



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Fysiotherapie, eigen risico, bejegening, schadevergoeding
Zaaknummer : 201501292
Zittingsdatum : 17 augustus 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11, 19-22 Zvw, 2.1, 2.6, 2.17-2.19 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, 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 Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 sub d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Vitaal Pakket 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. De ziektekostenverzekeraar heeft door middel van een vergoedingenoverzicht van 11 augustus 2013 een bedrag van € 36,94, en door middel van een vergoedingenoverzicht van 13 oktober 2013 een bedrag van € 221,64 van verzoeker gevorderd, ter zake van het eigen risico 2013 vanwege behandelingen fysiotherapie.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 16 juni 2014, 13 april 2015 en 12 mei 2015 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 e-mailberichten van 10 en 16 februari 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de 21e en volgende behandelingen fysiotherapie te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, en zodoende af te zien van de vordering van € 221,64 en de ter zake opgekomen rente en incassokosten, alsmede dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden het reeds geïncasseerde bedrag van € 36,94 te restitueren (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 2 mei 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 mei 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 juni 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 augustus 2015 per e-mail medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker heeft bij brief van 7 juni 2016 gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 2 mei 2016. Hoewel deze schriftelijke reactie afwijkt van de procesorde, heeft de commissie besloten de brief en bijlagen te beschouwen als pleitnota en als zodanig toe te voegen aan het dossier. Een afschrift hiervan is op 23 juni 2016 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.9. Bij brief van 17 mei 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 16 juni 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016061249) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de zorgverzekering aanspraak biedt op fysiotherapie gedurende maximaal twaalf maanden bij een status na opname in een ziekenhuis. Het Zorginstituut licht dit als volgt toe: *"Uit de stukken blijkt dat verzoeker na een operatie aan de linkerarm eind 2012 fysiotherapie is voorgeschreven. Begin januari 2013 is verzoeker daarmee gestart. Volgens artikel 1 sub d onder 5 van Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering bestaat er aanspraak op zorg bij status na opname in een ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie en de hulp dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling. In artikel 1 lid 5 van Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is bepaald dat indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5, de duur van de behandeling maximaal twaalf maanden is in aansluiting op ontslag naar huis of beëindiging van de behandeling in de instelling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5. Op basis van de voorhanden gegevens is het aannemelijk dat dit de indicatie is voor de fysiotherapeutische behandelingen."*
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 15 augustus 2016 medegedeeld dat hij de op 17 augustus 2016 geplande hoorzitting niet kan bijwonen. Daarnaar gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar op 16 augustus 2016 telefonisch aan de commissie medegedeeld, gezien het voorgaande, af te zien van de geboden mogelijkheid tot het geven van een mondelinge toelichting.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Aan verzoeker is na een operatie fysiotherapie voorgeschreven, opdat de linkerarm weer goed zou kunnen worden gebruikt. Eind januari 2013 is verzoeker gestart met de fysiotherapeutische behandeling. Fysiotherapie wordt voor twintig behandelingen gedekt door de aanvullende ziektekostenverzekering, en de vergoeding bedraagt € 1.000,-- per jaar. De overheid heeft bepaald dat iedereen zelf de eerste twintig behandelingen fysiotherapie dient te bekostigen. De 21e en volgende behandelingen worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Daarvoor geldt dan het verplicht eigen risico (in 2013: € 350,--). Echter, in laatstgenoemd geval is dan kennelijk sprake van een chronische aandoening conform de zogenoemde 'chronische lijst'. De indicatie 'chronisch' dient nochtans te worden gesteld door de behandelaar/arts en te worden medegedeeld aan de patiënt. Op 3 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 36,94 geïncasseerd. Verzoeker heeft uit het nadien ontvangen bericht van de ziektekostenverzekeraar hieromtrent moeten afleiden dat sprake was van een chronische aandoening, waardoor de behandelingen fysiotherapie werden vergoed ten laste van de zorgverzekering, en zodoende het verplicht eigen

