



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Eigen risico, fysiotherapie, zorgverzekering of aanvullende ziektekostenverzekering, specificatie zorgkosten, bejegening
Zaaknummer : 201602330
Zittingsdatum : 27 september 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.1, 2.6, 2.17, 2.19 en bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V., en
- 2) Menzis N.V., beide te Wageningen,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (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 ExtraVerzorgd 1 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 205 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op fysiotherapie verleend in het ziekenhuis (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 16 juli 2016 en 24 juli 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat deze kosten zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering, en verrekend met het verplicht eigen risico 2016.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 3 augustus 2016, 17 augustus 2016, 9 september 2016, en 28 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar de declaraties ter zake van de fysiotherapie van januari en februari 2016 heeft gecorrigeerd, in die zin dat deze ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn gebracht. Hierdoor worden de betreffende kosten niet meer verrekend met het eigen risico 2016. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een vast contactpersoon toegewezen.
- 3.4. Bij brief van 8 februari 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat (i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is de uitkeringsoverzichten duidelijker te specificeren, (ii) hij in 2016 aanspraak had op twintig behandelingen fysiotherapie vóórdat hij hierover het verplicht eigen risico was verschuldigd, (iii) de ziektekostenverzekeraar hem onheus heeft bejegend (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. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 26 maart 2017 een afschrift gestuurd van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 17 maart 2017. Afschriften van beide brieven zijn op 3 april 2017 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 mei 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 mei 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 12 mei 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 mei 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.10. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.11. Verzoeker heeft op 12 september 2017 twee documenten aan de commissie gezonden, omdat hij tijdens de hoorzitting naar deze documenten wilde verwijzen. Dit betreft de brief van de deurwaarder van 29 juli 2016 en een overzicht van het Rivierenland Ziekenhuis van 3 maart 2017.
- 3.12. Verzoeker is op 27 september 2017 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.
- 3.13. Ter zitting is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar schriftelijk mag reageren op de door verzoeker op 12 september 2017 toegestuurde stukken en op de door verzoeker ter zitting voorgedragen en overgelegde pleitnota. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 18 oktober 2017 gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid. Een afschrift van deze brief is op 19 oktober 2017 aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft bij brief van 25 oktober 2017 hierop gereageerd. Een afschrift van deze brief is op 31 oktober 2017 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft van de ziektekostenverzekeraar twee declaratieoverzichten ontvangen, waarop is vermeld dat door het Ziekenhuis Rivierenland € 119,- respectievelijk € 148,75 is gedeclareerd. Beide bedragen zijn door de ziektekostenverzekeraar verrekend met het nog openstaande eigen risico 2016. De betreffende zorgkosten zijn omschreven als "*Ziekenhuis Rivierenland, Ziekenhuizen*". Daarnaast zijn de behandeldata vermeld. Hierdoor is het voor verzoeker niet mogelijk te controleren waarvoor hij moet betalen. Verzoeker wenst een overzicht met de juiste omschrijvingen, behorend bij de gedeclareerde kosten, te ontvangen. Later is verzoeker gebleken dat voornoemde kosten betrekking hebben op behandelingen fysiotherapie. Hij heeft vervolgens van het ziekenhuis vernomen dat de fysiotherapie wordt

