



Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie, indicatie
Zaaknummer : 201700419
Zittingsdatum : 25 oktober 2017



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

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.6 en bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

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

N.V. Univé Zorg 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 Univé Zorg Vrij Polis (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 Collectief Aanvullend Best 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 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 vergoeding van fysiotherapiebehandelingen ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 januari 2017 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 brief van 10 februari 2017 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 26 mei 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door haar ondergane fysiotherapiebehandelingen alsnog te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering. (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 25 augustus 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 augustus 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 september 2017 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. Bij brief van 28 augustus 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 25 september 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017039589) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat indien er sprake is van de indicatie 'status na ziekenhuisopname', het van belang is dat de fysio- of oefen therapie voldoende effectief is. Uit het standpunt van het Zorginstituut van 30 mei 2011 'Beoordeling aandoeningen chronische lijst' blijkt dat dit niet het geval is bij de indicatie van verzoekster. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 26 september 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 oktober 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 27 oktober 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 31 oktober 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. Verzoekster heeft op 1 april 2016 in het OLVG in Amsterdam een hartoperatie ondergaan, waarbij diverse omleidingen zijn aangebracht. Na een week in het OLVG te hebben verbleven, is zij naar het Medisch Centrum Zuiderzee in Lelystad (hierna: het ziekenhuis) overgeplaatst, alwaar zij verder is behandeld door een cardioloog. Op advies van deze cardioloog is verzoekster in het ziekenhuis gestart met hartrevalidatie onder begeleiding van een fysiotherapeut. Verzoekster nam in het ziekenhuis deel aan lessen groepstherapie, en heeft deze lessen als slecht ervaren. Zij werd aan haar lot overgelaten en hooguit een kwartier van de één uur durende les individueel behandeld. In overleg met de behandelend cardioloog en de huisarts is besloten te stoppen met de hartrevalidatie in het ziekenhuis. Verzoekster was al vóór de hartoperatie onder behandeling bij Coloriet Laarstaete in Lelystad en de aldaar werkzame geriatriefysiotherapeut heeft de behandeling van verzoekster op zich genomen. Verzoekster ervaart deze behandelingen als zeer prettig en heeft hierbij veel baat.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de vergoeding van deze fysiotherapiebehandelingen ten laste van de zorgverzekering, naar het oordeel van verzoekster, ten onrechte afgewezen. Zij verwijst in dit kader naar een verklaring van de behandelend cardioloog en de verwijfsbrief van de huisarts. Zij voert bovendien aan het opmerkelijk te vinden dat de fysiotherapiebehandelingen die zij in het ziekenhuis heeft ondergaan, welke behandelingen niet effectief waren, wél vanuit de zorgverzekering worden vergoed. De vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering is voor verzoekster niet toereikend. Zij kan hiermee slechts één keer per week een behandeling van een half uur ondergaan, omdat het budget anders al na zestien weken is verbruikt. De financiële situatie van verzoekster en haar echtgenoot laat het niet toe de kosten van de fysiotherapiebehandelingen voor eigen rekening te nemen.

Verzoekster meent recht te hebben op een goed en normaal bestaan en beroept zich op de hardheidsclausule. Zij heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht voor haar een uitzondering te maken, maar hierop heeft zij tot op heden geen reactie ontvangen.

4.3. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunten herhaald en de ziektekostenverzekeraar nogmaals verzocht coulance toe te passen. Verzoekster heeft nooit een beroep op zorg hoeven te doen. De fysiotherapiebehandelingen heeft zij op dit moment echter hard nodig vanwege verminderde mobiliteit. Verzoekster begrijpt niet dat de ziektekostenverzekeraar alleen kijkt naar de wet- en regelgeving en hiervan niet wil afwijken. Zij is nooit door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar gezien, zodat haar situatie niet goed kan worden beoordeeld. De dekking vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering is ontoereikend. Verzoekster kan de kosten van de behandelingen niet dragen. Hierdoor kan zij minder fysiotherapiebehandelingen ondergaan dan zij nodig heeft.

4.4. 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 artikel 26 van de zorgverzekering bestaat vanaf de 21e behandeling recht op vergoeding van de kosten van langdurige fysiotherapie indien sprake is van een aandoening die een langdurige of chronische behandeling vereist. De indicatie moet voorkomen op de 'Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie' (bijlage 1 Bzv).

5.2. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het toenmalige College voor Zorgverzekeringen, thans het Zorginstituut, in zijn 'Rapport Fysio en Oefentherapie, *Beoordeling aandoeningen chronische lijst*' van 30 april 2011 heeft geconcludeerd dat na onderzoek is gebleken dat langdurige fysiotherapeutische interventies bij hartindicaties niet bewezen effectief zijn. Verwezen wordt naar pagina 14 van het rapport. Op basis van dit rapport zijn alle hartindicaties, die tot 2012 voorkwamen op bijlage 1, eerste lid, onderdeel c, Bzv, per 1 januari 2012 door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de 'Lijst met aandoeningen voor chronische fysio en oefentherapie' gehaald.

