

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Zwolle
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, gewrichtskinematica, schadevergoeding
Zaaknummer : 2012.00165
Zittingsdatum : 10 oktober 2012

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

N.V. Univé Zorg te Zwolle, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Geregeld Polis (2010) respectievelijk de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Samen Polis (2011) (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, gedeeltelijke onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra Zorg Polis Best (2010), en Extra Zorg Polis Beter (2011) afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekeringen). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoeker afgesloten aanvullende ziektekostenverzekeringen Tand Goed Pakket (2010) en Rechts-hulpverzekering Medische Zorg (2011) zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van consulten gewrichtskinematica, ondergaan in 2010 en 2011, ten bedrage van € 1.094,-- (hierna: de aanspraak). Door middel van onder meer vergoedingsoverzichten van 27 september 2011 en 4 oktober 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk wordt ingewilligd, te weten tot een bedrag van € 668,70.
- 3.2. Verzoeker heeft meermalen aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van onder meer 28 november 2011 en 2 januari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 6 juni 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de aanvullende ziek-

tekostenverzekering, en hem een schadevergoeding toe te kennen (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 16 juli 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 juli 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 26 juli 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 oktober 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 oktober 2012 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mails van 15 oktober 2012 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn aan de wederpartij gezonden.
- 3.10. Verzoeker heeft bij e-mail van 19 oktober 2012 gereageerd op de onder 3.9 genoemde e-mails van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft in 2010 drie consulten gewrichtskinematica gehad. De kosten hiervan bedragen € 294,--. Hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar € 279,-- vergoed, zodat hij nog recht heeft op € 15,--. In 2011 heeft verzoeker acht consulten gewrichtskinematica gehad. De kosten hiervan bedragen € 800,--. Van dit bedrag heeft de ziektekostenverzekeraar € 389,70 vergoed, zodat hij nog recht heeft op € 410,30. In totaal heeft hij derhalve nog recht op € 425,30 (€ 15,- + € 410,30).
- 4.2. De consulten gewrichtskinematica duren telkens één uur. De nota's geven echter twee keer een half uur aan, zodat de ziektekostenverzekeraar veronderstelt dat twee consulten op één dag hebben plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar vergoedt per consult gewrichtskinematica een vast bedrag, en verwijst naar de prestatielijst van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa). Hieruit volgt echter dat de tijdsduur per consult niet van belang is. Een consult gewrichtskinematica is een verzekerde prestatie en in de prestatielijst van de NZa is geen maximumbedrag per consult opgenomen. Ook in de polisvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is geen maximumbedrag opgenomen. Daarnaast voldoet de behandelaar aan de polisvoorwaarden; hij is een verbijzonderd fysiotherapeut en manueel therapeut en staat ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (hierna: KNGF). Er heeft overigens op ver-

zoek van de ziektekostenverzekeraar aanpassing van de nota's gewrichtskinematica plaatsgevonden, maar dit leidde niet tot volledige vergoeding.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft nooit een helder antwoord gegeven op vragen van verzoeker. Er zijn verschillende reacties gekomen, maar er is niet aan de hand van de polisvoorwaarden uitgelegd hoe de hoogte van de (beperkte) vergoeding tot stand is gekomen. Daarnaast voelt verzoeker zich onheus bejegend door een medewerker van het kantoor van de ziektekostenverzekeraar in Rijssen, aangezien diegene hem "een lastige klant" noemde.
- 4.4. Verzoeker vordert tevens een schadevergoeding van € 25,-- per maand, te rekenen vanaf één maand na de indiening van zijn klacht, te weten 9 december 2010. Deze schadevergoeding strekt ter compensatie van de schending van de bescherming van zijn persoonsgegevens (artikel 2 lid 5 van de polisvoorwaarden), het welbewust niet naleven van de polisvoorwaarden door de ziektekostenverzekeraar, de onprofessionele en afwachtende houding van de ziektekostenverzekeraar, en de door verzoeker gemaakte onkosten.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de door de ziektekostenverzekeraar aangevoerde reden om volledige vergoeding van de consulten te weigeren, ongeldig is. De ziektekostenverzekeraar stelt dat sprake is van meerdere consulten op één dag. Deze beperking is echter niet vermeld in de polisvoorwaarden. In de prestatielijst van de NZa is beschreven dat meerdere consulten op één dag mogen plaatsvinden.
Verzoeker vordert thans € 1.012,30 van de ziektekostenverzekeraar. Dit totaalbedrag betreft een bedrag van € 425,30 ter zake van de nota's uit 2010 en 2011 die niet volledig vergoed zijn, een bedrag van € 550,-- ter zake van schadevergoeding, alsmede het entreegeld ten bedrage van € 37,-- dat aan verzoeker moet worden vergoed. Verzoeker aanvaardt de ter zitting gemaakte excuses van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.6. Nadien heeft verzoeker verklaard de door de ziektekostenverzekeraar voorgestelde coulancevergoeding van € 372,-- te accepteren, echter onder de voorwaarde dat dit geen belemmering vormt voor onder meer een inhoudelijke beoordeling van de nota's gewrichtskinematica uit 2010 en 2011.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. De nota's vermelden een consult reguliere manuele therapie. Derhalve is overgegaan tot vergoeding conform de voorwaarden die gelden voor manuele therapie. In de verzekeringsvoorwaarden is de term gewrichtskinematica niet vermeld.
 - 5.2. De behandelaar van verzoeker heeft gekozen voor een langere behandeltime dan gebruikelijk. Hij declareert € 100,-- (2011) voor een consult van zestig minuten. Het gaat derhalve om één consult manuele therapie per dag. Ongeacht de tijdsduur van het consult heeft een verzekerde recht op een vaststaande vergoeding per consult. Dit volgt ook uit de prestatielijst voor fysiotherapie van de NZa. Bij een niet-gecontracteerde fysiotherapeut gelden maximale tarieven conform de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg). Daarnaast dient de therapeut bekend te zijn

