

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Fysiotherapie, CIZ-indicatie zorg met verblijf, vergoeding ten laste van AWBZ
Zaaknummer : 2012.01701
Zittingsdatum : 30 oktober 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011 en 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.6 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) D beide te E,

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 [naam ziektekostenverzekeraar] 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 [naam ziektekostenverzekeraar] 50+ 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). De aanvullende ziektekostenverzekering is met ingang van 1 januari 2012 beëindigd. De eveneens afgesloten aanvullende verzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Tandarts is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van de kosten van fysiotherapie ten laste van de AWBZ (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 21 december 2011 en 27 januari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen, en dat de kosten terecht (deels) zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 13 april 2012 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 21 januari 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de onderhavige kosten, ten onrechte, deels heeft vergoed ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering en deze deels onvergoed gela-

ten (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 15 april 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 april 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 mei 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 mei 2013 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 24 april 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 24 juni 2013 (zaaknummer 2013055895) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten, omdat niet duidelijk is of de behandelend fysiotherapeut werkzaam is voor de AWBZ-instelling of dat deze door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 25 juni 2013 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben dit gedaan op 1 juli 2013 respectievelijk 5 juli 2013. Een afschrift van ieders reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden. Aangezien verzoekster in haar brief 1 juli 2013 haar vordering heeft uitgebreid, in die zin dat zij de commissie verzoekt te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar haar schadeloos dient te stellen voor de geleden immateriële schade, heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar bij brief van 3 juli 2013 in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervan geen gebruik gemaakt.
- 3.9. Bij brief van 24 juli 2013 heeft de commissie het CVZ afschriften van de brieven van partijen van 1 juli 2013 respectievelijk 5 juli 2013 gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 28 augustus 2013 aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. In dit advies wordt vastgesteld dat alleen aanspraak bestaat op paramedische zorg ten laste van de AWBZ indien de zorg gericht is op de aandoening waarvoor de verzekerde in de instelling verblijft. Uit de stukken blijkt evenwel dat verzoekster niet meer in de instelling verbleef. Het CVZ is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar daarom terecht heeft geconcludeerd dat verzoekster een indicatie had voor maximaal één jaar fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.
- 3.10. Een afschrift van het definitieve CVZ-advies is op 4 september 2013 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 12 september 2013 op het CVZ-advies gereageerd. Uit deze brief leek te volgen dat verzoekster de onderhavige procedure niet

wenste voort te zetten. Daarom heeft de commissie verzoekster bij brief van 17 september 2013 gevraagd of zij haar verzoek intrekt. Bij brief van 26 september 2013 heeft verzoekster de commissie medegedeeld dat dit niet het geval is en dat zij het bindend advies tegemoet ziet. Afschriften van deze stukken zijn ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Bij beslissing van 24 maart 2011 heeft het Centrum Indicatiestelling Zorg (hierna: het CIZ) een indicatie verleend voor zorg met verblijf voor de periode van 24 maart tot en met 23 juni 2011. Bij beslissing van 17 mei 2011 heeft het CIZ verzoekster een indicatie verleend voor zorg met verblijf voor de periode van 16 mei tot 15 november 2011. Verzoekster heeft deze indicaties op 8 april 2011 respectievelijk 1 september 2011 ingeruild voor zorg zonder verblijf met thuiszorg en tweemaal per week fysiotherapie aan huis.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft, ten onrechte, de fysiotherapie deels ten laste van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed, en de kosten deels onvergoed gelaten. Verzoekster heeft namelijk een CIZ-indicatie voor zorg met verblijf, daarom is de gedeclareerde fysiotherapie aan te merken als AWBZ-zorg. Als zij in het verpleeghuis zou zijn gebleven, zouden deze kosten immers ook onder de CIZ-indicatie vallen. Dat zij ervoor heeft gekozen haar indicatie voor zorg met verblijf om te zetten naar zorg zonder verblijf – waardoor de ziektekostenverzekeraar bovendien financieel voordeel geniet – maakt dit niet anders.
- 4.3. Verzoekster heeft haar aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2012 beëindigd.
- 4.4. Bij brief van 1 juli 2013 heeft verzoekster haar vordering uitgebreid. Verzoekster vordert thans ook schadeloosstelling voor de door haar geleden immateriële schade doordat haar fysiotherapie is onthouden en zij steeds deurwaarderbrieven heeft ontvangen waarin “bedreigingen” staan vermeld.
- 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 is op 21 maart 2011 geopereerd aan haar heup. Zij verbleef met een CIZ-indicatie van 30 maart tot 8 april 2011 voor revalidatie in een AWBZ-instelling. De CIZ-indicatie gaf recht op zorg met verblijf voor de periode van 24 maart tot en met 23 juni 2011. Verzoekster heeft deze indicatie op 8 april 2011 ingeruild voor zorg zonder verblijf. Zij kreeg vanaf dat moment thuiszorg en twee keer per week fysiotherapie aan huis.
- 5.2. Er bestaat aanspraak op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering indien sprake is van een indicatie die is opgenomen in Bijlage 1 Bzv. In 2011 bestond aanspraak op fysiotherapie vanaf de dertiende behandeling. De kosten van de eerste twaalf behandelingen komen voor rekening van de verzekerde of worden (deels) uit de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed. Verzoekster heeft na haar heupoperatie een machtiging voor langdurige fysiotherapie ontvangen voor de periode van 31 maart 2011 tot en met 30 maart 2012.

