

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E tegen C te D  
Zaak : fysiotherapie  
Zaaknummer : 2009.00008  
Zittingsdatum : 10 maart 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.6, bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

---

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door E

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar de kosten van de fysiotherapeutische behandeling in 2008 te vergoeden tot maximaal € 600,-- (hierna: de aanspraak).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Natura Polis (hierna: de zorgverzekering), wat een verzekering is als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend Extra Pakket en Tand Uitgebreid Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker telefonisch medegedeeld dat de hierboven onder 2 omschreven aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 8 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 9 november 2009 heeft verzoeker 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).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 15 januari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 januari 2010 aan verzoeker gezonden.
  - 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 29 januari 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 maart 2010 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
  - 3.9. Bij brief van 19 januari 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 10 februari 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010008402) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een aandoening die voorkomt op bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
  - 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 maart 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
  - 3.11. Bij brief van 12 maart 2010 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 18 maart 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Bij verzoeker is de volgende diagnose gesteld: "spondylarthrose, arthrose cervicalis en heupartroplastiek".
  - 4.2. Verzoeker is reeds jaren onder behandeling van een fysiotherapeut in verband met voornoemde klachten.
  - 4.3. Verzoeker is door de ziektekostenverzekeraar niet op de hoogte gesteld van de veranderde polisvoorwaarden voor 2008 betreffende de vergoeding van fysiotherapie. Hierdoor kon hij niet anticiperen op een voor hem zeer ongunstige wijziging. Door deze wijziging komt een aanzienlijk deel van de kosten van zijn fysiotherapeutische behandeling nu voor zijn rekening, terwijl deze kosten in voorgaande jaren volledig door de ziektekostenverzekeraar werden vergoed.
  - 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd, dat de regeling niet goed wordt uitgevoerd door de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker is oorlogsgetroffene. Hij heeft chronische klachten, loopt met twee stukken en is op zichzelf aangewezen. Verzoeker wordt al jaren behandeld door een fysiotherapeut; tot 2008 was de vergoeding hiervan geen probleem. Blijkbaar is er in 2008 een en ander veranderd, maar daarvan heeft de ziektekostenverzekeraar hem niet op de hoogte gesteld. Verzoeker

heeft weliswaar op 4 november 2007 een brief ontvangen van de ziektekostenverzekeraar met daarbij een CD-rom, maar omdat hij geen PC heeft, dacht hij dat het een attentie van de ziektekostenverzekeraar was. Het antwoordkaartje waarmee hij de papieren voorwaarden kon opvragen heeft verzoeker niet aangetroffen bij voornoemde brief. Verzoeker zag geen aanleiding om hier navraag naar te doen bij de ziektekostenverzekeraar, omdat in de brief gesuggereerd werd dat hij op dezelfde wijze verzekerd zou blijven.

4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het 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 bij de informatieset, die verzoeker is toegezonden met zijn nieuwe verzekeringspolis, een CD-rom zat met daarop de volledige verzekeringsvoorwaarden. Ook was bij deze set een antwoordkaartje gevoegd, waarmee verzoeker de papierenversie van de polisvoorwaarden kon opvragen. Daarnaast staat op de achterzijde van het begeleidende informatiebulletin onder het kopje "beweegzorg" dat in plaats van een aantal behandelingen in 2008 aanspraak bestaat op een maximale vergoeding. Nu vaststaat dat verzoeker de CD-rom en de polis heeft ontvangen, valt volgens de ziektekostenverzekeraar niet in te zien waarom hij het informatiebulletin en het antwoordkaartje niet zou hebben ontvangen. Dat verzoeker hierop niet adequaat heeft gereageerd, is volgens de ziektekostenverzekeraar spijtig, maar aan verzoeker zelf te wijten.

