



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie, oncologische behandeling
Zaaknummer : 201601454
Zittingsdatum : 8 februari 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.6 en bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, art. 6:238 BW)

1. Partijen

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

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster 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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Beter 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 eveneens afgesloten aanvullende verzekering VGZ Tand Goed 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 behandelingen fysiotherapie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 mei 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 9 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Nadat verzoekster de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar op 6 juli 2016 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoekster is hierbij geweest op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 1 september 2016 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).
- 3.5. 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 21 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 december 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 januari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 januari 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 29 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 2 februari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016139535) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit de in het dossier aanwezige informatie blijkt dat de indicatie voor fysiotherapie voorafgaand aan de bestraling niet voorkomt op de chronische lijst voor fysiotherapie. Om die reden heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van de fysiotherapeutische behandelingen voorafgaand aan de bestraling. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 2 februari 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 februari 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 9 februari 2017 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 15 februari 2017 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. Bij verzoekster is in januari 2016 borstkanker geconstateerd. Hiervoor is zij eerst behandeld met chemotherapie, hierna volgde een operatie en aansluitend zal een traject van bestralingen volgen. De behandelend oncoloog heeft haar doorverwezen naar een fysiotherapeut, gespecialiseerd in oncologie, om het zware zorgtraject te ondersteunen met behulp van fysiotherapie. Het is belangrijk dat de spierkracht en conditie behouden blijven, omdat dit een positief effect heeft op de behandeling en op het herstel ná de behandeling. Hiermee wordt ook de maatschappelijke integratie bespoedigd, hetgeen blijkt uit de literatuur, onderzoeken en studies. Daarom worden patiënten gestimuleerd om verantwoord en onder begeleiding te sporten. Nadat de ziektekostenverzekeraar de aangevraagde machtiging voor fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering had afgewezen, is verzoekster door de oncoloog verwezen naar een sportarts om te laten onderzoeken of de fysiotherapie noodzakelijk is voor het behoud van haar vitaliteit. Uit het onderzoek van de sportarts is gebleken dat verzoekster tweemaal per week moet worden behandeld door een oncologisch fysiotherapeut.
- 4.2. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster pas aanspraak op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering nadat zij de bestraling heeft ondergaan. Echter, in de oncologie is het beleid ten aanzien van de behandeling aangepast. De volgorde van chemo, operatie en bestraling is niet bij elke patiënt hetzelfde. Bovendien is het beleid nu dat de patiënt eerst moet aansterken - onder andere met behulp van fysiotherapie - voordat de bestraling volgt. Andere zorgverzekeraars hebben ook hun beleid hierop aangepast, maar de ziektekostenverzekeraar nog niet.
- 4.3. Verzoekster stelt dat zij voldoet aan de voorwaarden zoals deze zijn opgenomen in bijlage 1 Bzv. Bij verzoekster is namelijk sprake van wekedelen tumoren. Daarom heeft zij recht op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Voor deze aanspraak geldt een beperking, te weten: maximaal twee jaar behandeling nadat de bestraling is gestopt. Er wordt echter niet vermeld dat het recht op fysiotherapie eerst aanvangt op het moment dat de bestraling stopt, zoals de

ziektekostenverzekeraar stelt. Kennelijk is de bepaling op meerdere manieren te interpreteren. Verzoekster meent daarom dat op grond van de zorgverzekering bij de indicatie borstkanker aanspraak bestaat vanaf de eenentwintigste behandeling fysiotherapie, en dat deze aanspraak is gemaximeerd tot twee jaar nadat de bestraling is geëindigd. Verzoekster heeft dit besproken met een medewerker van de rechtswinkel te Nijmegen. Deze medewerker heeft haar standpunt bevestigd.

4.4. Verzoekster merkt op dat de ziektekostenverzekeraar op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering een deel van de kosten van de fysiotherapeutische behandeling heeft vergoed. Verzoekster heeft de behandeling inmiddels moeten beëindigen, omdat zij de kosten hiervan niet zelf kan dragen. Via haar fysiotherapeut heeft zij vernomen dat de ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld dat nu de bestraling is geëindigd, de eerste twintig behandelingen fysiotherapie wederom niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.