- 5.3. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering is in 2011 de maximale vergoeding van € 425,- per jaar verleend. De eerste tien behandelingen zijn volledig vergoed en de elfde gedeeltelijk. De twaalf behandelingen, die niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed, zijn volledig betaald aan de zorgverlener. Daarom is het bedrag van € 45,60 dat teveel is betaald bij verzoekster gevorderd. Vanaf de dertiende behandeling zijn de kosten volledig ten laste van de zorgverzekering vergoed. Deze vergoeding is deels verrekend met het nog openstaande eigen risico over 2011.
- 5.4. Verzoekster is tijdens haar revalidatie gevallen. Daarom is zij op 9 mei 2011 geopereerd aan haar dijbeen. Op 17 mei 2011 heeft verzoekster een CIZ-indicatie gekregen voor zorg met verblijf voor de periode van 16 mei tot en met 15 november 2011. Verzoekster heeft deze indicatie op 1 september 2011 laten omzetten naar zorg zonder verblijf. Zij kreeg vanaf dat moment thuiszorg en twee keer per week fysiotherapie aan huis.
- 5.5. Na haar dijbeenoperatie was sprake van een nieuwe indicatie en heeft zij een machtiging voor langdurige fysiotherapie ontvangen voor de periode van 5 september 2011 tot en met 4 september 2012. Voor deze nieuwe indicatie geldt wederom dat de eerste twaalf behandelingen niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed. In 2012 is de vergoeding van twee behandelingen fysiotherapie verrekend met het openstaande eigen risico over 2012. Deze vordering van € 56,20 staat momenteel nog open.
- 5.6. Aangezien verzoekster de ziektekostenverzekeraar geen toestemming heeft gegeven om contact op te nemen met het betreffende zorgkantoor, moet de ziektekostenverzekeraar uitgaan van de informatie die hij in een eerder stadium heeft ontvangen. De zorginstelling heeft uitdrukkelijk verklaard dat verzoekster geen AWBZ-indicatie heeft voor fysiotherapie. De kosten van de fysiotherapie kunnen om die reden niet ten laste van de AWBZ worden vergoed, ook al vonden de behandelingen in de instelling plaats.
- 5.7. In reactie op het voorlopige CVZ-advies heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 5 juli 2013 medegedeeld dat de behandelend fysiotherapeut door hem is gecontracteerd om zorg ten laste van de zorgverzekering te leveren. Het kan echter wel zo zijn dat de fysiotherapeut ook aan de AWBZ-instelling is verbonden. Gezien het feit dat zorg in de instelling is verleend, is het zeer onwaarschijnlijk dat hij niet aan de AWBZ-instelling zou zijn verbonden. Dat de nota's bij de ziektekostenverzekeraar terecht zijn gekomen, heeft er dus niets mee te maken dat hij wel een contract heeft met de ziektekostenverzekeraar, maar eventueel niet aan de AWBZ-instelling zou zijn verbonden. De nota's zijn bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend, omdat deze ook daar thuis horen.
- 5.8. 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.25 (2011) en A.21 (2012) 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 zorg-

verzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

De commissie is niet bevoegd ten aanzien van de AWBZ, aangezien hiervoor bij wet een andere geschillenregeling is aangewezen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar terecht de kosten van fysiotherapie (deels) heeft vergoed ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering en deze deels niet heeft vergoed.

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 de artikelen B.3 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel B.16 (2011) van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“De zorg omvat:

a. fysiotherapie. Dit is zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden.

(...)

