

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: No-claim
Zaaknummer	: ANO07.392
Zittingsdatum	: 5 december 2007

BINDEND ADVIES

Zaak ANO07.392, No-claim

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 11, 19 en 22 Zvw, 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 7 februari 2007 inzake de kosten van fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering die op de no-claim en het eigen risico in mindering zijn gebracht.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1 Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter af polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), (hierna: de zorgverzekering). Verzoekster heeft ook een aanvullende verzekering bij de zorgverzekeraar.
- 3.2 Bij brief van 7 februari 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de kosten van fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering op de no-claim en het eigen risico in mindering zijn gebracht.
- 3.3 Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 19 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4 Bij brief van 2 augustus 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar de kosten van fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering niet in mindering op de no-claim en het eigen risico zal brengen.
- 3.5 Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6 De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 12 september 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7 Op 3 oktober 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar

gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.

- 3.8 Verzoekster is op 5 december 2007 persoon gehoord, terwijl de zorgverzekeraar telefonisch is gehoord.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1 Verzoekster stelt dat zij bij een mobiele winkel van de zorgverzekeraar in Pijnacker en Nieuwekerk a/d IJssel geïnformeerd heeft of de kosten van haar fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering op de no-claim en het eigen risico in mindering worden gebracht en dat haar is geantwoord dat dit niet het geval is. De zorgverzekeraar heeft echter bij brief van 7 februari 2007 verklaard dat de kosten van fysiotherapie wél ten laste van de zorgverzekering worden gebracht.
Verzoekster stelt dat wanneer zij juist geïnformeerd zou zijn, zij met ingang van het jaar 2007 niet had gekozen voor een eigen risico van € 300,00.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 Verzoekster heeft een indicatie voor fysiotherapie als bedoeld in bijlage 1 van het Bzv. Op grond daarvan worden de kosten van de fysiotherapie vergoed vanuit de zorgverzekering, met uitzondering van de eerste negen behandelingen, welke worden vergoed vanuit de aanvullende verzekering. De no-claim en het eigen risico gelden slechts voor de zorgverzekering gelden.
De zorgverzekeraar is niet gebleken van enige verkeerde voorlichting zijnerzijds richting verzoekster. Voorzover verzoekster dit wel als zodanig ervaren heeft, biedt de zorgverzekeraar hiervoor zijn excuses aan.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Ten aanzien van de aanvullende verzekering is de commissie niet bevoegd.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1 De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.
Een zorgverzekering in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn geregeld in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht.
- 7.3 Het betreft hier een naturaverzekering, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. De regeling omtrent de no-claim is geregeld in artikel 7 en de regeling omtrent het eigen risico in artikel 8 van de zorgverzekering. De regeling omtrent fysiotherapie is geregeld in artikel 18 van de zorgverzekering. Artikel 7 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

"7.1 iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de Zorgverzekering, heeft recht op teruggave van het zogenoemde no-claimbedrag.

7.2 De hoogte van de no-claim bedraagt maximaal € 255,- per verzekerde per kalenderjaar.

7.3 Alle kosten die in de loop van het kalenderjaar vanuit de zorgverzekering gemaakt worden, worden van het maximale no-claimbedrag van € 255,- Afgetrokken."

Artikel 8 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

"8.1 Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar en ouder al dan niet kiezen voor een eigen risico. De zorgverzekering kan worden afgesloten zonder eigen risico of voor verzekerden van 18 jaar en ouder met een eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Het per verzekerde gekozen eigen risico wordt in dat geval vermeld op het polisblad. Bij de keuze voor een eigen risico geldt een premiekorting. Het overzicht waarin deze premiekortingen staan vermeld maakt onderdeel uit van deze polis.

8.2 Het per verzekerde gekozen eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de zorgverzekering aanspraak kan worden gemaakt.

8.3 De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent vallen buiten de kosten van het eigen risico. (...).

8.4 Kosten van zorg die vanuit de zorgverzekering worden vergoed, komen eerst in mindering op de no-claim teruggave, bedoeld in artikel 7 en worden daarna verrekend met het eigen risico.

8.5 Voor de bepaling van het eigen risico is de situatie bij aanvang van de verzekering of situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid verminderd.

8.6 In die gevallen waarin, op grond van de aanspraken c.q. vergoedingen vanuit de Zorgverzekering, een bedrag voor rekening van u blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het eigen risico."

Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

"Chronische aandoeningen

U heeft aanspraak op de 10e en daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut bij bepaalde chronische aandoeningen, overeenkomstig bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Het overzicht uit bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van de folder 'Paramedische Zorg' en kunt u bij ons opvragen en is in te zien op onze website."