gedeclareerd met een bepaalde code waardoor het voor de ziektekostenverzekeraar duidelijk was dat het fysiotherapie betreft. De ziektekostenverzekeraar had dit dus kunnen weten en had het derhalve als zodanig op de specificatie kunnen vermelden.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft voornoemde kosten van fysiotherapie ten onrechte ten laste van de zorgverzekering vergoed. Verzoeker heeft op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op negen behandelingen fysiotherapie. Daarom moeten de betreffende kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve ten onrechte de vergoeding verrekend met het eigen risico 2016 en had hiervoor nooit een factuur aan verzoeker mogen sturen.
- 4.3. Verzoeker stelt dat hij niets te maken heeft met de automatiseringsproblemen van de ziektekostenverzekeraar. Het is de verantwoordelijkheid en de plicht van de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker duidelijke informatie te verstrekken, zodat deze makkelijk kan controleren of de betreffende declaratie correct is. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker ten onrechte verwezen naar de informatie op de 'Mijnomgeving' aangezien het de ziektekostenverzekeraar bekend is dat verzoeker geen computer heeft en hiermee evenmin kan omgaan.
- 4.4. Doordat verzoeker werd geconfronteerd met het in rekening gebrachte eigen risico is hij uit angst voor de financiële consequenties gestopt met de fysiotherapeutische behandeling, zulks tegen het advies van zijn arts in. Dit is zijn gezondheid niet ten goede gekomen. Verzoeker maakt uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 16 november 2016 op dat hij aanspraak had op twintig behandelingen fysiotherapie, en dat pas ná de twintigste behandeling het eigen risico in beeld had moeten komen. Door het handelen van de ziektekostenverzekeraar heeft hij dus behandelingen fysiotherapie gemist waarop wel aanspraak bestond.
- 4.5. Verzoeker voelt zich bedreigd vanwege de door de ziektekostenverzekeraar aan hem gezonden betalingsherinneringen. Ook is hij hierdoor gefrustreerd en gestresst geraakt, hetgeen een negatieve invloed heeft op zijn gezondheid. Verzoeker benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft vermeld waarvoor hij diende te betalen. Voorts is verzoeker van mening dat de ziektekostenverzekeraar misbruik heeft gemaakt van zijn macht en gezag, zijn plicht heeft verzaakt, en schade heeft toegebracht aan de eer en goede naam van verzoeker. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar hem door zijn werkwijze financiële schade berokkend.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunten herhaald. Ter aanvulling heeft hij aangevoerd dat hij de ziektekostenverzekeraar nimmer heeft gevraagd om een gespecificeerde factuur van het Ziekenhuis Rivierenland. Evenmin heeft hij de ziektekostenverzekeraar gevraagd om de specificatie op de zorgnota te zetten of om zijn werkwijze alleen voor hem aan te passen. Verzoeker heeft benadrukt dat hij nooit een originele nota of betalingsherinnering heeft ontvangen waarop het correcte bedrag stond vermeld dat hij moest betalen. De ziektekostenverzekeraar heeft bij zijn brief van 4 mei 2017 een grote hoeveelheid documenten gevoegd, voorzien van een productieoverzicht. Volgens verzoeker zijn de producties niet goed genummerd, en betreft het een *"slordige, onoverzichtelijke, onduidelijke en een misleidende knoeiboel, die ook nog eens incompleet is."* Verzoeker heeft voorts benadrukt dat hij de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar als zeer negatief heeft ervaren. Verzoeker vraagt de commissie het bindend advies zo duidelijk mogelijk te formuleren, en te bepalen dat het verstrekken van de gespecificeerde uitkeringsspecificatie *"geen willekeur is doch voor mij als klant een volautomatisch continuerend recht."*
- 4.7. Verzoeker stelt in zijn brief van 25 oktober 2017 dat de ziektekostenverzekeraar met diens brief van 18 oktober 2017 geen enkele stelling heeft weerlegd waardoor hetgeen verzoeker heeft aangevoerd onverminderd overeind blijft.

4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Het Ziekenhuis Rivierenland heeft ten behoeve van verzoeker kosten gedeclareerd voor fysiotherapie als zijnde zorg die ten laste van de zorgverzekering dient te worden vergoed. Ziekenhuisnota's worden automatisch verwerkt, en de uitkeringsspecificatie wordt automatisch aangemaakt. Dit betekent dat alleen verzoeker merkt dat kosten ten laste van het eigen risico worden gebracht die verband houden met fysiotherapie. Het systeem kan niet zien hoeveel fysiotherapiebehandelingen reeds door het ziekenhuis zijn gedeclareerd. Vanaf de eenentwintigste behandeling bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering en is het eigen risico hierop van toepassing. De ziektekostenverzekeraar kan in de onderhavige situatie alleen handmatig de eerste twintig behandelingen corrigeren en op de aanvullende verzekering boeken.

De uitkeringsspecificaties van 16 juli 2016 en 24 juli 2016 vermelden ten onrechte dat de zorgkosten van januari en februari 2016 (verleend door het Ziekenhuis Rivierenland) onder het eigen risico vallen. In de brief van 16 november 2016 deelt de ziektekostenverzekeraar aan de Ombudsman Zorgverzekeringen mede dat deze declaraties zijn gecorrigeerd, en dat de kosten niet langer worden ingehouden op het verplicht eigen risico.

5.2. De ziektekostenverzekeraar hanteert de werkwijze dat verzekerden per post en/of via de 'Mijnomgeving' op de hoogte worden gebracht van zorgkosten die in rekening worden gebracht. Op het moment dat verzekerden per post worden geïnformeerd, heeft de ziektekostenverzekeraar ervoor gekozen dit zo min mogelijk te specificeren vanwege de privacygevoelige informatie die op een specificatie kan staan. Verzekerden kunnen voor de volledige specificatie van de zorgnota inloggen op de 'Mijnomgeving' (www.mijnmenzis.nl). Indien verzekerden geen gebruik wensen te maken van de mogelijkheid om in te loggen, zoals verzoeker, kunnen zij op verschillende manieren (telefoon, e-mail, brief) contact opnemen met de Klantenservice om alsnog per post een gespecificeerde zorgnota te ontvangen. Hiermee hebben verzekerden voldoende mogelijkheden om de zorgnota gespecificeerd in te zien. Het is niet mogelijk voor één verzekerde de werkwijze aan te passen.