5.2. In 2006 en 2007 bestond op grond van de aanvullende verzekering van verzoeker aanspraak op volledige vergoeding van alle medisch noodzakelijke behandelingen bij een fysiotherapeut die een overeenkomst had gesloten met de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat hij ten behoeve van verzoeker de kosten van 39 behandelingen fysiotherapie heeft vergoed in 2006 en 56 behandelingen in 2007. Deze behandelingen zijn door de fysiotherapeut rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. In 2008 is deze ruime vergoedingbepaling gewijzigd en is de vergoeding gemaximeerd tot € 600,-- per jaar.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat de aanspraak op fysiotherapie uit de aanvullende verzekering met ingang van 1 januari 2008 beperkt is. Verzoeker is van deze wijziging op de hoogte gebracht middels de bijlagen die met de brief van 4 november 2007 zijn verstuurd. In voornoemde brief wordt duidelijk vermeld welke bijlagen zijn meegestuurd en betreffen ondermeer uit een overzicht met de belangrijkste wijzigingen, een CD-rom met daarop de polisvoorwaarden van 2008 en een antwoordkaartje waarmee verzoeker de papieren voorwaarden kon opvragen. Het onderhavige geschil is dus ontstaan door de wijziging van de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekering. Verzoeker heeft namelijk geen indicatie die voorkomt op bijlage 1 Bzv; verstrekking op grond van de zorgverzekering is daarom uitgesloten.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 het niet (langer) volledig vergoeden van fysiotherapie, ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, wet- en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving relevant.

8.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 34 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*“(...) de verzekerde heeft aanspraak op zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voorzover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat niet de eerste 9 behandelingen. (...)”*

8.3. Artikel 25 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. 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 Bzv en verder uitgewerkt in bijlage 1 Bzv.

8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.6. In de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op fysiotherapie, oefentherapie César en Mensendieck en bewegingstherapie tezamen tot een bedrag van € 600,-- per kalenderjaar.

## 9. Beoordeling van het geschil

9.1. Gelet op de hierboven onder 8 genoemde verzekeringsvoorwaarden, wet- en regelgeving, overweegt de commissie ten aanzien van het partijen verdeeld houdende geschil als volgt.

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.2. Fysiotherapie kan alleen ten laste van de zorgverzekering gebracht worden als sprake is van een indicatie is voorkomt in bijlage 1 Bzv. Spondylarthrose, arthrose cervicalis en heupartroplastiek zijn niet als indicatie opgenomen in deze bijlage, hetgeen ertoe leidt dat fysiotherapie op grond van deze indicaties niet ten laste van de zorgverzekering kan worden gebracht.

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.3. Op grond van de door verzoeker afgesloten aanvullende verzekering heeft verzoeker recht op een vergoeding tot maximaal € 600,- per jaar. In de procedure is gesteld noch gebleken dat minder is vergoed dan het voornoemde maximum bedrag, zodat als vaststaand geldt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het maximum bedrag heeft vergoed waarop deze volgens de polisvoorwaarden aanspraak kan maken.

### **Werking privaatrecht**

- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft het recht om de polisvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering zelf vast te stellen. Van eventuele wijzigingen in deze voorwaarden voor het volgende kalenderjaar dienen de verzekerden tijdig op de hoogte te worden gesteld, zodat zij, indien gewenst, de mogelijkheid hebben te kiezen voor een andere aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar eind 2007 aan verzoeker de polisvoorwaarden van 2008 heeft toegestuurd op een cd-rom tezamen met een antwoordkaartje en een informatiebulletin. Verzoeker kon met het antwoordkaartje de papieren versie van de polisvoorwaarden opvragen. In het informatiebulletin staat onder andere vermeld dat in plaats van een aantal behandelingen voor beweegzorg in 2008 aanspraak bestaat op een maximale vergoeding. Door verzoeker is medegedeeld dat hij de cd-rom weliswaar heeft ontvangen, maar dat hij zich niet gerealiseerd had dat hierop de polisvoorwaarden vermeld stonden. Verzoeker heeft tevens gesteld dat hij het voornoemde antwoordkaartje niet heeft ontvangen. In de begeleidende brief werd echter duidelijk verwezen naar het antwoordkaartje, tevens werd vermeld dat het antwoordkaartje als bijlage was meegestuurd. De commissie concludeert derhalve dat verzoeker tijdig kennis heeft kunnen nemen van de gewijzigde polisvoorwaarden. Dat hij zich niet gerealiseerd heeft dat de gewijzigde polisvoorwaarden op de cd-rom stonden of dat hij de papieren versie van de polisvoorwaarden kon opvragen door het antwoordkaartje in te sturen, doet hier naar het oordeel van de commissie niet aan toe of af.

### **Conclusie**

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 maart 2010,

Voorzitter