

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, revalidatieprogramma 'Herstel en Balans',
bejegening
Zaaknummer : 2010.00938
Zittingsdatum : 6 juli 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009-2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 en 2.6, en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009-2010)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

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 basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Restitutie (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 Extra Aanvullend afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van het revalidatieprogramma 'Herstel en Balans' (hierna: de aanspraak). Bij bericht van vergoeding van 12 januari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 28 mei 2010 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 23 maart 2011 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 zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 april 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 april 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 mei 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 juni 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 26 april 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 20 mei 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011046533) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het oncologische revalidatieprogramma 'Herstel en Balans' niet voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk', omdat onvoldoende evidence is gevonden over de werkzaamheid en effectiviteit hiervan. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 15 juni 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 juli 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 7 juli 2011 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 15 juli 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "*mammacarcinoom links*". Verzoekster heeft hiertoe in 2009 curatieve behandeling ondergaan.
- 4.2. Nadien heeft de huisarts van verzoekster, op grond van de indicatie "*PHS li schouder*", de ziektekostenverzekeraar verzocht een machtiging af te geven voor fysiotherapie. De ziektekostenverzekeraar heeft een akkoordverklaring afgegeven voor langdurige fysiotherapie, met begindatum 3 juni 2009.
- 4.3. Verzoekster heeft tevens het revalidatieprogramma 'Herstel en Balans' (hierna: het revalidatieprogramma) gevolgd, dit op basis van een verwijzing van haar behandelend chirurg (verwijsformulier van 31 december 2009).
- 4.4. Verzoekster geeft aan dat zij bij de ziektekostenverzekeraar heeft geïnformeerd naar de vergoeding voor het revalidatieprogramma. Zij stelt dat een medewerker van de ziektekostenverzekeraar haar telefonisch heeft toegezegd dat de kosten van alle zorg

die voortvloeit uit de behandeling van kanker, behalve een aangepaste bh en een zwemprothese, volledig zouden worden vergoed. De betreffende medewerker heeft haar, naar later is gebleken, echter onjuist geïnformeerd. Het revalidatieprogramma is namelijk maar ten dele vergoed, te weten € 250,- van het totaalbedrag ter hoogte van € 745,-. Dit betekent dat € 495,- voor rekening van verzoekster is gebleven. Met betrekking tot de aanvraag voor fysiotherapie stelt verzoekster dat zij eveneens onjuist is geïnformeerd. Er is namelijk in 2010 gezegd dat er een nieuwe machtiging aangevraagd moest worden, terwijl deze al in 2009 was afgegeven. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster hier bij brief van 18 juni 2010 excuses voor aangeboden. Zij voelt zich desalniettemin onheus bejegend.

4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar telefonisch heeft toegezegd dat de kosten van 'Herstel en Balans' worden vergoed. Dit is bevestigd in de brief van 28 mei 2010. Tijdens het telefoongesprek dat verzoekster had met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar – inzake de polisvoorwaarden – zijn diverse beperkingen met betrekking tot zorg in verband met borstkanker besproken, maar over de gedeeltelijke vergoeding werd niets gezegd. Dit had echter wel in de rede gelegen. Indien verzoekster zou hebben gekozen voor de aparte onderdelen van de zorg in verband met borstkanker, zoals fysiotherapie en gesprekken met maatschappelijk werk, zouden deze wel zijn vergoed. Voorts stelt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar meerdere fouten heeft gemaakt, en dat de verzekeringsvoorwaarden onduidelijk zijn.

4.6. Verzoekster 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 dat met betrekking tot het revalidatieprogramma geen toezegging is gedaan dat de behandeling volledig vergoed zou worden. De betreffende medewerker heeft in het telefonisch contact verzoekster geïnformeerd dat het revalidatieprogramma wordt vergoed vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering, met een maximum van € 250,-. Dit is conform de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat voor het geven van onjuiste informatie over de fysiotherapie reeds excuses zijn aangeboden. Dit verandert het standpunt inzake de vergoeding voor het revalidatieprogramma echter niet.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster voor de door haar ingediende nota's een vergoeding heeft ontvangen van € 250,-. Dit is conform de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen maximum vergoeding. De stelling van verzoekster dat de aparte onderdelen van de zorg in verband met borstkanker wel zouden zijn vergoed, is onjuist. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat de polisvoorwaarden eenduidig zijn en dat geen recht bestaat op een hogere vergoeding. Het vergoedingenoverzicht vormt de basis, en daarin wordt verwezen naar de verzekeringsvoorwaarden. De brief van 28 mei 2010 bevat geen bevestiging van een telefonische toezegging. Bovendien dateert deze brief van ver na het door verzoekster aangehaalde telefoongesprek.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden 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 of de ziektekostenverzekeraar alsnog gehouden is de aanspraak in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 43 van de zorgverzekering. Artikel 22 (2009-2010) van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op revalidatie bestaat. Voor zover hier van belang, luidt artikel 22 als volgt:

“22. Revalidatie

22.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

U hebt recht op vergoeding van revalidatie in de volgende vormen:

(...)