risico 2013 werd aangesproken. Hij is hierover evenwel niet door de behandelend fysiotherapeut geïnformeerd. Een chronische aandoening is daarbij niet aan de orde, zodat de kosten van de behandelingen fysiotherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering dienen te worden vergoed, óók vanaf de 21e behandeling. Dit uiteraard tot het maximumbedrag van € 1.000,--. Verzoeker heeft de volgende eigen risicovordering - van € 221,64 - niet voldaan, en de ziekte-kostenverzekeraar heeft hiervoor zijn incassogemachtigde ingeschakeld. Verzoeker heeft meerdere malen verzocht om overleg, maar de ziektekostenverzekeraar weigerde dit. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar zijn belangen heeft geschonden, dat hij onvoldoende is geïnformeerd over de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, en dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft voldaan aan zijn zorgplicht. Het handelen van de ziektekostenverzekeraar en de incassogemachtigde is in strijd met artikel 285b Sr.

- 4.2. Verzoeker beroept zich op artikel 448 van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (hierna: Wgbo) alsmede de redelijkheid en de billijkheid.

Indien sprake zou zijn van een chronische aandoening, had een behandelplan moeten worden overgelegd. Dat is niet gebeurd. Enkel de CSI-code werd na twintig behandelingen gewijzigd van 008 naar 001, zodat de aandoening als 'chronisch' werd aangemerkt. De behandelingen met code 008 verschilden uitdrukkelijk niet van de behandelingen met code 001. Het overzicht van de ziektekostenverzekeraar van de gedeclareerde behandelingen fysiotherapie vermeldt slechts één mutatie, te weten de wijziging van de code. Verzoeker is hierover, als gezegd, noch door de behandelend fysiotherapeut noch door de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd. Kennelijk wegen hun (financiële) belangen zwaarder dan de belangen van verzoeker.

De verwijzingen van de ziektekostenverzekeraar naar artikel 2.6 Bzv en naar de mogelijkheid tot het indienen van een klacht bij het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (hierna: KNGF), treffen geen doel. Omdat de fysiotherapeut een gecontracteerde zorgaanbieder is, is deze een rol gaan spelen in de contractuele verhouding tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar dient zijn verantwoordelijkheid in deze te nemen (Hoge Raad 3 mei 1946, NJ 1946, 323, Staat/Degens).

Voorts benadrukt verzoeker dat hij driemaal telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar heeft opgenomen om te informeren naar de vergoeding van fysiotherapie en de in dat kader door de wetgever opgestelde chronische lijst. De kennelijk ter zake doende informatie werd bij die gelegenheden niet aan verzoeker gegeven. Op 27 mei 2013 is telefonisch door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat voor de fysiotherapie die in januari 2013 was aangevangen, nog een vergoeding van circa € 450,-- beschikbaar was in het kader van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker meent dat hij mocht vertrouwen op de professionaliteit, de zorgplicht en de medische en juridische kennis van zowel de ziektekostenverzekeraar als de gecontracteerde zorgaanbieder. In zijn geval was sprake van onduidelijke en onvolledige prijsinformatie door de zorgaanbieder; het tarief werd per behandeling opgegeven, en informatie over de duur van de behandeling werd pas verschaft nadat verzoeker hier uitdrukkelijk om had verzocht.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker materiële en immateriële schade berokkend. Deze schade is gelegen in de kosten en tijd die zijn besteed aan de kwestie sinds augustus 2013, alsook in de onheuse bejegening door de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker maakt aanspraak op een schadevergoeding van ten minste € 23.000,--.

- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Bij een chronische indicatie worden de eerste twintig behandelingen fysiotherapie vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, en vanaf de 21e behandeling ten laste van de zorgverzekering. Dit is vastgelegd in artikel 2.6.2 Bzv. Als de indicatie van een verzekerde voorkomt op Bijlage 1 Bzv is deze 'chronisch'. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar artikel 25 van de zorgverzekering en artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Verzoeker startte met fysiotherapie nadat hij eind 2012 een operatie onderging. De indicatie van verzoeker (status na opname in een ziekenhuis) komt voor op Bijlage 1 Bzv. Om die reden is de fysiotherapie vanaf de 21e behandeling vergoed ten laste van de zorgverzekering.

