



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D, volmachtgever van E te F, in deze vertegenwoordigd door G te H

Zaak : Geneeskundige zorg, fysiotherapie, hoogte vergoeding

Zaaknummer : 201302464

Zittingsdatum : 9 juli 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013, art. 6:228 BW)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, volmachtgever van E te F, vertegenwoordigd door G te H.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend 2 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van de kosten van behandelingen fysiotherapie (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsspecificaties van mei en juni 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat van het gedeclareerde bedrag van € 32,- een bedrag van € 14,50 per zitting wordt vergoed; het meerdere wordt afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 juli 2013 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 brief van 21 februari 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) primair verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, en subsidiair dat hij € 22,67 per zitting dient te vergoeden (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 11 april 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 april 2014 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 april 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 juli 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.

3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 juli 2014 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker is al enige tijd onder behandeling bij een (niet-gecontracteerde) fysiotherapeut. De kosten van deze behandelingen zijn tot en met 2012 altijd bijna volledig door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Verzoeker is er dan ook van uitgegaan dat de kosten in 2013 eveneens volledig door de ziektekostenverzekeraar zouden worden vergoed. In mei 2013 is verzoeker echter gebleken dat de ziektekostenverzekeraar nog slechts een bedrag van € 14,50 per zitting vergoedt.

4.2. Vanwege deze verlaging van de vergoeding voelt verzoeker zich door de ziektekostenverzekeraar misleid. Indien hij had geweten dat de vergoeding voor 2013 lager zou uitvallen, had hij voor dat jaar een andere aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten bij de ziektekostenverzekeraar of zou hij zijn overgestapt naar een andere verzekeraar. Omdat verzoeker niet is geïnformeerd over de wijziging van de hoogte van de vergoeding, is naar zijn mening sprake van dwaling.

4.3. Voorts voert verzoeker aan dat in artikel 1 van het 'Algemeen gedeelte' van de zorgverzekering wordt verwezen naar een 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders'. Volgens genoemd artikel behoort deze lijst ook bij de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Wanneer vervolgens in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders [naam ziektekostenverzekeraar] 2013' wordt gekeken, blijkt dat de vergoeding voor fysiotherapie € 22,67 per zitting bedraagt en niet € 14,50. Subsidiar maakt verzoeker dan ook aanspraak op een vergoeding van € 22,67 per zitting.

4.4. Indien de commissie besluit het verzoek (gedeeltelijk) toe te wijzen, vordert verzoeker tevens een schadevergoeding. Bij de vaststelling van de hoogte hiervan dient de betaalde premie voor de gekozen aanvullende verzekering een richtlijn te zijn. Daarnaast maakt verzoeker aanspraak op vergoeding van immateriële schade.

4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de verzekeringsvoorwaarden niet transparant zijn. Deze zijn zo onduidelijk dat ook de ziektekostenverzekeraar ze niet meer begrijpt. Indien verzoeker had geweten dat alles zo onduidelijk en misleidend was, had hij bij de ziektekostenverzekeraar nooit een dure aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten. De ziektekostenverzekeraar had begin 2013 de voorwaarden duidelijk moeten uitleggen en met een goed aanbod moeten komen. Pas in de onderhavige procedure heeft de ziektekostenverzekeraar erkend dat de voorwaarden onduidelijk zijn en heeft verzoeker een extra vergoeding ontvangen.

4.6. 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 dat de verzekeringsvoorwaarden wat betreft fysiotherapie duidelijk zijn. Indien een verzekerde naar een niet-gecontracteerde fysiotherapeut gaat, kan hij aanspraak maken op een vergoeding van € 14,50 per zitting, met een maximum van 20 behandelingen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Aangezien de fysiotherapeut van verzoeker niet is gecontracteerd, is de uitgekeerde vergoeding van € 14,50 per zitting correct.