4.5. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat zij ongeveer een jaar geleden is begonnen met fysiotherapie in verband met borstkanker. Van de fysiotherapeut vernam zij dat de aanvraag op basis van een chronische indicatie was afgewezen, omdat verzoekster nog niet was bestraald. De fysiotherapeut vond dit vreemd, omdat er ook een indicatie bestaat als bestraald gaat worden. Verzoekster heeft evenwel het hele jaar 2016 fysiotherapie gehad. De ziektekostenverzekeraar beroept zich op de zogenoemde 'Lijst Borst', waarop alle chronische indicaties voorkomen. Wekeden tumor komt op deze lijst voor, echter hierbij staat een voetnoot die voor meerdere interpretaties vatbaar is. Er staat dat de duur maximaal twee jaar na bestraling is. Verzoekster leest hierin dat de mogelijkheid tot vergoeding twee jaar na de bestraling stopt. Er staat niets over het begin van de fysiotherapie. Het is verzoekster gebleken dat de tekst van de chronische lijst op dit punt is veranderd met ingang van het jaar 2017. Thans is vermeld dat de fysiotherapie in aansluiting op de bestraling moet plaatsvinden. Dit stond er in 2016 niet. Tot slot heeft verzoekster gesteld dat zij van haar fysiotherapeut heeft begrepen dat een andere zorgverzekeraar wel een vergoeding verleent, zodat deze verzekeraar het begrip dus anders interpreteert.

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. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op fysiotherapie in geval van een indicatie die voorkomt op bijlage 1 Bzv. De indicatie van verzoekster valt onder lid 1 onderdeel d subonderdeel 7° van voornoemde bijlage. In deze bijlage is voorts bepaald dat ná de bestraling aanspraak bestaat op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering gedurende maximaal twee jaar. Ten tijde van de aanvraag lagen de bestralingsdata nog in de toekomst. De aangevraagde diagnosecode kan alleen in aansluiting op bestraling worden gedeclareerd. Verzoekster is daarom geadviseerd na de bestraling een nieuwe aanvraag in te dienen.

5.2. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar het bindend advies van de commissie met nummer 201402272, waarin de commissie heeft geoordeeld dat geen recht bestaat op vergoeding van fysiotherapeutische behandelingen voorafgaand aan de bestraling.

5.3. De behandelingen van verzoekster zijn door de fysiotherapeut gedeclareerd met code 2069 met als omschrijving "*Nieuwvormingen zonder chirurgie TRO*". Indien een fysiotherapeut behandelingen declareert ná de bestraling zal de viercijferige code beginnen met 69. De laatste cijfers doelen dan op het lichaamsdeel waar de weke delen tumor zich bevindt.

5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de eerste twintig behandelingen fysiotherapie, bij een indicatie die voorkomt op de chronische lijst, voor rekening van de verzekerde komen. Op de chronische lijst is wekeden tumor vermeld, en de duur van de fysiotherapie behandelingen is maximaal twee jaar na bestraling. Thans bestaat een verschil in de uitleg over wat onder "na bestraling" moet worden verstaan. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar

heeft hierover een advies uitgebracht, en dat is dat al bestraling moet hebben plaatsgevonden. De commissie heeft hierover een bindend advies uitgebracht met nummer 201402272. Er bestaat daarom geen aanspraak op fysiotherapie voorafgaand aan de bestraling. In het advies van het Zorginstituut wordt ook gezegd dat deze behandelingen niet voor vergoeding in aanmerking komen. Alle zorgverzekeraars hanteren dezelfde lijst, en er zou geen verschil in interpretatie mogen zijn. Het is spijtig voor verzoekster dat er geen aanspraak bestaat, maar de ziektekostenverzekeraar mag niet overgaan tot vergoeding. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat ook op basis van de huidige formulering in de chronische lijst geen aanspraak bestaat.

5.5. 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 10 van de zorgverzekering en 7 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 verzoekster voorafgaand aan de bestraling aanspraak heeft op behandelingen fysiotherapie, 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 de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 26 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

U hebt recht op zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

(...)

18 jaar en ouder:

(...)

- 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 in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst.

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.

(...)