B.16.2. Fysiotherapie en oefen therapie als u 18 jaar of ouder bent

Als u 18 jaar of ouder bent, bestaat de zorg uit fysiotherapie of oefen therapie als u beperkingen hebt als gevolg van een aandoening die op de “Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefen therapie” staat. U vindt deze lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) op onze internet site en kunt deze ook bij ons opvragen.

Per aandoening genoemd op de lijst bestaat de zorg uit de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en oefen therapie 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.16.6. Uitsluitingen

Uw zorg omvat niet :

(...)

c. fysiotherapie of oefen therapie voor de eerste twaalf behandelingen per aandoening van de lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering), als u 18 jaar of ouder bent;

(...)”

- 8.3. In 2012 is de aanspraak op fysiotherapie opgenomen in artikel B.8 van de zorgverzekering. Het artikel is inhoudelijk gelijk aan de bepaling van 2011, met dien verstande dat in 2012 per indicatie eerst aanspraak bestaat op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering vanaf de eenentwintigste behandeling.
- 8.4. De artikelen B.16 (2011) respectievelijk B.8 (2012) van de zorgverzekering zijn 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. 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. In artikel D.5.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op fysiotherapie opgenomen, en luidt, voor zover hier van belang:
- “(…)
D.5.1.2. Waar hebt u recht op?
Wij vergoeden fysiotherapie of oefentherapie. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.
“(…)”*
- 8.8. Artikel 2 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza) luidt:
- 1. De verzekerde heeft, behoudens voor zover het zorg betreft die kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling of een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, aanspraak op:
(...)
d. behandeling als omschreven in artikel 8;
“(…)”*
- 8.9. Artikel 8 Bza luidt:
- “Behandeling omvat door een instelling te verlenen behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, waaronder voorkoming van verergering van gedragsproblemen in verband met een zodanige aandoening, beperking of handicap.”*
- 8.10. Artikel 15 Bza luidt, voor zover hier van belang:
- “1. Voor zover gepaard gaande met verblijf in dezelfde instelling, omvat de zorg, bedoeld in de artikelen 8 en 13, tevens:
a. geneeskundige zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg;
“(…)”*
- 8.11. In het Vergoedingen Overzicht is bepaald dat aanspraak bestaat op maximaal € 425,- per kalenderjaar.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat de onderhavige fysiotherapie ten laste van de AWBZ dient te worden vergoed, omdat zij tweemaal een indicatie heeft gekregen van het CIZ voor zorg met verblijf ten laste van de AWBZ, overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. De commissie gaat ervan uit dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de onderhavige fysiotherapie ten laste van de AWBZ, aangezien gesteld noch gebleken is dat verzoekster bezwaar heeft gemaakt. Dat verzoekster een CIZ-indicatie voor verblijf had, maar deze zelf na enige tijd heeft omgezet, doet aan het bovenstaande niet aan toe of af. Bovendien betreft het in het onderhavige geval naar zijn aard enkelvoudige fysiotherapie, zodat de voorrangsbepaling van artikel 2 Bza onverkort van toepassing is.
- 9.3. Thans is niet in geschil dat verzoekster een indicatie had op grond waarvan zij aanspraak had op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Op grond van artikel B.16 (2011) van de zorgverzekering omvat de aanspraak op fysiotherapie niet de eerste twaalf behandelingen (in 2012 betreft dit de eerste twintig behandelingen). Fysiotherapie is niet uitgesloten van het eigen risico, zodat deze onverkort geldt voor de behandelingen die ten laste van de zorgverzekering komen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Op grond van artikel D.5.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2011) bestaat aanspraak op een vergoeding van maximaal € 425,- per jaar. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat dit bedrag reeds volledig aan verzoekster is vergoed. Verzoekster heeft dit niet dan wel onvoldoende bestreden, zodat de commissie de volledige betaling van genoemd bedrag als vaststaand aanneemt. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen mogelijkheid tot een hogere vergoeding dan reeds is toegekend.
- 9.5. Verzoekster heeft haar aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2012 beëindigd. Daarom heeft zij in 2012 geen aanspraak op vergoeding van de kosten van fysiotherapie ten laste van deze verzekering.

Uitbreiding vordering

- 9.6. Verzoekster heeft eerst bij brief van 1 juli 2013 haar vordering uitgebreid in verband met de door haar geleden immateriële schade. Nog daargelaten dat deze vordering niet is gespecificeerd, is zij te laat in de procedure ingebracht en moet zij reeds daarom worden afgewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 oktober 2013,

Voorzitter