5.2. Ten aanzien van de stelling van verzoeker dat de kosten in voorgaande jaren wel volledig zijn vergoed, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat gebleken is dat verzoeker in deze jaren ten onrechte een hogere vergoeding heeft ontvangen. Toch is naar de mening van de ziektekostenverzekeraar in de onderhavige situatie geen sprake van gewekt vertrouwen, aangezien het de verantwoordelijkheid is van verzekerden zich op de hoogte te stellen

van de verzekeringsvoorwaarden. Daarnaast is verzoeker vooraf erop gewezen dat de risicodrager met ingang van 1 januari 2013 zou wijzigen. Dit zou voor verzoeker een extra trigger kunnen zijn geweest zich opnieuw te informeren over eventuele wijzigingen in de vergoedingen.

5.3. Bij brief van 11 april 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar erkend dat de verzekeringsvoorwaarden wat betreft de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde fysiotherapie niet helder zijn. Om die reden is de ziektekostenverzekeraar bereid over te gaan tot het verlenen van een aanvullende vergoeding, waardoor het bedrag komt op € 22,67 per zitting.

5.4. 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 is de commissie 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 thans nog of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, alsmede of hij aan verzoeker de door deze gevorderde (immateriële) schade dient te vergoeden.

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 zorgverleners. Artikel 1.4. van de zorgverzekering regelt de hoogte van de vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, en luidt, voor zover hier van belang:

"Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Als u ervoor kiest voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven voor 2013, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.

(...)

U kunt de maximale vergoedingen raadplegen op de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders [naam ziektekostenverzekeraar] 2013. Deze lijst kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met een eigen risico of eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

(...)"

8.3. Artikel 1 van het 'Algemeen gedeelte' van de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders [naam ziektekostenverzekeraar] 2013' luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 1. Algemeen

In deze Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders [naam ziektekostenverzekeraar] 2013 vindt u de maximale vergoeding die u ontvangt als u naar een zorgaanbieder gaat met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten.

(...)

[Naam ziektekostenverzekeraar] aanvullende verzekeringsvoorwaarden

Deze lijst hoort ook bij artikel 1.4 van de [naam ziektekostenverzekeraar] aanvullende verzekeringsvoorwaarden.

(...)

In bijlage 4 en 5 vindt u de maximale vergoedingen 2013 per zorgvorm waarvoor geen Wmg-tarieven gelden."

- 8.4. In bijlage 5 is een overzicht opgenomen van de vergoedingen voor paramedische zorg. Voor zover hier van belang luidt dit artikel als volgt:

*"Omschrijving behandeling: Zitting fysiotherapie
Maximale vergoeding 2013: € 22,67
(...)"*

- 8.5. Artikel 3 van de 'Algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering 2013 bepaalt de duur en ingangsdatum van de aanvullende ziektekostenverzekering en luidt, voor zover hier van belang:

*"3.1.1 De verzekering gaat in op het op het polisblad vermelde datum en wordt gesloten voor het jaar waarin de verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de verzekering stilzwijgend verlengd, steeds voor de periode van een kalenderjaar.
(...)"*

- 8.6. Op grond van artikel 4 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van fysiotherapie en oefen therapie cesar/mensendieck. Voor zover hier van belang luidt dit artikel als volgt:

*"Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Voor verzekerden die op grond van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering recht hebben op fysiotherapie of oefen therapie geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.
(...)"*

Wij vergoeden een maximum bedrag van € 300,00 per kalenderjaar voor:

- > De kosten van behandeling door een gecontracteerde fysiotherapeut;*
- > De kosten van behandeling door een gecontracteerde oefentherapeut.*

Wij vergoeden € 14,50 per consult tot een maximumbedrag van € 300,00 per kalenderjaar voor:

- de kosten van een behandeling door een niet gecontracteerde fysiotherapeut*
- de kosten van een behandeling door een niet gecontracteerde oefentherapeut"*

- 8.7. Artikel 6:228 BW bepaalt dat een overeenkomst die tot stand is gekomen onder invloed van dwaling en bij een juiste voorstelling van zaken niet zou zijn gesloten, vernietigbaar is. Dit artikel luidt als volgt:

"1. Een overeenkomst die is tot stand gekomen onder invloed van dwaling en bij een juiste voorstelling van zaken niet zou zijn gesloten, is vernietigbaar:

- a. indien de dwaling te wijten is aan een inlichting van de wederpartij, tenzij deze mocht aannemen dat de overeenkomst ook zonder deze inlichting zou worden gesloten;*
 - b. indien de wederpartij in verband met hetgeen zij omtrent de dwaling wist of behoorde te weten, de dwalende had behoren in te lichten; c. indien de wederpartij bij het sluiten van de overeenkomst van dezelfde onjuiste veronderstelling als de dwalende is uitgegaan, tenzij zij ook bij een juiste voorstelling van zaken niet had behoeven te begrijpen dat de dwalende daardoor van het sluiten van de overeenkomst zou worden afgehouden.*
- 2. De vernietiging kan niet worden gegrond op een dwaling die een uitsluitend toekomstige omstandigheid betreft of die in verband met de aard van de overeenkomst, de in het verkeer geldende opvattingen of de omstandigheden van het geval voor rekening van de dwalende behoort te blijven."*

9. Beoordeling van het geschil

Vergoeding fysiotherapie

- 9.1. De commissie stelt allereerst vast dat hetgeen verzoeker heeft aangevoerd ten aanzien van het al dan niet transparant zijn van de verzekeringsvoorwaarden geen verdere bespreking behoeft, aangezien de

ziekttekostenverzekeraar tijdens de onderhavige procedure de vergoeding per zitting heeft verhoogd van € 14,50 naar € 22,67. Gevorderd wordt thans een bedrag van € 32,-- per zitting.

9.2. Verzoeker heeft zich in dit verband beroepen op dwaling. Indien dit beroep wordt gehonoreerd, is de sanctie vernietiging van de verzekeringsovereenkomst en zullen partijen eventueel hetgeen over en weer is gepresteerd ongedaan moeten maken. Het beroep op dwaling kan evenwel niet slagen. Van dwaling bij de totstandkoming van de overeenkomst is namelijk niet gebleken. Het betreft hier een geval waarin de verzekeringsovereenkomst in het voorgaande jaar niet naar de letter is uitgevoerd, waardoor verzoeker in dat jaar een zeker voordeel heeft genoten. De vraag die ter beantwoording voorligt is of verzoeker om die reden ook voor 2013 aanspraak kan maken op volledige vergoeding van de behandelingen fysiotherapie à € 32,-- per zitting. Ten aanzien hiervan oordeelt de commissie als volgt.

9.3. Ervan uitgaande dat verzoeker zich bij de prolongatie heeft verdiept in de verzekeringsvoorwaarden - kan hij zich niet met recht beroepen op het gegeven dat de ziektekostenverzekeraar de kosten eerder (kennelijk abusievelijk) heeft vergoed. Verzoeker wist dan immers dat in artikel 4 van de aanvullende verzekering een onderscheid wordt gemaakt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgverleners. Nu verzoeker voorts bekend is, althans bekend mag worden verondersteld, met het gegeven dat hij onder behandeling is bij een niet-gecontracteerde fysiotherapeut, is geen sprake van gewekt vertrouwen dat moet worden gehonoreerd. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op volledige vergoeding van de in 2013 gemaakte kosten van fysiotherapie.

Schadevergoeding

9.4. Verzoeker maakt tevens aanspraak op een schadevergoeding, waarbij volgens hem bij de vaststelling van de hoogte de betaalde premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering als richtlijn dient te worden genomen. De door verzoeker aangevoerde feiten en omstandigheden leveren geen rechtens relevante grondslag op om aanspraak te kunnen maken op schadevergoeding, zodat deze zal worden afgewezen. Dit geldt zowel voor de gevorderde materiële als immateriële schadevergoeding.

Conclusie

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

9.6. De commissie acht termen aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten het betaalde entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,-aan verzoeker dient te vergoeden.

Zeist, 23 juli 2014,

Voorzitter