



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Zilveren Kruis Achmea Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
Zaak : Geneeskundige zorg, fysiotherapie, vergoeding voor meer dan 40 behandelingen
Zaaknummer : 201501856
Zittingsdatum : 16 december 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.6 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

- 1) Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Budget (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 Aanvullend 4 sterren 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van fysiotherapie vanaf de 41e behandeling (hierna: de aanspraak). Bij brief van 6 januari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Hier is geen reactie op gevolgd.
- 3.3. Bij e-mailbericht van 22 juli 2015 heeft verzoekster 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).
- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 november 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 november 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 19 november 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 november 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

- 3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.8. Bij brief van 11 november 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 27 november 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015143236) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op basis van het advies van de medisch adviseur geen sprake is van een chronische aandoening als genoemd op bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 1 december 2015 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 december 2015 telefonisch gehoord. De ziektekostenverzekeraar was in persoon aanwezig. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 31 december 2015 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 5 januari 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 verzoekster
- 4.1. Verzoekster is een vrouw van 84 jaar oud. Ongeveer veertig jaar geleden heeft zij door een ongeluk haar pols gebroken. De pols is destijds te strak in het gips gezet waardoor er een dystrofie is opgetreden. Dit heeft geresulteerd in verkalking van het bot in de arm, schouder en de nek, en is er sprake van ernstige rugklachten. Verzoekster heeft daarnaast last van botontkalking waardoor zij met inzakkende wervels en een gebogen rug kampt. Als gevolg van deze lichamelijke aandoeningen lijdt verzoekster veel pijn die met morfine wordt bestreden. Verzoekster ondergaat al veertig jaar twee behandelingen fysiotherapie per week.
- 4.2. Met behulp van deze fysiotherapeutische behandelingen is verzoekster in staat, soms met gebruik van een rollator, om deel te blijven nemen aan het sociale verkeer, passend bij haar leeftijd. Zij kan ook zelfstandig nog huishoudelijke taken uitvoeren en maaltijden klaarmaken. In het verleden is het voorgekomen dat verzoekster gedurende één of twee weken slechts eenmaal per week werd behandeld. Dit leidde er telkens toe dat zij tijdens deze periode zeer slecht kon bewegen, veel pijn had en nauwelijks de deur uitkwam.
- 4.3. Verzoeksters pijnklachten zullen toenemen indien het aantal fysiotherapeutische behandelingen wordt teruggebracht. Daardoor zal zij niet langer in staat zijn activiteiten te verrichten. De huisarts van verzoekster heeft bevestigd dat indien verzoekster minder dan tweemaal per week fysiotherapie ondergaat, haar klachten naar alle waarschijnlijkheid zullen verergeren. Uit het aanvraagformulier paramedische hulp d.d. 29 december 2015 blijkt tevens dat verzoekster sinds jaren lijdt aan nek- en rugklachten en dat een goed resultaat wordt bereikt bij tweemaal fysiotherapie per week. Indien verzoekster onvoldoende behandelingen krijgt, dreigt een sociaal isolement. Zij voelt zich neerslachtig.
- 4.4. Verzoekster doet een beroep op de hardheidsclausule. Zij geniet een klein inkomen en kan het zich niet veroorloven om zestig of meer behandelingen per jaar zelf te bekostigen. Tevens heeft de dochter van verzoekster getracht een zorgverzekering elders af te sluiten, echter zonder succes. Vanwege haar hoge leeftijd, medicijngebruik en het gebruik van fysiotherapie wordt verzoekster niet door een andere verzekeraar geaccepteerd.

4.5. Ter zitting is door verzoekster verklaard dat de aandoening niet op de 'Lijst Borst' is opgenomen. Zij heeft kennis genomen van het advies van het Zorginstituut. Dit gaat alleen over de zorgverzekering, terwijl het probleem de aanvullende ziektekostenverzekering betreft. De ziektekostenverzekeraar moet een oplossing voor het gerezen probleem bieden, hetzij links- dan wel rechtsom. Het feit dat de ziektekostenverzekeraar het nodig achtte in december 2014 nog een brief te sturen over de gewijzigde polisvoorwaarden, geeft aan dat de communicatie hierover in eerste instantie niet goed was. De ziektekostenverzekeraar is op dit punt tekortgeschoten, met als gevolg dat nu in maar veertien dagen op zoek moest worden gegaan naar een alternatief. Verzoekster heeft bijzondere bijstand aangevraagd, die haar voorlopig is toegekend omdat eerst moet komen vast te staan dat een voorliggende voorziening ontbreekt.

