

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie
Zaaknummer : 2009.01305
Zittingsdatum : 13 januari 2010

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 17 februari 2009 niet alle kosten van fysiotherapeutische behandelingen te vergoeden.

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 Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Uitgebreid Vitaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De huisarts heeft verzoeker verwezen naar bewegen onder begeleiding van een fysiotherapeut in verband met "D.M. begin 2008". Verzoeker heeft hierna, in 2008, een aantal behandelingen fysiotherapie ondergaan. De eerste achttien behandelingen zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed; de kosten van de negentiende en volgende behandelingen ad € 351,- heeft de ziektekostenverzekeraar voorgeschoten om deze daarna, op 17 februari 2009, bij verzoeker in rekening te brengen. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 25 februari 2009 gevraagd hiervan af te zien (hierna de aanspraak). Bij brief van 1 april 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 3 juni 2009 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 1 september 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 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 27 oktober 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 november 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 9 november 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 5 november 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 2 december 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29121461) 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 indicatie zoals opgenomen in bijlage 1 van de polisvoorwaarden. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 9 december 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 13 januari 2010 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 14 januari 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 19 januari 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. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij bij de ziektekostenverzekeraar heeft geïnformeerd naar het aantal sessies "bewegen onder leiding van een fysiotherapeut" dat voor vergoeding in aanmerking komt. Volgens verzoeker is hem toen meegedeeld dat de vergoeding onbeperkt is. Omdat verzoeker hierover later twijfels kreeg, heeft hij nogmaals gebeld. Toen is hem meegedeeld dat "het aantal maximaal 36 bedroeg". Verzoeker stelt bij dit tweede telefonisch contact te hebben verzocht om een schriftelijke bevestiging daarvan. Hij heeft deze echter nooit ontvangen. Verzoeker meent dat hij onder de gegeven omstandigheden (ook zijn financiële) althans in aanmerking zou moeten komen voor een redelijke tegemoetkoming in de kosten.

4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd dat het hem niet duidelijk was op welke vergoeding hij aanspraak kon maken. Aangezien de sessies in groepsverband worden gegeven is naar de mening van verzoeker geen sprake van fysiotherapie.

4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt voorop dat “bewegen onder leiding van een fysiotherapeut” valt onder fysiotherapeutische behandeling en voorts, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzoeker recht heeft op vergoeding van de eerste achttien fysiotherapeutische behandelingen per jaar op grond van de door hem afgesloten aanvullende verzekering. Verzoeker heeft geen recht op vergoeding van de vervolgbehandelingen.

5.2. Voorts merkt de ziektekostenverzekeraar op dat uit het contactregistratiesysteem niet is gebleken dat aan verzoeker verkeerde informatie met betrekking tot de fysiotherapeutische behandelingen is gegeven.

5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunten nogmaals benadrukt.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

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. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is of verzoeker recht heeft op vergoeding van de achttiende en volgende behandelingen fysiotherapie in 2008 ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in artikel 12 van de zorgverzekering.

Gelet op de verwijzing door de huisarts en de gedeclareerde nota's aan de ziektekostenverzekeraar, moeten de ondergane sessies naar het oordeel van de commissie worden gerekend tot de fysiotherapie. Daarbij maakt het niet uit of de sessie in groepsverband hebben plaatsgevonden.

Artikel 12.7 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op paramedische zorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“a. Fysio- en oefen therapie

U heeft, volgens de hieronder vermelde voorwaarden, recht op vergoeding van kosten voor fysiotherapie verleend door een fysiotherapeut. (...)

De omvang van de fysiotherapie wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten als zorg ple- gen te bieden.

(...)

2. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Als fysiotherapie of oefen therapie Cesar/Mensendieck is geïndiceerd ter behandeling van een aandoening die voorkomt in bijlage 1 van deze polisvoorwaarden, dan heeft u recht op ver- goeding van kosten voor behandelingen voor die aandoening door een fysiotherapeut of oe- fen therapeut Cesar/Mensendieck vanaf de tiende behandeling.

Voor sommige aandoeningen zijn nadere voorwaarden gesteld ten aanzien van de indicatie en/of is de behandeling beperkt tot een bepaalde periode. Deze voorwaarden kunt u terugvin- den in bijlage 1 van deze polisvoorwaarden.

- 7.3. Artikel 12.7 van de zorgverzekering is volgens artikel 1 van de zorgverzekering geba- seerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Ingevolge artikel 1 sub d Zvw mag een zorgverzekering - samengevat - niet meer of minder bieden dan in de Zvw, het Bzv en de Rzv is geregeld.
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verze- kerden 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, waar het gaat om de indicaties, verder uitgewerkt in bijlage 1 Bzv.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Fysiotherapie kan alleen ten laste van de zorgverzekering worden gebracht als spra- ke is van een indicatie die voorkomt op bijlage 1 Bzv. Diabetes mellitus is niet als in- dicatie opgenomen in deze bijlage, derhalve kan de fysiotherapie op grond van deze indicatie niet ten laste van de zorgverzekering worden gebracht.
- 7.7. In een verzoek om tegemoetkoming uit coulance kan de commissie, waar dat buiten haar bevoegdheid valt, niet treden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.8. Artikel 7 lid 5 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt dat de zorgverlener de kosten rechtstreeks kan declareren bij de ziektekostenverzekeraar. Vervolgens bepaalt artikel 7 lid 6 van de aanvullende ziektekostenverzekering dat wanneer de zorgverlener rechtstreeks heeft gedeclareerd de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten die boven de maximale vergoeding komen met de verzekerde te verre- kenen. Eerder genoemde artikelen luiden, voor zover hier van belang, als volgt:

“5. Declareren van kosten

Voor een goede en snelle verwerking van uw declaraties maakt [naam ziektekostenverzeke- raar] zoveel mogelijk gebruik van elektronische declaratie. Zorgverleners sturen hun declaratie in dat geval niet naar u, maar rechtstreeks naar [naam ziektekostenverzekeraar]. [Naam ziek- tekostenverzekeraar] betaalt in dat geval de zorgverlener. (...)

