

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C en E te D
Zaak	: Fysiotherapie
Zaaknummer	: 2008.02698
Zittingsdatum	: 3 juni 2009

Zaak: 2008.02698 (fysiotherapie)

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

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door F te G,
tegen

C en E te D, hierna gezamenlijk te noemen de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 11 mei 2008 de voorgeschoten kosten van behandelingen fysiotherapie bij verzoekster terug te vorderen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De dekking van de zorgverzekering is niet in geschil; deze verzekering blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing. Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Vrije Keuze Extrafit, Vrije Keuze Benfit en Tandfit C afgesloten (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft in het kalenderjaar 2008 een aantal behandelingen fysiotherapie ondergaan. De eerste negen behandelingen zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed; de kosten van de tiende en volgende behandelingen ad € 109,-- heeft de ziektekostenverzekeraar voorgeschoten om deze daarna, op 11 mei 2008, van verzoekster terug te vorderen. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar met brief van 31 mei 2008 gevraagd van deze vordering af te zien (hierna: de aanspraak). Op 1 juli 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 17 november 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.5. Bij brief van 14 maart 2009 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 aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 20 april 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 april 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 14 mei 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 mei 2009 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij vanwege de ruimere dekking voor de onderhavige aanvullende ziektekostenverzekering heeft gekozen. Op grond van deze verzekering bestaat haars inziens recht op volledige vergoeding van de eerste negen behandelingen fysiotherapie, manuele therapie of oefentherapie, terwijl voor de tiende en volgende behandeling maximaal € 500,-- per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking komt. Verzoekster maakt dit op uit de redactie van het toepasselijke artikel, waarin de woorden “de kosten van de volgende behandelingen” worden gebruikt. Voorts wijst verzoekster er op dat de redactie met ingang van het jaar 2009 is gewijzigd. Het woord “volgende” is toen veranderd in “onderstaande”. Zo al sprake is van een onduidelijke polisbepaling, hetgeen naar de mening van verzoekster niet het geval is, dient deze in het voordeel van de consument te worden uitgelegd.
- 4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de door verzoekster aangehaalde passage betrekking heeft op de daarna genoemde behandelingen (orthoptische hulp, chiropractie en/of osteopathie). Voor deze behandelingen geldt de maximale vergoeding van € 500,-- per jaar. Indien anders was bedoeld, was het woord “vervolgbehandelingen” gebruikt, en niet “volgende behandelingen”. Een en ander valt ook op te maken uit het dekkingsoverzicht.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en/of de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, 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. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster recht heeft op vergoeding van de tiende en volgende behandelingen fysiotherapie tot een maximum van € 500,-- per kalenderjaar. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

7.2. De tekst van artikel 2 van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Paramedische zorg

Hieronder wordt in deze overeenkomst verstaan:

Lid 1

Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie

De hulp verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar tot maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

De kosten van de volgende behandelingen worden vergoed tot een gezamenlijk maximum van € 500,-- per verzekerde per kalenderjaar, mits voorgeschreven door de behandelend huisarts of specialist.

Lid 2

Orthoptische hulp

De hulp verleend door een orthoptist.

(...)”

7.3. Hoewel de commissie verzoekster kan begrijpen waar het gaat om haar interpretatie van lid 1, moet deze interpretatie toch voor onjuist worden gehouden. Duidelijk is immers dat binnen de paramedische zorg als bedoeld in artikel 2 twee vergoedingsregelingen van toepassing zijn. De eerste is die welke betrekking heeft op fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie. Vergoed worden maximaal negen behandelingen per kalenderjaar. Uit de toevoeging “maximaal” valt op te maken dat voor deze zorg geen verdergaande vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering mogelijk is.

De tweede betreft de behandelingen als beschreven in de leden 2, 3 en 4 orthoptische hulp, chiropractie, osteopathie). Ook hier is sprake van een maximum, namelijk € 500,-- per verzekerde per kalenderjaar.

Mede gelet op het gebruik van een witregel tussen het eerste en het tweede deel van lid 1, concludeert de commissie dat het tweede deel uitsluitend gaat over de behandelingen, beschreven in de leden 2, 3 en 4, en dat de woorden “de volgende” moeten worden geacht daarop betrekking te hebben, en niet op de tiende en volgende behandelingen fysiotherapie/oefentherapie/ manuele therapie, zoals door verzoekster wordt gesteld.

7.4. Hieraan kan nog worden toegevoegd dat deze interpretatie ook past in de systematiek van de zorgverzekering, aangezien deze volgens de polisvoorwaarden vanaf de

tiende behandeling dekking biedt indien de aandoening voorkomt op Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 juni 2009,

Voorzitter