5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker door middel van verschillende brieven uitleg gegeven over de (on)mogelijkheid de specificatie van de zorgkosten aan te passen. Ook is in deze brieven gereageerd op de overige klachten van verzoeker. Het is spijtig dat hij zich niet kan vinden in de uitleg hieromtrent. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat hij zorgvuldig heeft gehandeld bij de beoordeling en afhandeling van de klachten van verzoeker. Het is evenwel niet altijd mogelijk om iets te kunnen betekenen of aan een bepaalde verwachting te voldoen.

5.4. Ter zitting is de ziektekostenverzekeraar door de commissie in de gelegenheid gesteld schriftelijk te reageren op de door verzoeker voorgedragen pleitnota en de nagekomen stukken.

Bij brief van 18 oktober 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat verzoeker om diverse redenen niet tevreden is over de ziektekostenverzekeraar, en dat dit bij verzoeker diverse emoties oproept. De ziektekostenverzekeraar biedt daarom aan verzoeker zijn excuses aan. De ziektekostenverzekeraar heeft nimmer de intentie gehad verzoeker het gevoel te geven dat hij oneerlijk wordt behandeld.

Verzoeker heeft kenbaar gemaakt dat hij graag een gespecificeerde omschrijving wil van de behandelingen die hij volgens de ziektekostenverzekeraar heeft gehad in het Ziekenhuis Rivierenland. De ziektekostenverzekeraar wil vooropstellen dat hij de specificatie niet heeft aangepast voor verzoeker. Er is dus geen sprake van willekeur. De ziektekostenverzekeraar heeft bewust ervoor gekozen zo min mogelijk te specificeren vanwege privacygevoelige informatie. Dit betekent niet dat de ziektekostenverzekeraar deze informatie niet verstrekt. Verzekerden kunnen op verschillende manieren hiervan op de hoogte worden gebracht: naast het inloggen op de 'Mijnomgeving', mag een verzekerde ook altijd de Klantenservice bellen, e-mailen of schrijven als hij meer informatie over zijn specificatie wenst.

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 A17 van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 of (i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is de uitkeringsoverzichten duidelijker te specificeren, (ii) verzoeker in 2016 aanspraak had op twintig behandelingen fysiotherapie vóórdat hij hierover het verplicht eigen risico was verschuldigd, en (iii) de ziektekostenverzekeraar verzoeker onheus heeft bejegend.

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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld op de bladzijden 10 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Op de bladzijden 13, 14 en 15 van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie bestaat en deze passage luidt, voor zover hier van belang:

“Fysiotherapie

De fysiotherapeut stabiliseert, vermindert of herstelt een functiestoornis of de gevolgen daarvan door het toepassen van fysiotherapie, advisering of begeleiding. Hiermee probeert hij de functie van onder andere het houdings- en bewegingsapparaat te verbeteren. Normale houding en beweging zijn weer mogelijk of u leert zo goed mogelijk met uw beperkingen om te gaan.

Welke zorg

U heeft recht op fysiotherapie. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u ouder of jonger bent dan 18 jaar.

18 jaar of ouder

U heeft recht op fysiotherapie vanaf de 21e behandeling, als het gaat om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst. Bij een aantal aandoeningen heeft u recht op fysiotherapie voor een maximale periode. Of dat het geval is vindt u op de lijst die de minister van VWS heeft vastgesteld. Dit is de lijst opgenomen in Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering. Deze lijst vindt u op www.menzis.nl. U kunt ook bellen met de Klantenservice op 088 222 40 40.

(...)”

8.4. Op de bladzijden 8 en 9 is het verplicht eigen risico geregeld, en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. (...)

Let op

Het (verplicht en vrijwillig) eigen risico geldt niet voor:

- verloskundige zorg en kraamzorg (voor de kosten van laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen en (ambulance)vervoer geldt het eigen risico wel),
- hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt (voor verbruiksartikelen van het hulpmiddel geldt het eigen risico wel),
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent,
- huisartsenzorg met inbegrip van zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg). Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht,
- medicatiebeoordeling chronisch Uitsluitend Recept-geneesmiddelengebruik, als u naar een apotheker of huisarts gaat,
- verpleging en verzorging,
- vervoer van de donor bij transplantatie dat wordt genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij het 8e en 9e punt van de opsomming onder 'Welke zorg',
- nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij het 7e punt van de opsomming onder 'Welke zorg', is verstreken.