De kosten van de behandelingen fysiotherapie zijn correct verwerkt en het eigen risico is terecht bij verzoeker in rekening gebracht. Het bedrag van € 36,94 wordt dan ook niet teruggestort. De overdracht van de vordering van € 221,64 aan de incassogemachtigde wordt gehandhaafd.

Verzoeker is voldoende en volledig geïnformeerd over de verwerking van de kosten van de behandelingen fysiotherapie die hij heeft genoten.

De ziektekostenverzekeraar voert verder aan dat begin 2014 nog een nota ter zake van een ziekenhuisbehandeling van verzoeker op 16 januari 2013, is ontvangen. Hiervoor is een vergoeding verleend van € 375,90. Deze nota is niet met het eigen risico 2013 verrekend, omdat het betreffende eigen risico al was vol gemaakt met de behandelingen fysiotherapie. Het laten vervallen van de nota's voor de fysiotherapie leidt dus niet tot een financieel voordeel voor verzoeker.

- 5.2. Verzoeker heeft niet voorafgaand aan de behandelingen fysiotherapie informatie bij de ziektekostenverzekeraar opgevraagd. Kennelijk verwachtte hij dat alle behandelingen zouden worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Het is de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk op basis waarvan verzoeker deze verwachting had. Dat de verrekening met het verplicht eigen risico dan als een verrassing komt is voorstelbaar. Verzoeker kan hierin echter niet tegemoet worden gekomen.

Op basis van de declaraties van de fysiotherapeut is vastgesteld dat de indicatie van verzoeker voorkomt op Bijlage 1 Bzv. Gecontracteerde fysiotherapeuten hoeven voor postoperatieve behandelingen geen aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar in te dienen. Zij beoordelen namens de ziektekostenverzekeraar of de indicatie voorkomt op Bijlage 1 Bzv en declareren vervolgens rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar. De reden hiervoor is dat dergelijke indicaties heel eenduidig te beoordelen zijn door de zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar controleert steekproefsgewijs de verwijzingen. In het geval van verzoeker is de declaratie zichtbaar van het ziekenhuis waar de operatie eind 2012 heeft plaatsgevonden. De behandelingen bij de fysiotherapeut sluiten aan op deze operatie.

Overigens betwist verzoeker niet dat zijn indicatie voorkomt op Bijlage 1 Bzv. Hij is het niet eens met de informatievoorziening op dit punt. De ziektekostenverzekeraar heeft met de door hem gecontracteerde zorgaanbieders geen afspraken gemaakt over de informatieverstrekking aan verzekerden, omdat deze informatieplicht al is opgenomen in de Wgbo.

Uit de stellingen van verzoeker is op te maken dat hij had verwacht dat de ziektekostenverzekeraar hem had geïnformeerd over de vergoeding van de behandelingen. Het was voor de ziektekostenverzekeraar echter niet mogelijk verzoeker op basis van declaraties proactief te informeren over de verwerking en vergoeding daarvan. Administratief kan niet worden geregeld dat op basis van declaraties een signaal wordt gegeven over de kosten die daarmee zijn gemoeid.

- 5.3. Artikel 448 Wgbo betreft de informatievoorziening door de zorgverlener aan zijn cliënten. Als verzoeker van mening is dat zijn behandelaar niet conform dit artikel heeft gehandeld, kan hij een klacht indienen bij de behandelaar en het KNGF. Voor de verwerking van de declaraties van de behandelingen fysiotherapie is voornoemd artikel niet relevant.

- 5.4. Verzoeker heeft verder gesteld dat de ziektekostenverzekeraar artikel 285b Sr heeft geschonden. Dit artikel gaat over stalkers. De ziektekostenverzekeraar meent dat geen sprake is van stalking. Er is uitsluitend op brieven en e-mailberichten van verzoeker gereageerd, zowel schriftelijk als (een enkele keer) telefonisch. Hoe meer klachten verzoeker indient, hoe meer reacties hij van de ziektekostenverzekeraar ontvangt.

