



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Eigen risico, fysiotherapie  
Zaaknummer : 201501262  
Zittingsdatum : 10 februari 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 19, 20 en 21 Zvw, 2.6, 2.17 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de IZA GezondSamenPolis Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZA Extra Zorg 3 en IZA Extra Tand 2 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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 verzocht om restitutie van (een deel van) het door hem betaalde eigen risico 2015 (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 16 april 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.


3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 22 april 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.





3.3. Bij brief van 23 juli 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 78,56 ter zake van het eigen risico ten onrechte heeft berekend (hierna: het verzoek).

3.4. 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.




3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 november 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 november 2015 aan verzoeker gezonden.

3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 11 januari 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 februari 2016 per e-mail bericht medegedeeld niet te willen worden gehoord.


 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

-  4.1. In 2015 heeft verzoeker een nota van € 78,56 ontvangen ter zake van het eigen risico 2015. Hij is het hier niet mee eens omdat hij in het betreffende kalenderjaar minder dan twintig behandelingen fysiotherapie heeft gehad, hetgeen inhoudt dat de behandelingen moeten worden vergoed. Verzoeker heeft na het ontvangen van de nota e-mailcontact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft gesteld dat de nota correct is, omdat de vergoeding van de behandelingen fysiotherapie vanuit de zorgverzekering is toegekend. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker daarbij medegedeeld dat de behandelingen van voorgaande jaren worden meegenomen, zolang het om dezelfde aandoening gaat.
-  4.2. De verzekeringsovereenkomst tussen de ziektekostenverzekeraar en verzoeker loopt van 1 januari tot en met 31 december. De behandelingen in het voorgaande jaar vallen derhalve niet onder die overeenkomst aangezien de verzekering loopt van kalenderjaar tot kalenderjaar en niet van aandoening naar aandoening.
-  4.3. Als verzoeker van zorgverzekeraar zou zijn gewisseld waren de behandelingen van voorgaande jaren niet meegenomen. Verzoeker wordt op deze manier gestraft omdat hij bij dezelfde verzekeraar blijft. Op hem zijn niet dezelfde regels van toepassing als op een nieuwe verzekerde. Tevens staat in de voorwaarden van de zorgverzekering niet vermeld dat de kosten met betrekking tot fysiotherapie over meerdere kalenderjaren lopen.
-  4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

-  5.1. Verzoeker heeft in 2014 en 2015 meer dan twintig behandelingen fysiotherapie gehad. Indien een verzekerde een aandoening heeft die voorkomt op bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, vindt vanaf de 21e behandeling vergoeding plaats vanuit de zorgverzekering. De eerste twintig behandelingen worden in dat geval vergoed vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering.
-  5.2. Volledigheidshalve deelt de ziektekostenverzekeraar mede dat de zorgverzekering wordt aangegaan voor de duur van een jaar. Het kan, ongeacht de duur van het contract, dat er voorwaarden zijn opgenomen in de zorgverzekering die over meerdere jaren lopen. In onderhavige kwestie geldt dat in de zorgverzekering is opgenomen sprake is van vergoeding per aandoening en niet per (kalender)jaar. Dit betekent dat de behandelingen die verzoeker in 2014 heeft ondergaan meetellen zo lang het om dezelfde aandoening gaat.
-  5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

 6. De bevoegdheid van de commissie

-  6.1. Gelet op artikel 10.1.2. van de zorgverzekering en artikel 7.1.2. 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 de ziektekostenverzekeraar terecht het bedrag van € 78,56 voor behandelingen fysiotherapie ten laste van het verplicht eigen risico voor 2015 heeft gebracht.

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 kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 7 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

*"(...) 7.1 Hoogte verplicht eigen risico*

*Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 375 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag.*

*(...)*

*7.2 Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?*

*Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:*

- huisartsenzorg (...)*
  - zorg die wordt bekostigd met toepassing van de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit 'Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (...)*
  - verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 13;*
  - verloskundige zorg en kraamzorg (...)*
  - de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen (...)*
  - de door ons gecontracteerde zorgaanbieders voor het leveren van drinkvoeding (...)*
  - hulpmiddelen in bruikleen;*
  - nacontroles van een nier- of leverdonor, (...)*
  - vervoer van een donor zoals genoemd in artikel 21 (...)*
  - eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.*
- (...)*

8.4. Artikel 26 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"(...) U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.*

*(...) 18 jaar en ouder:*

*(...)*

*- u hebt vanaf de 21e behandeling recht op vergoeding van de kosten van behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) (...) De kosten van de eerste 20 behandelingen komen voor uw eigen rekening. U krijgt deze behandelingen mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. (...)"*

8.5. De artikelen 7 en 26 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. 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. Paramedische zorg, waaronder fysiotherapie en oefentherapie, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv. Het verplicht en vrijwillig eigen risico is geregeld in de artikelen 19, 20 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. Artikel 48 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat geen recht bestaat op (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Zorgverzekeringswet als er een verzekeringsverplichting is in de zin van die wet.

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**


- 9.1. Verzoeker is sinds 2014 onder behandeling bij een fysiotherapeut voor een chronische aandoening. In totaal heeft hij 34 behandelingen ondergaan waarvan een deel in 2015. De aandoening van verzoeker komt voor op Bijlage 1 Bzv, hetgeen inhoudt dat vanaf de 21e behandeling vergoeding plaatsvindt vanuit de zorgverzekering. Zowel het Bzv als artikel 26 van de zorgverzekering laat er geen twijfel over bestaan dat genoemd aantal geldt per aandoening en niet per kalenderjaar. De volgende vraag is dan of de 21e en volgende behandeling fysiotherapie - waarvan de kosten zijn gedekt onder de zorgverzekering - terecht door de ziektekostenverzekeraar zijn verrekend met het verplicht eigen risico 2015. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Ingevolge de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden is verzoeker in 2015 maximaal € 375,- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg en diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. De zorg die verzoeker heeft genoten, te weten fysiotherapie, is niet uitgesloten van het verplicht eigen risico zoals genoemd in artikel 7 van de zorgverzekering. Voorts is gesteld noch gebleken dat het eigen risico 2015 reeds op andere wijze (i.e. door andere genoten zorg) was 'vol gemaakt'. De kosten van de behandelingen in 2015 zijn derhalve terecht ten laste van het verplicht eigen risico gebracht.

**Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**


- 9.3. Uit het voorgaande volgt dat de kosten van de 21e en volgende behandeling fysiotherapie worden vergoed ten laste van de zorgverzekering en dat deze terecht zijn verrekend met het verplicht eigen risico 2015. In artikel 48 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat in deze situatie geen aanspraak kan worden gemaakt op de dekking vanuit deze verzekering. Verzoeker heeft derhalve niet de keuze de behandelingen in 2015 (opnieuw) ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering te laten komen.




**Conclusie**



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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 maart 2016,


A.I.M. van Mierlo