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. De ziektekostenverzekeraar moet hiervoor vooraf toestemming verlenen. In artikel 15 van de zorgverzekering is geregeld dat oncologische revalidatie is gericht op functionele, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die deel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin een verzekerde zich kan bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).
- 5.2. De behandelend uroloog heeft toegelicht dat in het geval van verzoeker de nadruk dient te worden gelegd op behandelingen ter verbetering van de conditie in de vorm van hydrotherapie. Hydrotherapie vormt een onderdeel van (chronische) fysiotherapie, zodat alleen onder die noemer een vergoeding kan worden verleend ten laste van de zorgverzekering. Een en ander is geregeld in artikel 25 van de zorgverzekering. Bij een status na opname in een ziekenhuis bestaat aanspraak op maximaal twaalf maanden fysiotherapie, in aansluiting op het ontslag naar huis. De kosten worden vergoed vanaf de 21e behandeling. De eerste twintig behandelingen kunnen zijn gedekt in een aanvullende verzekering, maar deze heeft verzoeker niet afgesloten. Daarom dient hij de kosten hiervan zelf te dragen.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de behandelend uroloog op 12 april 2018 heeft verklaard dat verzoeker heeft verzocht om een verwijzing voor hydrotherapie. Hydrotherapie als zodanig valt niet onder de aanspraak oncologische revalidatie, maar onder de aanspraak fysiotherapie. Volgens de ziektekostenverzekeraar behoort het tot de deskundigheid van de revalidatiearts om te beoordelen of verzoeker al dan niet op oncologische revalidatie is aangewezen. Uit de brief van de geconsulteerde revalidatiearts blijkt dat verzoeker behoefte had aan het verbeteren van zijn conditie en zijn belastbaarheid. De revalidatiearts heeft hem het advies gegeven te gaan sporten. Hieruit volgt geenszins dat hij zou zijn aangewezen op psychische begeleiding, zoals verzoeker nu lijkt te stellen. Aangezien verzoeker slechts was aangewezen op

een onderdeel van een oncologisch revalidatietraject, kan niet worden gesproken van oncologische revalidatie.

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 10 van de zorgverzekering 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 verzoeker de kosten van de hydrotherapie - al dan niet onder de noemer van oncologische revalidatie - alsnog volledig dient te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.

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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 38 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op revalidatie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;*
- u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is. (...)"*

8.4. Artikel 25 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op fysiotherapie en oefen therapie en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

U hebt recht op zorg zoals fysiotherapeuten en oefen therapeuten die plegen te bieden. (...)


18 jaar en ouder:

- u hebt eenmalig recht op de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie;*
- u hebt vanaf de eerste behandeling recht op oefen therapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefen therapeut (looptraining) bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen) tot maximaal 37 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden;*
- u hebt vanaf de eerste behandeling recht op oefen therapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefen therapeut bij artrose van heup- of kniegewricht tot maximaal 12 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden;*

- u hebt vanaf de 21e behandeling recht op behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaald termijn.


De kosten van de eerste 20 behandelingen per aandoening komen voor uw eigen rekening. U krijgt deze behandelingen mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering. (...)"

- 8.5. De artikelen 15 en 25 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Medisch-specialistische zorg, waaronder revalidatie, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Fysiotherapie, waaronder hydrotherapie, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 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.
9. Beoordeling van het geschil
- 9.1. Vast staat dat de behandelend uroloog verzoeker in eerste instantie heeft verwezen voor oncologische revalidatie, dat verzoeker - na contact met de afdeling Zorgbemiddeling van de ziektekostenverzekeraar - een revalidatiearts heeft geconsulteerd, en dat deze heeft geoordeeld dat verzoeker geen indicatie heeft voor oncologische revalidatie, maar wel een duidelijke indicatie voor eerstelijns fysiotherapie. Verzoeker heeft verklaard dat hij het met dit oordeel eens is, aangezien hij niet past binnen het oncologische revalidatieprogramma. Om die reden heeft hij de afdeling Zorgbemiddeling van de ziektekostenverzekeraar verzocht voor hem te zoeken naar een geschikte locatie waar hij behandelingen hydrotherapie kan ondergaan. Inmiddels volgt verzoeker deze behandelingen. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of verzoeker aanspraak heeft op volledige vergoeding van de kosten van de behandelingen hydrotherapie. In dat verband heeft verzoeker gesuggereerd dat hij ook had kunnen kiezen voor oncologische revalidatie. Hieraan zouden hogere kosten zijn verbonden, die voor rekening van de ziektekostenverzekeraar waren gekomen.

- 
- 9.2. Zoals hiervóór onder 9.1 is overwogen heeft verzoeker geen indicatie voor oncologische revalidatie en volgt hij feitelijk behandelingen hydrotherapie, die vallen onder de noemer fysiotherapie en kunnen als zodanig worden vergoed indien een indicatie aanwezig is die voorkomt op Bijlage 1 Bzv. Deze situatie doet zich bij verzoeker voor. Op basis van het bepaalde in artikel 25 van de zorgverzekeraar blijven de eerste twintig behandelingen voor rekening van verzoeker. Niet valt in te zien waarom deze voorwaarde niet voor verzoeker geldt. Anders dan verzoeker de brief van ziekenhuis Rijnstate kennelijk begrijpt, is het niet mogelijk om bij oncologische revalidatie alleen van de fysiotherapeutische component gebruik te maken en die dan volledig vergoed te krijgen. Dat de behandelend arts heeft verklaard dat een medische indicatie bestaat voor oncologische revalidatie maakt het voorgaande niet anders. Omdat dit feitelijk niet wordt afgenomen, bestaat geen grond voor vergoeding. De kosten van de eerste twintig behandelingen hydrotherapie blijven daarom voor rekening van verzoeker.




Conclusie

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



10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 28 december 2018,



H.A.J. Kroon