Als u een eigen bijdrage heeft of een eigen betaling doet, telt dat niet mee voor het eigen risico. Als de verzekering niet op 1 januari begint of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast. Eerst wordt het verplicht eigen risico toegepast, daarna het vrijwillig eigen risico. Als Menzis uw zorgnota rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, betaalt u of verzekeringnemer (ter keuze van Menzis) het eigen risico en de eventueel betaalde eigen bijdrage aan Menzis. U of verzekeringnemer ontvangt dan een nota van Menzis. Het eigen risico of een eigen bijdrage is ook van toepassing als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat. (...)"

- 8.5. De passages op de bladzijden 13 tot en met 15 ter zake van fysiotherapie, en 8 en 9 ter zake van het verplicht eigen risico van de zorgverzekering zijn volgens het bepaalde op pagina 6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, eerste lid, 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 en bijlage 1 Bzv.
Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.19 Bzv.
- 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.8. Op bladzijde 59 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op fysiotherapie geregeld, en deze passage luidt, voor zover hier van belang:

"Bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat kunt u naar de fysiotherapeut of oefentherapeut gaan. Door het toepassen van diverse technieken en oefeningen probeert deze de functie van het houdings- en bewegingsapparaat te verbeteren. Een normale houding en beweging is dan weer mogelijk, of u leert zo goed mogelijk met uw beperkingen om te gaan.

U krijgt vergoeding voor behandelingen fysiotherapie en oefentherapie tot een maximum aantal behandelingen. Dit maximum aantal behandelingen is per kalenderjaar: 9. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op fysiotherapie - met uitzondering van de eerste twintig behandelingen - indien sprake is van een indicatie die voorkomt op bijlage 1 Bzv.

9.2. Verzoeker heeft in 2015 een operatie ondergaan. De indicatie borstkanker biedt op grond van het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5°, van bijlage 1 Bzv, waarnaar de passage op de bladzijden 13, 14 en 15 van de zorgverzekering verwijst, aanspraak op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering vanaf de eenentwintigste behandeling.

Uit het dossier blijkt dat verzoeker in 2015 drie behandelingen fysiotherapie heeft genoten in verband met voornoemde indicatie. In januari en februari 2016 hebben vier respectievelijk vijf behandelingen fysiotherapie plaatsgevonden. Hieruit volgt dat het aantal van twintig behandelingen - die niet ten laste van de zorgverzekering komen - niet is volgemaakt. De kosten van de behandelingen fysiotherapie die in januari en februari 2016 zijn genoten, zijn derhalve in eerste instantie ten onrechte ten laste van de zorgverzekering gebracht.

9.3. De passage op de bladzijden 8 en 9 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico. Hieruit volgt dat verzoeker in 2016 een bedrag van € 385,- is verschuldigd aan verplicht eigen risico voor de zorg en overige diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Zoals in 9.2 is vastgesteld, zijn de kosten van de behandelingen fysiotherapie die in januari en februari 2016 zijn genoten, in eerste instantie ten onrechte ten laste van de zorgverzekering vergoed. Bij brief van 16 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar dit bevestigd en medegedeeld dat deze kosten niet langer met het verplicht eigen risico 2016 worden verrekend. De commissie neemt daarom aan dat de ziektekostenverzekeraar de verrekening van de kosten van fysiotherapie in januari en februari 2016 met het eigen risico 2016 inmiddels heeft gecorrigeerd en, mocht zulks niet het geval zijn, daartoe ten spoedigste zal overgaan.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op maximaal negen behandelingen fysiotherapie. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 16 november 2016 blijkt dat de negen behandelingen fysiotherapie van 5 januari 2016 tot en met 3 maart 2016 alsnog ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn gebracht. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen aanspraak op een hogere vergoeding, zodat de commissie verzoeker niet volgt in zijn stelling dat hij tekort is gedaan omdat hij eigenlijk recht had op twintig behandelingen.

Specificatie zorgkosten

9.5. Voor zover verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar een verdergaande specificatie dient te verstrekken van de door het ziekenhuis geleverde zorg, merkt de commissie op dat de vermelding op het declaratieoverzicht van de zorgaanbieder, de zorgvorm met de datum waarop deze zorg is verleend - de Nadere regel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/ NR-004 van de Nederlandse Zorgautoriteit in aanmerking nemend - , in beginsel voldoende moeten zijn om te controleren of de juiste zorg is gedeclareerd.

Bejegening

9.6. Verzoeker heeft zich beklagd over de bejegening door de ziektekostenverzekeraar. Geconstateerd moet worden dat de communicatie tussen partijen niet soepel is verlopen. De commissie ziet

 evenwel geen aanleiding verzoeker te volgen in zijn stelling dat sprake is van bedreiging en misbruik van macht door de ziektekostenverzekeraar, onderscheidenlijk aantasting van de eer en goede naam van verzoeker.

 **Conclusie**

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 6 december 2017,

 H.A.J. Kroon