De ziektekostenverzekeraar erkent dat sprake is van een status na opname in het ziekenhuis en betwist niet dat de fysiotherapiebehandelingen van verzoekster zijn gericht op de bespoediging van herstel na ontslag en/of beëindiging van de dagbehandeling in de zin van bijlage 1, eerste lid, onderdeel d, onder 5°, Bzv. Dit is echter een ruime bepaling. Enkelvoudige extramurale, langdurige fysio- en oefentherapie voldoet bij de indicatie van verzoekster niet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zodat de fysiotherapiebehandelingen niet vanuit de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen.

5.3. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de fysiotherapiebehandelingen die tussen 1 januari 2016 en 24 augustus 2017 zijn gedeclareerd, vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering zijn vergoed. Op grond van de huidige aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoekster recht op vergoeding van 32 fysiotherapiebehandelingen per kalenderjaar. De ziektekostenverzekeraar biedt geen aanvullende verzekeringen met een ruimere dekking dan 32 behandelingen per kalenderjaar aan.

5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunten herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat de fysiotherapiebehandelingen niet geheel voor rekening van verzoekster komen. Deze worden vergoed vanuit haar aanvullende ziektekostenverzekering tot het maximum waarop aanspraak bestaat. Verzoekster heeft geen aanspraak op vergoeding van de behandelingen vanuit de zorgverzekering, omdat zij hiervoor geen indicatie heeft. Coulance wordt slechts in zeer schrijnende situaties toegepast. De ziektekostenverzekeraar heeft als voorbeeld genoemd (levensbedreigende) situaties, waarbij helemaal geen vergoeding is geregeld. De ziektekostenverzekeraar heeft geen coulancebeleid vastgelegd. Desgevraagd merkt hij op dat de omstandigheid dat fysiotherapie bij hartrevalidatie sinds 2012 langer voorkomt op de indicatieve lijst - mede gelet op de precedentenwerking - geen reden is in het geval van verzoekster coulance toe te passen.

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 artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 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 de ziektekostenverzekeraar is gehouden de door verzoekster ondergane fysiotherapiebehandelingen alsnog 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 39 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 26 van de zorgverzekering regelt de vergoeding van fysiotherapie en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden

(...)

18 jaar en ouder:

(...)

- u hebt vanaf de 21e behandeling recht op vergoeding van de kosten van 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.

In het schema hieronder vindt u op hoeveel zorg u recht hebt:

(...)

*Uw aandoening staat op de Lijst met aandoeningen. Let op: Voor sommige aandoeningen is het aantal behandelingen beperkt
18 jaar en ouder: vanaf 21e behandeling*

*Uw aandoening staat niet op de Lijst met aandoeningen
18 jaar en ouder: geen vergoeding*

(...)

Wie mag de zorg verlenen

1. Fysiotherapie: fysiotherapeut, heilgymnast-masseur of gespecialiseerde fysiotherapeut. Een gespecialiseerde fysiotherapeut is een kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of manueel therapeut. De gespecialiseerde fysiotherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie.

(...)

Toestemming


U hebt alleen vooraf onze toestemming nodig als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). U hebt een verklaring nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist waaruit blijkt dat u behandeld moet worden voor een aandoening die is opgenomen in deze Lijst. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.”

- 8.4. Artikel 26 van de zorgverzekering is volgens de artikelen 2.3 en 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, eerste lid, 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. 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.


9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering


- 9.1. Op grond van artikel 26 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van fysiotherapie - vanaf de 21e behandeling - indien sprake is van een indicatie die voorkomt op bijlage 1 Bzv. Uit de Nota van toelichting blijkt dat hierbij dient te worden uitgegaan van de aandoening (in casu: de indicatie). Tussen partijen is niet in geschil dat sprake is van een status na opname in een ziekenhuis en dat de fysiotherapiebehandelingen die verzoekster heeft ondergaan dienden ter bespoediging van herstel na ontslag naar huis als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, onder 5°, Bzv. Volgens de ziektekostenverzekeraar is dit echter een ruime bepaling en valt de indicatie van verzoekster, te weten chronisch hartfalen, hier niet onder.

 9.2. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 25 september 2017 geconcludeerd dat indien sprake is van de indicatie 'status na ziekenhuisopname' het van belang is dat de fysio- of oefentherapie voldoende effectief is. Uit het standpunt van het Zorginstituut van 30 mei 2011 'Beoordeling aandoeningen chronische lijst' blijkt dat dit niet het geval is bij de indicatie van verzoekster. De commissie volgt de conclusie van het Zorginstituut en maakt deze tot de hare. Dit betekent dat de door verzoekster inondergane fysiotherapiebehandelingen niet voor vergoeding in aanmerking komen, ten laste van de zorgverzekering.


 **Coulance**

 9.3. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de fysiotherapiebehandelingen ten laste van de zorgverzekering op basis van coulance. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld dat voor verzoekster mogelijkheden voor vergoeding vanuit de door haar afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering bestaan en - mede gelet op de mogelijke precedentwerking - niet over te gaan tot een onverplichte vergoeding vanuit de zorgverzekering. De commissie merkt op dat de toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het door deze ter zake gevoerde beleid kan de commissie niet treden. Dit is slechts anders indien de ziektekostenverzekeraar een beleid zou voeren waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Gesteld noch gebleken is dat hiervan in de onderhavige situatie sprake is.

 **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, 8 november 2017,

 H.A.J. Kroon