



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist en Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort

Zaak : Geneeskundige zorg, paramedische zorg, fysiotherapie, aantal behandelingen aanvullende ziektekostenverzekering, "spiegelinformatie"

Zaaknummer : 201600247

Zittingsdatum : 28 september 2016

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

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
 - 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (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 Aanvullend drie sterren 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).
De zorgverzekering en de eveneens afgesloten aanvullende verzekering Aanvullend Tand twee sterren zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht de afspraken die gelden tussen hem en de behandelend fysiotherapeut omtrent het behandelgemiddelde op basis van "spiegelinformatie" te laten vervallen. Tijdens een chatgesprek heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat zij recht heeft op maximaal 27 behandelingen fysiotherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De "spiegelinformatie" wordt gebruikt in het kader van doelmatige zorgverlening, en de hieromtrent met de zorgaanbieder gemaakte afspraak komt daarom niet te vervallen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 17 februari 2016 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 20 mei 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de afspraken met de behandelend fysiotherapeut, aangaande het aantal te declareren behandelingen op basis van "spiegelinformatie" te laten vervallen. Indien dit niet mogelijk is, wenst verzoekster de mogelijkheid

 te krijgen samen met haar echtgenoot tussentijds over te stappen naar een andere verzekeraar (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 26 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 augustus 2016 aan verzoekster gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 31 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 september 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

 4.1. Verzoekster is bekend met fibromyalgie en maakt in dat kader gebruik van fysiotherapie. Zij heeft vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering recht op maximaal 27 behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar. De behandelend fysiotherapeut heeft echter medegedeeld dat zij van de ziektekostenverzekeraar zogenoemde "spiegelinformatie" heeft ontvangen, waaruit blijkt dat andere fysiotherapeuten in een vergelijkbare situatie slechts twaalf tot vijftien behandelingen geven. Aan verzoekster zal de fysiotherapeut daarom ook maximaal dit aantal behandelingen verlenen. De ziektekostenverzekeraar heeft in verschillende contacten medegedeeld dat verzoekster recht heeft op de 27 behandelingen bij dezelfde fysiotherapeut. Een hoger behandelgemiddelde kan echter wel gevolgen hebben voor de behandelend fysiotherapeut.

 4.2. Verzoekster merkt op dat fysiotherapeuten bang zijn om teveel behandelingen te geven vanwege de afspraken die zij met de ziektekostenverzekeraar hebben gemaakt. Verzoekster moet de zorg kunnen krijgen waarvoor de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt. Daarbij moet de fysiotherapeut de mogelijkheid hebben om zonder problemen de verzekerde de betreffende zorg te kunnen aanbieden, zonder de angst dat zij boven een bepaald behandelgemiddelde komt. Verzoekster voelt zich misleid, aangezien de behandelend fysiotherapeut haar het maximum aantal behandelingen niet durft te geven, waardoor zij uiteindelijk geen aanspraak kan maken op de 27 behandelingen bij deze fysiotherapeut.

 4.3. Verzoekster mag met ingang van de eerstvolgende maand overstappen naar een andere ziektekostenverzekeraar. Haar echtgenoot mag echter eerst met ingang van 1 januari 2017 overstappen, aangezien hij verzekeringnemer is. Overstappen is voor verzoekster echter geen oplossing, aangezien zij en haar echtgenoot samen verzekerd zijn vanwege de collectiviteitskorting via het werk van haar echtgenoot.

 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. Verzoekster heeft ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op maximaal 27 behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar. Met de behandelend fysiotherapeut is geen norm afgesproken voor een maximaal aantal te verlenen behandelingen.

 5.2. De ziektekostenverzekeraar stuurt ieder kwartaal zogenoemde "spiegelinformatie" naar alle door hem gecontracteerde fysiotherapiepraktijken. De "spiegelinformatie" is een statistische analyse, waarin inzicht wordt gegeven in zowel de eigen praktijkcijfers als de landelijke cijfers. In de overzichten is onder andere informatie opgenomen met betrekking tot het behandelgemiddelde van de fysiotherapiepraktijken, zodat deze met elkaar kunnen worden vergeleken.

De overheid verplicht de ziektekostenverzekeraar een doelmatig, efficiënt en kostenbesparend beleid te voeren. Zo hoeft onnodige fysiotherapie niet te worden betaald indien geen sprake is van een functionele meerwaarde. De "spiegelinformatie" wordt gebruikt in het kader van deze doelmatigheid. Er kunnen redenen zijn dat een fysiotherapiepraktijk meer behandelingen nodig heeft voor haar patiënten dan gemiddeld. Zonder een duidelijke onderbouwing van het hogere behandelgemiddelde, wordt van de ziektekostenverzekeraar echter verwacht dat hij onderzoek doet naar de mogelijke oorzaak hiervan. De fysiotherapiepraktijk moet binnen een periode van één jaar zelf oplossingen zoeken teneinde het behandelgemiddelde omlaag te krijgen. Dit is in de praktijk reeds succesvol gebleken. Indien een fysiotherapiepraktijk niet erin slaagt het hogere behandelgemiddelde te onderbouwen dan wel het behandelgemiddelde omlaag te brengen, kan dat gevolgen hebben voor het contract met de ziektekostenverzekeraar. In die situatie kan namelijk niet worden vastgesteld dat de fysiotherapiepraktijk doelmatige zorg verleent. De "spiegelinformatie" is algemeen en niet gespecificeerd per persoon en per aandoening. Hetgeen verzoekster stelt ten aanzien van een vastgesteld behandelgemiddelde dan wel een boete voor de fysiotherapiepraktijk, is derhalve onvolledig en onjuist. Het doel van de "spiegelinformatie" is dat verzekerden zoveel mogelijk kunnen rekenen op de meest doelmatige vorm van fysiotherapie bij de door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde fysiotherapeuten. Op deze wijze kan tevens de hoogte van de premie voor de aanvullende verzekeringen op een betaalbaar niveau worden gehouden, hetgeen een voordeel is voor verzekerden.