- Deeltijd- of dagbehandeling: Het gaat hier om revalidatie zonder verblijf.

22.2 Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van revalidatie als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

U hebt revalidatie nodig om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen.

Het gaat om een handicap die het gevolg is van:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;

- een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag.

Deze revalidatie is hiervoor voor u de beste methode.

Door de revalidatie kunt u een bepaalde mate van zelfstandigheid bereiken of behouden die in relatie tot uw beperkingen mogelijk is. (...).”

- 8.3. Artikel 22 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Revalidatie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. In artikel 17.1 (2009-2010) van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald wanneer aanspraak bestaat op vergoeding van 'Herstel & Balans'. Artikel 17.1 luidt als volgt:

"17.1. Herstel & Balans

17.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden het trainingsprogramma van Herstel & Balans. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

Toelichting "Herstel & Balans"

Herstel & Balans is een landelijk trainingsprogramma voor patiënten die na behandeling van kanker een goede levensverwachting hebben. Deze patiënten kunnen te maken krijgen met ernstige lichamelijke en/of geestelijke problemen, zoals moeheid. Herstel & Balans biedt een reactiveringsprogramma van drie maanden. Hierin staan voorlichting, begeleiding en conditieverbetering centraal. Zo biedt het twee keer per week conditietraining door middel van fitness, zwemmen en sport en spel. Dit programma is vanzelfsprekend helemaal afgestemd op de doelgroep."

17.1.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van Herstel & Balans zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Een oncoloog of revalidatiearts schrijft de behandeling voor.

Zorgverlener

Stichting Herstel & Balans heeft de zorgverlener of zorginstelling (ziekenhuis, revalidatieklinik, fysiotherapeut of psycholoog) gecertificeerd voor het geven van het trainingsprogramma. (...)"

- 8.7. Het 'vergoedingenoverzicht' (2009-2010) van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

<i>"Wat krijgt u vergoed (...)"</i>	<i>Hoeveel krijgt u vergoed</i>	<i>Voorwaarden</i>
<i>Herstel & Balans (...)"</i>	<i>maximaal € 250,- per jaar</i>	<i>17.1.</i>

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1 Revalidatie kan ten laste van de zorgverzekering komen indien de revalidatie nodig is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Het moet daarbij gaan om een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen, of een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag. Hiervan is bij verzoekster geen sprake, zodat geen aanspraak op vergoeding van revalidatie bestaat ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2 Op grond van de door verzoekster afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering kan zij aanspraak maken op vergoeding van de kosten van het trainingsprogramma 'Herstel en Balans' tot maximaal € 250,-- per jaar. Verzoekster heeft derhalve voor de periode 1 januari 2009 tot en met 31 december 2009 recht op een vergoeding van maximaal € 250,--. Dit bedrag is aan verzoekster vergoed. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen hogere dekking, zodat verzoekster niet meer behoeft te worden vergoed dan hetgeen zij reeds heeft ontvangen.

Telefonische toezegging

- 9.3 Verzoekster heeft gesteld dat zij in 2009 telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar heeft opgenomen, bij welke gelegenheid haar door één van zijn medewerkers is meegedeeld dat de kosten van zorg die voortvloeit uit kanker volledig zouden worden vergoed. Dat deze mededeling is gedaan wordt door de ziektekostenverzekeraar betwist. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 9.4 Verzoekster heeft onvoldoende aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, tijdens het telefonische contact, toezeggingen zijn gedaan. Dit oordeel is mede gebaseerd op het feit dat verzoekster niet heeft gesteld wanneer en met wie zij 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. Voorts kan de ziektekostenverzekeraar niet gebonden worden geacht aan alle zijnerzijds gedane uitlatingen 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.

Bejegening

- 9.5 Aan het feit dat verzoekster zich onheus bejegend voelt door de ziektekostenverzekeraar kan zij geen vergoedingsrechten ontlenen. Gebleken is dat – voor zover sprake is geweest van het verstrekken van onjuiste informatie, welke informatieverstrekking uitsluitend de fysiotherapie, en nadrukkelijk niet het revalidatieprogramma betreft – hiervoor reeds excuses zijn aangeboden door de ziektekostenverzekeraar.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 juli 2011,

Voorzitter