met de hoogte van de vergoeding, en verzekerden hierover te informeren. Het bevreemdt de ziektekostenverzekeraar dat de therapeut verzoeker niet heeft verteld dat de consulten ten bedrage van € 100,-- nooit volledig worden vergoed. In het contract met deze behandelaar is namelijk bepaald dat per dag één behandeling (consult) van dertig minuten mag worden gedeclareerd.

- 5.3. De verwarring is ontstaan door het feit dat een medewerker van de klantenservice heeft geopperd het consult te splitsen in twee consulten van ieder dertig minuten. Dit is uiteraard niet de bedoeling. Bovendien mogen er geen twee consulten op één dag worden gedeclareerd.
- 5.4. In het verleden zijn diverse nota's eenmalig en coulancehalve vergoed. Daarom bestaat thans geen noodzaak de reeds ingediende nota's en eventuele toekomstige nota's (alsnog) volledig te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar adviseert verzoeker een andere therapeut te consulteren indien hij de consulten volledig vergoed wil zien.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar erkend dat niet helder is gecommuniceerd over de vergoeding van onderhavige behandelingen. Pas in een laat stadium is duidelijkheid verschaft aan verzoeker, namelijk dat maximaal € 46,50 per zitting wordt vergoed. In 2011 is € 389,70 vergoed op basis van een enkel consult per dag. Er hebben echter dubbele consulten plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar biedt zijn excuses aan voor de bejegening.
Verzoeker is een coulancevergoeding voorgesteld. Deze houdt in dat voor het jaar 2011 nog acht maal de maximale vergoeding van € 46,50 per zitting wordt betaald, zijnde € 372,--.
- 5.6. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar nadien aangevoerd dat het bedrag van € 46,50 is vastgesteld door de paramedisch adviseur. Met gecontracteerde zorgverleners is een bedrag van € 36,50 per zitting overeengekomen. Hier is voor niet-gecontracteerde zorgverleners € 10,-- bij opgeteld.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2010-2011) 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 is gehouden de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, en of de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoeker een schadevergoeding te betalen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2010), dat beweegzorg betreft, luidt voor zover hier van belang:

“Het budget beweegzorg bestaat uit twee onderdelen:

A. Beweegzorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Dit noemen we curatieve beweegzorg;

B. Beweegzorg met als doel de conditie van verzekerden met een chronische aandoening of ziekte te verbeteren en op peil te houden. Dit noemen we preventieve beweegzorg.

In de onderstaande tekst wordt eerst curatieve beweegzorg toegelicht en daarna preventieve beweegzorg.

Omschrijving:

A. Bij beweegzorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt moet u denken aan de volgende therapieën:

- 1. fysiotherapie;*
- 2. oedeemtherapie;*
- 3. oefen therapie Cesar/Mensendieck;*
- 4. ergotherapie.*

Naast deze reguliere therapieën kunt u ook gebruik maken van alternatieve bewegingstherapieën:

- 5. chiropractie;*
- 6. osteopathie;*
- 7. manuele therapie E.S.;*
- 8. (ortho)manuele therapie;*
- 9. craniosacraaltherapie;*
- 10. haptotherapie;*
- 11. ontspannings- en ademhalings therapie van Dixhoorn.*

Wie mag de zorg verlenen:

- 1. fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatri sch fysiotherapeut en de manueel therapeut);*
- 2. oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici;*
- 3. oefen therapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Register van Verbijzonderde Oefentherapeuten C/M (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);*
- 4. ergotherapie: ergotherapeut;*
- 5. chiropractie: chiropractor die is ingeschreven in het register van de Stichting Nationaal Register van Chiropractoren;*
- 6. osteopathie: osteopaat die is ingeschreven in het Nederlands Register voor Osteopaten (NRO) of in het register van de Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF);*
- 7. manuele therapie E.S.: manueel therapeut E.S.® die is ingeschreven in het register van de Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT);*
- 8. (ortho)manuele therapie: orthomanueel arts die is ingeschreven in het Register OrthoManuele Geneeskunde (ROMG);*
- 9. craniosacraaltherapie: craniosacraaltherapeut die is ingeschreven in het Register Craniosacraal Therapie Nederland (RCN);*
- 10. haptotherapie: haptotherapeut die is ingeschreven in het register van de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH);*
- 11. ontspannings- en ademhalings therapie van Dixhoorn: adem- en ontspanningstherapeut: die is aangesloten bij de Van Dixhoorn Vereniging Adem- en ontspanningstherapie (VDV).*

Verwijzing:

voor fysiotherapie, oedeemtherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck hebt u een verwijzing nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Een verwijzing is niet noodzakelijk als u naar een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck gaat met wie [naam ziektekostenverzekeraar] een contract heeft gesloten.
(...)

Omschrijving:

B. Beweegzorg met als doel de conditie van verzekerden met een chronische aandoening of ziekte te verbeteren en op peil te houden.

Hieronder vallen de onderstaande therapieën:

1. preventieve beweegprogramma's;
2. therapeutisch zwemmen in groepsverband voor verzekerden met een van de chronische aandoeningen: reumatoïde artritis, Bechterew, astma of verzekerden met hartproblemen.

Wie mag de zorg verlenen:

1. voorkeursaanbieders van [naam ziektekostenverzekeraar]. U kunt de voorkeursaanbieders en de programma's die zij bieden vinden op [website ziektekostenverzekeraar];
 2. patiëntenvereniging van reuma-, Bechterew, astma- of hartpatiënten die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of het Regionaal Patiënten Consumenten Platform (RPCP).
- (...)

Het totale budget beweegzorg bedraagt:

(...)

Extra Zorg Polis Best

maximaal € 600 per kalenderjaar"

Artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2011) betreft beweegzorg. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"Het budget beweegzorg bestaat uit twee onderdelen:

A. Beweegzorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Dit noemen we curatieve beweegzorg;

B. Beweegzorg met als doel de conditie van verzekerden met een chronische aandoening of ziekte te verbeteren en op peil te houden. Dit noemen we preventieve beweegzorg.

In de onderstaande tekst wordt eerst curatieve beweegzorg toegelicht en daarna preventieve beweegzorg.

Omschrijving:

A. Bij beweegzorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt moet u denken aan de volgende therapieën:

1. fysiotherapie;
2. oedeemtherapie;
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck;
4. ergotherapie.

Naast deze reguliere therapieën kunt u ook gebruik maken van alternatieve bewegingstherapieën:

5. chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., (ortho)manuele geneeskunde, craniosacraaltherapie, haptotherapie en ontspannings- en ademhalingstherapie van Dixhoorn.

Wie mag de zorg verlenen:

1. fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap

voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);
2. oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici;
3. oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Register van Verbijzonderde Oefentherapeuten C/M (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
4. ergotherapie: ergotherapeut;
5. alternatieve bewegingstherapieën: een door ons aangewezen zorgaanbieder. Op onze website vindt u een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders. U kunt deze ook telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.

Omschrijving:

B. Beweegzorg met als doel de conditie van verzekerden met een chronische aandoening of ziekte te verbeteren en op peil te houden. Dit betreft therapeutisch zwemmen in groepsverband voor verzekerden met een van de chronische aandoeningen: reumatoïde artritis, Bechterew, astma of verzekerden met hartproblemen.

Wie mag de zorg verlenen:

patiëntenvereniging van reuma-, Bechterew, astma- of hartpatiënten die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).

(...)

Extra Zorg polis Beter

maximaal € 400 per kalenderjaar

(...)"

In artikel 1.3 van de aanvullende ziektekostenverzekering is het volgende bepaald:

"U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Als u gebruik maakt van zorg die door een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan worden de kosten van zorg vergoed op basis van het met de betreffende zorgaanbieders afgesproken tarief."

Eenzelfde bepaling is opgenomen voor het jaar 2011.

9. Beoordeling van het geschil

Gewrichtskinematica

- 9.1. Verzoeker heeft diverse nota's bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd van consulten gewrichtskinematica. In artikel 10 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden wordt gewrichtskinematica niet als therapie genoemd. De betreffende consulten zijn gedeclareerd als manuele therapie, en blijkens de door verzoeker overgelegde vergoedingsoverzichten door de ziektekostenverzekeraar aangemerkt als fysiotherapie. Niet in geschil is dat sprake is van beweegzorg in de zin van de aanvullende ziektekostenverzekering, nu de ziektekostenverzekeraar de consulten als zodanig gedeeltelijk heeft vergoed. Hetgeen partijen verdeeld houdt is de hoogte van de vergoeding. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.