- 5.3. Indien de behandelend fysiotherapeut op basis van de klachten van verzoekster van mening is dat een medische noodzaak bestaat voor 27 behandelingen, worden deze behandelingen vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De behandelend fysiotherapeut stelt naar eigen inzicht een behandelplan op, dat kan afwijken van de "spiegelinformatie" die door de ziektekostenverzekeraar is verstrekt. De ziektekostenverzekeraar adviseert verzoekster met de behandelend fysiotherapeut te overleggen indien zij de zorg onvoldoende vindt. Immers, de verantwoordelijkheid voor de behandeling ligt bij de behandelend fysiotherapeut.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar verandert de contractafspraken met de zorgverleners niet zolang het contract nog loopt. Wel heeft verzoekster de mogelijkheid om met ingang van de eerstvolgende maand over te stappen naar een andere verzekeraar. Voor haar echtgenoot geldt dit echter niet, omdat hij verzekeringnemer is en derhalve in 2016 niet meer kan overstappen. Veel verzekeraars zullen overigens vergelijkbare contractafspraken met zorgverleners hebben teneinde de kosten van zorg betaalbaar te houden.

- 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 18.4 van de "algemene voorwaarden" 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 gehouden is de afspraken met de fysiotherapeut, aangaande het aantal te declareren behandelingen op basis van "spiegelinformatie" te laten vervallen. Indien dit niet mogelijk is, wenst verzoekster de mogelijkheid te krijgen samen met haar echtgenoot tussentijds over te stappen naar een andere verzekeraar.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende verzekeringsvoorwaarde relevant.

- 8.2. Artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie en luidt, voor zover hier van belang:

" (...) Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Bij manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem vergoeden wij de kosten ook, als u door een huidtherapeut wordt behandeld; (...)"

*" (...) **Aanvullend***

(...)"

- 3 sterren, maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar

(...)"

- 8.3. Voorts bepaalt artikel 13.2 van de "algemene voorwaarden" van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering:

"Uw basisverzekering beëindigen

U (verzekeringnemer) kunt op de volgende manieren uw basisverzekering beëindigen:

a U (verzekeringnemer) kunt een brief of e-mail sturen waarin u (verzekeringnemer) uw basisverzekering opzegt. Deze opzegging moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. De basisverzekering eindigt dan op 1 januari van het daaropvolgende jaar. Heeft u (verzekeringnemer) uw basisverzekering bij ons opgezegd? Dan is deze opzegging onherroepelijk; (...)"

(...) c Heeft u (verzekeringnemer) een ander dan uzelf verzekerd en heeft deze verzekerde een andere basisverzekering afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) een brief of e-mail sturen om deze verzekering voor de verzekerde op te zeggen. Is deze opzegging bij ons binnen voor de ingangsdatum van de nieuwe basisverzekering? Dan eindigt de basisverzekering met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe basisverzekering krijgt. In andere gevallen is de einddatum de eerste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd; (...)"

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Artikel 10.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat verzoekster aanspraak kan maken op maximaal 27 behandelingen per kalenderjaar. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

- 9.2. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar de afspraken die hij heeft gemaakt met de behandelend fysiotherapeut omtrent het behandelgemiddelde op basis van "de spiegelinformatie" mag handhaven. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 9.3. Door de ziektekostenverzekeraar is verklaard dat de "spiegelinformatie" algemeen is en dat deze niet is gespecificeerd per persoon en per aandoening. Door verzoekster is dit niet bestreden. Voor zover verzoekster stelt dat haar behandelend fysiotherapeut het ongewenst acht verzoekster vaker te behandelen voor haar aandoening dan het gemiddelde dat blijkt uit de "spiegelinformatie", geldt dat de ziektekostenverzekeraar - in relatie tot verzoekster - heeft bevestigd dat zij aanspraak heeft op maximaal 27 behandelingen per kalenderjaar, mits deze medisch noodzakelijk zijn. Wat betreft de relatie tussen de ziektekostenverzekeraar en de behandelend fysiotherapeut geldt dat de commissie, gelet op het bepaalde in het toepasselijke reglement, te dien aanzien niet bevoegd is. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar derhalve niet verplichten, zo hiertoe al aanleiding zou bestaan, de afspraken met de fysiotherapeut aangaande het aantal te declareren behandelingen op basis van de "spiegelinformatie" te laten vervallen.

- 9.4. Voor zover verzoekster stelt tussentijds te willen overstappen naar een andere verzekeraar, geldt dat zij, gelet op artikel 13.2 van de "algemene voorwaarden" van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van de eerstvolgende maand hiertoe mag besluiten. De

ziektekostenverzekeraar heeft bevestigd dat deze bepaling in het geval van verzoekster van toepassing is, zodat hierover geen geschil (meer) bestaat.
Anders dan verzoekster, komt dit recht haar echtgenoot - als verzekeringnemer - niet toe. Behoudens een tussentijdse wijziging van de premiegrondslag en/of de verzekeringsvoorwaarden, kan hij eerst tegen 1 januari 2017 opzeggen. De commissie tekent hierbij nog aan dat ingeval van opzegging de deelname aan de collectiviteit van de werkgever en het recht op de collectiviteitskorting vervallen. Het is aan verzoekster en haar echtgenoot te besluiten of zij deze financiële consequentie al dan niet willen accepteren.

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, 28 september 2016,

A.I.M. van Mierlo