(...)

6. Uitkering aan u of aan een zorgverlener

- a. [Naam ziektekostenverzekeraar keert de vergoeding aan u uit op het bij [naam ziektekostenverzekeraar] bekende Nederlandse rekeningnummer;
- b. Als [naam ziektekostenverzekeraar] met een instelling of zorgverlener rechtstreekse betaling is overeengekomen, is [naam ziektekostenverzekeraar] bevoegd om rechtstreeks aan de desbetreffende instelling of zorgverlener uit te keren;
- c. Als [naam ziektekostenverzekeraar] rechtstreeks aan een instelling of zorgverlener heeft uitgekeerd, is [naam ziektekostenverzekeraar] gerechtigd om dat deel van de kosten dat uitgaat boven een geldende maximum vergoeding, onterechte voorschotten of onterechte betalingen met u te verrekenen of van u terug te vorderen. (...)

Artikel 11.5 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op fysiotherapie, en luidt voor zover hier van belang:

“ U heeft, volgens de hieronder vermelde voorwaarden, recht op vergoeding van kosten voor fysiotherapie verleend door een fysiotherapeut of één van de volgende gespecialiseerde fysiotherapeuten

(...)

[Naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt voor fysiotherapie en oefen therapie tezamen maximaal:

[Naam ziektekostenverzekeraar] Uitgebreid Vitaal 18 zittingen

Voorwaarden:

- *Op de nota van de fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck moet de diagnose-code en de CSI-code vermeld staan.*
- *De kosten van fysiotherapie en oefen therapie worden uitsluitend vergoed volgens wettelijk vastgestelde prestaties.*
- *[Naam ziektekostenverzekeraar] is bevoegd een behandelplan op te vragen.“*

- 7.9. Op grond van de door hem afgesloten aanvullende verzekering heeft verzoeker recht op een vergoeding van maximaal achttien behandelingen per jaar. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 februari 2009 aangegeven dat verzoeker de maximale vergoeding voor 2008 heeft ontvangen. Nu het aantal behandelingen door verzoeker niet is bestreden, neemt de commissie als vaststaand aan dat achttien behandelingen zijn vergoed. De commissie concludeert dat de aanvullende verzekering geen mogelijkheid biedt om een hogere vergoeding toe te kennen dan die welke verzoeker reeds heeft ontvangen.
- 7.10. Door verzoeker is in de procedure gesteld dat hij ook niet tijdig door de ziektekostenverzekeraar is geïnformeerd over het bereiken van de achttiende behandeling, zodat hij geen maatregelen kon treffen ter voorkoming van verdere, voor zijn rekening blijvende kosten.
De commissie merkt hierover op dat , temeer waar blijkt dat de polisvoorwaarden duidelijk het bij de betrokken aanvullende verzekering passende maximum aantal behandelingen is aangegeven, aan de ziektekostenverzekeraar niet kan worden tegengeworpen dat hij, verzoeker, er niet tijdig op is geattendeerd dat het plafond voor de vergoeding was bereikt. Het is in de eerste plaats aan de verzekerde, en eventueel daarna aan de declarerende zorgverlener, om aan de hand van de polisvoorwaarden na te gaan of bedoeld maximum al is bereikt.

Werking privaatrecht

- 7.11. Voor zover verzoeker stelt dat hem telefonisch de toezegging is gedaan dat ook verdere behandelingen, althans tot een aanzienlijk hoger aantal dan de polisvoorwaarden blijken te bevatten, worden vergoed, oordeelt de commissie als volgt.

- 7.12. De ziektekostenverzekeraar kan niet gebonden worden geacht aan alle zijnerzijds gedane uitslatingen waardoor bij een verzekerde verwachtingen zijn gewekt ten aanzien van een door de ziektekostenverzekeraar te volgen gedragslijn. Met name indien het gaat om reacties op een verzoek van een verzekerde om inlichtingen aangaande de inhoud van de polisvoorwaarden, dan wel andere door de ziektekostenverzekeraar in acht te nemen regelgeving, noopt het belang dat de verzekerden erbij hebben dat de ziektekostenverzekeraar zijn voorlichtende taak onbelemmerd kan vervullen ertoe te aanvaarden dat het risico van een onjuiste inlichting in de regel voor rekening van de betrokken verzekerde blijft.
- 7.13. Bijzondere omstandigheden kunnen aanleiding geven van die regel af te wijken en de ziektekostenverzekeraar aan dergelijke inlichtingen gebonden te achten, maar daartoe zal ten minste vereist zijn, vooreerst dat die inlichtingen niet zo duidelijk in strijd zijn met de polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende regeltoepassing, dat de betrokken verzekerde redelijkerwijs de feitelijke onjuistheid daarvan had kunnen en moeten beseffen. en voorts, dat hij afgaande op dergelijke onjuiste inlichtingen een handeling heeft verricht of nagelaten, ten gevolge waarvan hij schade lijdt.
- 7.14. In de procedure is aangetoond, noch aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde (telefonische) toezeggingen zouden zijn gedaan. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat door verzoeker in het bijzonder niet is aangegeven wanneer en met wie hij heeft gesproken, nog daargelaten dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat.

Conclusie

- 7.15. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 februari 2010,

Voorzitter