- 5.5. De ziektekostenverzekeraar ziet geen reden aan verzoeker een schadevergoeding toe te kennen. Hoewel het door verzoeker gevorderde bedrag van € 23.000,-- niet is gespecificeerd, lijkt genoemd bedrag onredelijk hoog. Een dergelijke vergoeding van kosten is bovendien in de verzekeringsvoorwaarden uitgesloten.

- 5.6. 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 bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de 21e en volgende behandelingen fysiotherapie alsnog te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, en zodoende af te zien van de vordering van € 221,64 en de bijkomende kosten en rente, alsmede of de ziektekostenverzekeraar het reeds geïncasseerde bedrag van € 36,94 dient te restitueren aan verzoeker.

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 tot en met 36 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 25 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Artikel 25. Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Omschrijving

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

18 jaar en ouder:

- u hebt recht op de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie;

- 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 worden vermeld. Aandoeningen die wel op de lijst staan, zijn onder andere bepaalde aandoeningen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat, bepaalde long- en vaat-aandoeningen, lymfoedeem, weke delen tumoren en littekenweefsel van de huid. Het betreft in sommige gevallen ook de behandeling van een aandoening na bijvoorbeeld 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. Ons telefoonnummer staat voorin de voorwaarden.

(...)

Wie mag de zorg verlenen

Fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut, heilgymnastmasseur, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kinderysiotherapeut, kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck, manueel therapeut, oedeemtherapeut of bekkenfysiotherapeut.

(...)

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen.

(...)

Verwijsbrief

U hebt alleen een verwijsbrief nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist 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).

Toestemming

U hebt alleen voorafgaande 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).

De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

(...)"

- 8.4. Artikel 7 van de zorgverzekering betreft het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

"7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 350 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. (...)

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

(...)

7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. (...)"

- 8.5. De artikelen 7 en 25 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. 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.
Het eigen risico is geregeld in de artikelen 19-22 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17-2.19 Bzv.
Paramedische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 en Bijlage 1 Bzv.
Bijlage 1 Bzv luidt, voor zover hier van belang:

"1.De aandoeningen, bedoeld in artikel 2.6, tweede lid, betreffen:

(...)

d.of een van de volgende aandoeningen:

(...)

5°. status na opname in een ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie en de hulp dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling;

(...)

5. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5, is de duur van de behandeling maximaal twaalf maanden in aansluiting op ontslag naar huis of beëindiging van de behandeling in de instelling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5.

(...)"

- 8.7. 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.

- 8.8. Artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van beweegzorg en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving:

Beweegzorg bestaat uit:

1. fysiotherapie;

(...)

Wie mag de zorg verlenen:

1. fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);

(...)

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voorin deze voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan geldt een lagere vergoeding per behandeling (zitting).

(...)

Het totale budget beweegzorg bedraagt:

maximaal € 1.000 per kalenderjaar

Wordt de zorg onder omschrijving punt 1 tot en met 4 verleend door een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan worden de kosten per behandeling (zitting) vergoed tot maximaal 80% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven voor 2013 zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4. van deze verzekeringsvoorwaarden.

Bijzonderheden:

18 jaar en ouder:

1. 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 zorg-

verzekering. 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).

2. 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).
(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Verzoeker is in januari 2013 gestart met fysiotherapie, welke behandelingen werden voorgeschreven in verband met een eind 2012 door hem ondergane operatie. In totaal heeft verzoeker 26 behandelingen ondergaan, alle in het jaar 2013. De aandoening van verzoeker komt voor op Bijlage 1 Bzv, te weten "status na opname in een ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie en de hulp dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling". Dit houdt in dat direct na het ontslag uit het ziekenhuis reeds sprake was van een chronische indicatie, en dat de behandelingen fysiotherapie daarmee onder de zorgverzekering vielen. Echter, in de verzekeringsvoorwaarden en de onderliggende regelgeving is bepaald dat eerst vanaf de 21e behandeling vergoeding plaatsvindt ten laste van de zorgverzekering. Voor het jaar 2013 gold een verplicht eigen risico van € 350,-- en partijen zijn hierover niet verdeeld. Derhalve was verzoeker in 2013 maximaal € 350,-- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg en diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. De zorg die verzoeker heeft genoten, te weten fysiotherapie, is voorts niet uitgesloten van het verplicht eigen risico. Zodoende is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de 21e en volgende behandelingen fysiotherapie terecht heeft verrekend met het verplicht eigen risico en bij verzoeker in rekening heeft gebracht.