- 9.2. In 2010 heeft verzoeker voor in totaal € 294,-- aan consulten gewrichtskinematica gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot vergoeding van € 279,--, zodat € 15,-- voor rekening van verzoeker is gebleven. Ingevolge de geldende polisvoorwaarden had verzoeker in genoemd jaar een budget van maximaal € 600,-- per kalenderjaar ter zake van beweegzorg.
- 9.3. In 2011 heeft verzoeker voor in totaal € 800,-- aan consulten gewrichtskinematica gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot vergoeding van € 389,70, zodat € 410,30 voor rekening van verzoeker is gebleven. Ingevolge de geldende polisvoorwaarden had verzoeker in genoemd jaar een budget van maximaal € 400,-- per kalenderjaar ter zake van beweegzorg.
- 9.4. De vraag rijst welk tarief door de ziektekostenverzekeraar moet worden vergoed voor een consult gewrichtskinematica. Dit is via de website van de ziektekostenverzekeraar niet kenbaar gemaakt. Lopende de procedure bij de commissie is duidelijk geworden dat de ziektekostenverzekeraar een tarief van € 46,50 per consult gewrichtskinematica vergoedt. Dit komt de commissie als een redelijk markttarief voor.
- 9.5. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, komt de commissie tot de volgende conclusies. Verzoeker heeft voor het jaar 2010 nog recht op een vergoeding van € 15,-- ter zake van consulten gewrichtskinematica, nu sprake is van redelijke marktprijzen en de kosten van de consulten het budget beweegzorg voor dat jaar niet overstijgen. Voor het jaar 2011 heeft verzoeker nog recht op een vergoeding van € 10,30 (€ 400,-- - € 389,70). Er is eveneens sprake van redelijke marktprijzen, echter de vergoeding is begrensd tot het bedrag van het budget beweegzorg voor dat jaar.
- 9.6. Het vorenstaande voert tot de conclusie dat verzoeker in totaal nog recht heeft op € 25,30. Dit bedrag lag, naar de commissie aanneemt, tevens besloten in het door de ziektekostenverzekeraar coulancehalve gedane aanbod aan verzoeker, welk aanbod evenwel is vervallen aangezien het niet onvoorwaardelijk door verzoeker is aanvaard.

Schadevergoeding

- 9.7. Verzoeker maakt tevens aanspraak op schadevergoeding (bestaande uit vergoeding van onkosten en immateriële schadevergoeding) vanwege de schending van de bescherming van zijn persoonsgegevens, het welbewust niet naleven van de polisvoorwaarden door de ziektekostenverzekeraar, de onprofessionele en afwachtende houding van de ziektekostenverzekeraar, en om de door verzoeker gemaakte onkosten te compenseren.
- 9.8. Wat betreft de gevorderde vergoeding van onkosten staat voorop dat, als al sprake is van een toerekenbare tekortkoming aan de zijde van de ziektekostenverzekeraar, volgens vaste jurisprudentie van de commissie slechts die kostenposten voor vergoeding in aanmerking komen waarvan het redelijk is dat deze zijn gemaakt en waarvan bovendien de omvang van de kosten redelijk is (zie ook GcZ, 8 april 2009, 2008.02573). Kosten ter vergoeding van – kort samengevat – het tijdsbeslag dat gemoeid is met het opstellen van processtukken ten behoeve van de onderhavige procedure beschouwt de commissie niet als kostenposten in vorenstaande zin die voor vergoeding in aanmerking komen. Van schending van de bescherming van verzoekers persoonsgegevens of het welbewust door de ziektekostenverzekeraar niet naleven van de polisvoorwaarden is in de commissie niet gebleken.

- 9.9. Gelet op het vorenstaande komt de gevorderde vergoeding van onkosten niet voor toewijzing in aanmerking.
- 9.10. Voor vergoeding van immateriële schade bestaat evenmin grond. Voor vergoeding van dergelijke schade is slechts in een zeer beperkt aantal gevallen plaats, waarbij richtinggevend is het bepaalde in artikel 6:106 lid 1, aanhef en onder a-c, BW. Van geen van de aldaar genoemde gevallen is in het onderhavige geval sprake. Reeds om deze reden kan deze vordering niet slagen.

Conclusie

- 9.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar ter zake van de consulten gewrichtskinematica in 2010 en 2011 alsnog € 25,30 aan verzoeker dient te vergoeden.
- 9.12. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze als onder 9.11 omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 7 november 2012,

Voorzitter