- 7.4 Volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering is de verzekeringsovereenkomst gebaseerd op de Zvw, het Bzv, met de daarbij behorende Rzv, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door u (verzekeringnemer) ingevulde aanvraagformulier.
- 7.5 Artikel 11 lid 1 onderdeel a van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Paramedische

zorg is, conform het derde lid van artikel 11 Zvw, naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv. Artikel 2.6 Bzv regelt dat de zorg omvat zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in Bijlage 1 vermelde aandoeningen. In dit artikel is voorts expliciet opgenomen dat de eerste negen behandelingen uitgesloten zijn van vergoeding.

Met betrekking tot het eigen risico is in artikel 19 van de Zvw, voor zover hier van belang, het volgende bepaalt:

- “-1. De zorgverzekeraar biedt van iedere zorgverzekering met een bepaalde combinatie van te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, een variant zonder eigen risico aan.*
- 2. De zorgverzekeraar kan voor de verzekering van een persoon van 18 jaar of ouder varianten van de zorgverzekering aanbieden met een eigen risico van € 100,00, € 200,00, € 300,00, € 400,00 of € 500,00 per kalenderjaar, waartegenover hij een korting op de grondslag van de premie verleent.*
- 3. De korting mag afhangen van:*
 - a. de omvang van het voor de verzekerde gekozen eigen risico;*
 - b. het aantal kalenderjaren waarvoor een eigen risico voor de verzekerde gegolden heeft.*
- 4. (...).”*

Met betrekking tot de no-claim is in artikel 22 van de Zvw, voor zover hier van belang, het volgende bepaalt:

- “-1. Indien de waarde van de verzekerde prestaties die in een kalenderjaar ten behoeve van een verzekerde zijn verstrekt lager is dan een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen bedrag, heeft de verzekerde jegens de zorgverzekeraar recht op een bedrag, de no-claimteruggave, dat gelijk is aan het verschil tussen het bij de maatregel bepaalde bedrag en eerder bedoelde waarde.*
- 2. Geen recht op een no-claimteruggave hebben verzekerden voor wie geen premie verschuldigd is.*
- 3. (...).*
- 4. Indien het derde lid van toepassing is, wordt de no-claimteruggave berekend door van het ingevolge dat lid bepaalde bedrag af te trekken de waarde van de verzekerde prestaties genoten vanaf respectievelijk tot de dag waarop de zorgverzekering inging respectievelijk eindigde, dan wel vanaf de dag waarop voor de verzekerde premie verschuldigd werd.*
- 5. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald:*
 - a. welke vormen van zorg of overige diensten in welke mate buiten beschouwing blijven bij het bepalen van de waarde van de verzekerde prestaties, bedoeld in het eerste en vierde lid;*
 - b. (...).*

Artikel 2.19 van het Bzv bepaalt voor zover hier van belang, het volgende:

- “1. Voor de toepassing van artikel 22, eerste lid, van de wet wordt het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed alsmede de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden buiten beschouwing gelaten.”*

7.6 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

7.7 Met betrekking tot de stelling van verzoekster omtrent de uitspraken van de

zorgverzekeraar is de commissie van oordeel dat tegenover de gemotiveerde betwisting van de zorgverzekeraar omtrent hetgeen verzoekster dienaangaande heeft gesteld, zij met hetgeen zij te berde heeft gebracht niet aannemelijk heeft gemaakt dat de zorgverzekeraar haar onjuist heeft ingelicht. Doch zelfs indien dit anders zou zijn is de commissie van oordeel dat een zorgverzekeraar in beginsel niet gebonden kan worden geacht aan alle zijnerzijds gedane uitslatingen waardoor bij een verzekerde verwachtingen zijn gewekt ten aanzien van een door de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar in acht te nemen regelgeving, noopt het belang dat de verzekerden erbij hebben dat de zorgverzekeraar 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. Van bijzondere omstandigheden die aanleiding kunnen geven van deze regel af te wijken is niet gebleken.

- 7.8 De commissie zal naar aanleiding van het voorgaande een beslissing nemen op basis van wat de polisvoorwaarden voorschrijven. De commissie begrijpt dat verzoekster fysiotherapie ondergaat welke door de zorgverzekeraar ten laste van de zorgverzekering vergoed wordt. Dit betekent dat de eerste negen behandelingen niet vergoed worden, tenzij sprake is van een aanvullende verzekering. De kosten hiervan mogen niet in mindering worden gebracht op de no-claim en het eigen risico. Kosten na de negende behandeling worden ten laste van de zorgverzekering vergoed en mogen wel in mindering worden gebracht op de no-claim. Laatstgenoemde kosten mogen, nadat het no-claim bedrag 'op' is, blijkens artikel 8.4 van de zorgverzekering, ook in mindering worden gebracht op het eigen risico van verzoekster.
- 7.9 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 januari 2008

Voorzitter