9.2. De stelling van verzoeker dat hij niet door de ziektekostenverzekeraar en de door deze gecontracteerde fysiotherapeut is geïnformeerd over het feit dat de aandoening waarvoor hij werd behandeld, voorkomt op Bijlage 1 Bzv, treft geen doel. Verzoeker heeft immers als verzekerde een eigen verantwoordelijkheid. Van hem mag bekendheid met de polisvoorwaarden worden verwacht. Zowel in artikel 25 van de zorgverzekering als artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt verwezen naar genoemde bijlage en naar de vindplaats. Daarnaast heeft verzoeker zelf de keuze gemaakt voor deze fysiotherapeut, na een verwijzing hiervoor. Van de betrokken fysiotherapeut kan niet worden verwacht dat hij verzoeker informeert over het eventueel door de ziektekostenverzekeraar te vorderen eigen risico, aangezien de fysiotherapeut niet bekend is met de zorgconsumptie en hij voorts niet weet of verzoeker al dan niet voor een vrijwillig eigen risico heeft gekozen. Het door verzoeker aangehaalde artikel 7:448 BW ziet hier ook niet op. Voor zover verzoeker meent dat de zorgaanbieder op dit punt nalatig is geweest, vormt dit geen onderwerp van de onderhavige procedure. Dat de behandelend fysiotherapeut een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder is maakt dit niet anders.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van behandelingen fysiotherapie tot maximaal € 1.000,-- per kalenderjaar (artikel 10). Onder het kopje 'Bijzonderheden' in voornoemd artikel is vermeld dat bij verzekerden van achttien jaar en ouder bij wie sprake is van een chronische aandoening, de eerste twintig behandelingen worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, en dat vanaf de 21e behandeling vergoeding plaatsvindt ten laste van de zorgverzekering.

- 9.4. Zoals onder 9.1 is vastgesteld, zijn de kosten van de 21e en volgende behandelingen fysiotherapie terecht vergoed ten laste van de zorgverzekering en verrekend met het verplicht eigen risico 2013. In artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering is expliciet bepaald dat ingeval van een chronische aandoening aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de eerste twintig behandelingen fysiotherapie. Deze dekking is door de ziektekostenverzekeraar verleend. Verzoeker heeft geen verdere aanspraak op vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering; een dergelijke 'keuze' is niet aan de orde.
- 9.5. Ter zake van het telefonisch contact van 27 mei 2013 merkt de commissie het volgende op. Door de ziektekostenverzekeraar is kennelijk aan verzoeker medegedeeld dat van het 'budget' van de aanvullende ziektekostenverzekering voor beweegzorg, nog € 450,-- resteerde. Dit is in de kern geen onjuiste mededeling van de ziektekostenverzekeraar. Indien in het betreffende jaar sprake was geweest van een andere aandoening waarvoor behandelingen fysiotherapie noodzakelijk waren, had verzoeker hiervoor het resterende 'budget' kunnen aanspreken.

Schadevergoeding

- 9.6. Verzoeker maakt aanspraak op een schadevergoeding van ten minste € 23.000,-- voor de geïnvesteerde tijd en kosten, alsook ter compensatie van de onheuse bejegening door de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft de vordering tot schadevergoeding afgewezen. Aangezien uit het hiervoor overwogene volgt dat het verzoek dient te worden afgewezen, bestaat voor toekenning van een schadevergoeding geen grond.
- 9.7. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd - met name zijn beroep op artikel 285b Sr en de redelijkheid en billijkheid, en zijn verwijzing naar het arrest van de Hoge Raad van 3 mei 1946 (NJ 1946, 323, Staat/Degens) - maakt het voorgaande niet anders.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 augustus 2016,

P.J.J. Vonk