4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Om aanspraak te kunnen maken op vergoeding van fysiotherapeutische behandelingen uit de zorgverzekering moet bij verzoekster sprake zijn van een chronische aandoening. Een verwijzing moet hiervoor worden overgelegd. Verzoekster heeft de benodigde verwijzing niet aangeleverd en derhalve is niet gebleken van behandeling van een chronische aandoening die wordt vergoed uit de zorgverzekering.

5.2. In 2015 betaalt de ziektekostenverzekeraar niet meer dan veertig behandelingen uit de aanvullende ziektekostenverzekering. Deze maatregel is genomen om de zorgkosten in evenwicht te krijgen met de premie-inkomsten en de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering concurrerend en betaalbaar te houden. Er is geen hardheidsclausule van toepassing.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij op grond van de artikelen 5 en 11 de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering mag wijzigen. Met ingang van 2015 is het recht op fysiotherapie beperkt tot maximaal veertig behandelingen. Verzekerden zijn hierover in november 2014 ingelicht. Met betrekking tot de verzekering van verzoekster is er in december 2014 tweemaal contact geweest. De eerste keer ging over een wijziging van collectiviteit en de tweede keer over een wijziging van de verzekering. Verzoekster was dus tijdig van de verandering op de hoogte. Het betreft hier geen aandoening volgens de chronische lijst, derhalve bestaat geen aanspraak op grond van de basisverzekering. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat recht op maximaal veertig behandelingen. Bij wijze van overgangmaatregel zijn, uitgaande van een eerder bindend advies, 49 behandelingen toegestaan.

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 18 van de zorgverzekering en 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 verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van fysiotherapie vanaf de eenenveertigste behandeling 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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in het hoofdstuk 'Aanspraken Basis Budget' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 3 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"(...) Fysiotherapie, oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

(...) Dan heeft u aanspraak op de 21e behandeling (per aandoening) en de daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut. Het moet dan wel gaan om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst " Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering". (...)

Voorwaarden voor aanspraak

*1 U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering aanspraak heeft op fysiotherapie en oefentherapie."
(...)"*

8.4. Artikel 3 van de zorgverzekering is volgens artikel 1.1 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 en 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. Artikel 11 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op behandelingen fysiotherapie en luidt, voor zover hier van belang:

*"(...) **Aanvullend**
(...) 4 sterren
maximaal 40 behandelingen per persoon per kalenderjaar."
(...)"*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aan de orde is de vraag of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van fysiotherapie vanaf de eenenveertigste behandeling, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.2. Fysiotherapeutische behandelingen kunnen op basis van de zorgverzekering in bepaalde gevallen onbeperkt worden vergoed, doch uitsluitend indien sprake is van een chronische aandoening die is opgenomen in Bijlage 1 Bzv en voor de behandeling van die aandoening geen beperking in tijd is gesteld. Gesteld noch gebleken is dat bij verzoekster een zodanige aandoening aan de orde is. Daarbij bepaalt artikel 3 van de zorgverzekering dat op de verzekerde de verplichting rust een verklaring van de verwijzer over te leggen. Hoewel hier door de ziektekostenverzekeraar om is verzocht, ontbreekt een verklaring omtrent de indicatie tot op heden in het dossier. Aldus is niet aannemelijk gemaakt dat een verzekeringsindicatie bestaat, en kunnen de behandelingen fysiotherapie ook reeds om die reden niet worden vergoed vanuit de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt, op grond van artikel 11, met ingang van 1 januari 2015 dekking voor maximaal veertig fysiotherapeutische behandelingen per kalenderjaar, in aanvulling op de zorgverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar vrij de dekking van de verzekering eenzijdig te wijzigen, in welk geval de verzekeringnemer kan opzeggen. Verzoekster heeft per ultimo 2014 van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt. Onweersproken is dat de ziektekostenverzekeraar in 2015 de kosten van veertig behandelingen fysiotherapie heeft vergoed, en dat hij - bij wijze van overgangsmaatregel. Anders dan verzoekster veronderstelt, is in de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden geen hardheidsclausule opgenomen, waarop zij met succes een beroep kan doen. Ook hetgeen overigens door haar is aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst.

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, 13 januari 2016,



P.J.J. Vonk