Chronische lijst

De lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie wordt ook wel de ‘Chronische lijst’ genoemd. Deze naam dekt eigenlijk niet de lading, omdat niet alle chronische aandoeningen op deze lijst staan. Aandoeningen die wel op de lijst staan, zijn onder andere bepaalde aandoeningen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat, bepaalde long- en vaataandoeningen, lymfoedeem, weke delen tumoren en littekenweefsel van de huid. Het gaat in sommige gevallen ook om de

behandeling van een aandoening na een opname in een ziekenhuis ter bespoediging van het herstel. Twijfelt u of uw aandoening op deze lijst voorkomt? Neem dan vooraf contact met ons op. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

U vindt de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) op onze website. U kunt deze lijst ook telefonisch bij ons opvragen. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

(...)"

- 8.4. Artikel 26 van de zorgverzekering is volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 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 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op fysiotherapie en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Beweegzorg bestaat uit:

1. fysiotherapie;

(...)

Het totale budget beweegzorg bedraagt maximaal € 400 per kalenderjaar;

voor alternatieve bewegingstherapieën geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag

Bijzonderheden

(...)

18 jaar en ouder

2a. Chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van de eerste twintig behandelingen tot maximaal uw budget. Vanaf de 21e behandeling hebt u recht op vergoeding van de kosten vanuit de

zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist.

Deze chronische aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

2b. Niet-chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van de behandelingen tot maximaal uw budget. U krijgt in dit geval geen vergoeding uit de zorgverzekering (uw aandoening komt niet voor in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie).

(...)

Alle leeftijden

(...)"

- 8.8. In artikel 6:238 lid 2 BW is bepaald:

"Bij een overeenkomst als bedoeld in de artikelen 236 en 237 moeten de bedingen duidelijk en begrijpelijk zijn opgesteld. Bij twijfel over de betekenis van een beding, prevaleert de voor de wederpartij gunstigste uitleg."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op fysiotherapie - met uitzondering van de eerste twintig behandelingen - indien sprake is van een indicatie die voorkomt op bijlage 1 Bzv.

9.2. Verzoekster is bekend met borstkanker. De indicatie borstkanker biedt op grond van lid 1 onderdeel d subonderdeel 7° van bijlage 1 Bzv, waarnaar artikel 26 van de zorgverzekering verwijst, aanspraak op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering vanaf de eenentwintigste behandeling. Partijen verschillen hierover niet van mening. Daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan. Partijen verschillen wèl van mening over de uitleg van lid 7 van bijlage 1 Bzv. Dit lid luidt: *"Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 7, is de duur van behandeling maximaal twee jaren na bestraling."* Anders dan verzoekster, oordeelt de commissie dat de betreffende tekst eenduidig is. Haar beroep op artikel 6:238 lid 2 BW slaagt derhalve niet. Hieruit volgt dat aanspraak bestaat op fysiotherapie gedurende twee jaar ná beëindiging van de bestraling en derhalve niet voorafgaand aan de bestraling.

9.3. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar bij dezelfde indicatie, te weten borstkanker, wederom de eerste twintig behandelingen voor haar rekening laat komen zodra de bestraling is geëindigd, overweegt de commissie als volgt. Uit de stukken blijkt dat de fysiotherapie vóór de beëindiging van de bestraling is gedeclareerd met code 2069, die staat voor *"Nieuwvormingen zonder chirurgie TRO"*. Voor de fysiotherapeutische behandelingen ná de beëindiging van de bestraling dient een code beginnend met 69 te worden gebruikt. Er is derhalve geen sprake van dezelfde codes/indicaties voor de fysiotherapie, en evenmin van het nogmaals voor rekening van verzoekster laten komen van de eerste twintig behandelingen fysiotherapie vanwege dezelfde indicatie.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.4. Tussen partijen is niet in geschil dat de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak biedt op vergoeding van de kosten van beweegzorg, waaronder fysiotherapie, tot maximaal € 400,- per kalenderjaar. De commissie begrijpt dat deze maximale vergoeding in 2016 is verleend aan verzoekster. Verzoekster heeft geen recht op een hogere vergoeding.

Vergoeding door andere zorgverzekeraars

9.5. Verzoekster heeft gesteld dat andere zorgverzekeraars de kosten van de onderhavige fysiotherapie na een beleidswijziging wèl vergoeden. Zij heeft haar stelling evenwel niet onderbouwd. De commissie kan hierdoor niet beoordelen op grond waarvan bedoelde zorgverzekeraars de fysiotherapie mogelijk wèl vergoeden. Deze stelling van verzoekster moet daarom worden gepasseerd.

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, 8 maart 2017,



A.I.M. van Mierlo

