



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM  
Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te  
Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, fysiotherapie, hoogte vergoeding, niet-gecontracteerde zorgverlener,  
gemiddeld gecontracteerd tarief

Zaaknummer : 201700666

Zittingsdatum : 30 augustus 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
  - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- 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 basis van de CZ Zorgkeuzepolis (restitutie) (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 Supertop 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 zorgverzekering 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 volledige vergoeding van de kosten van fysiotherapie door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 11 januari 2017 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 brief van 20 januari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 12 april 2017 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 18 mei 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (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 24 juli 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 juli 2017 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.

3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 30 augustus 2017 in persoon gehoord.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker wordt sinds enige tijd behandeld door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut te Middelburg. Hij heeft, in tegenstelling tot in het verleden genoten fysiotherapie bij andere zorgaanbieders, baat bij deze behandelingen. Dit blijkt uit de afnemende gezondheidsklachten. Verzoeker heeft in 2017 verschillende nota's voor de aan hem verleende fysiotherapie bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Op alle ingediende nota's is prestatiecode 1000 vermeld met de nadere specificatie "individuele zitting reguliere fysiotherapie". De kosten voor een "individuele zitting reguliere fysiotherapie" bedragen, gelet op de ingediende nota's, € 30,- per behandeling. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de ingediende nota's slechts gedeeltelijk, terwijl verzoeker aanspraak heeft of zou moeten hebben op volledige vergoeding hiervan. Hij ontvangt voor de kosten van fysiotherapie een vergoeding van 75 percent van het door de ziektekostenverzekeraar bepaalde tarief. Een gedeelte van de kosten moet verzoeker dus zelf betalen.

4.2. Aangezien zijn aanvullende ziektekostenverzekering een restitutiepolis betreft, heeft verzoeker vrije keuze van zorgaanbieders en moet de ziektekostenverzekeraar zorg die wordt geleverd door niet-gecontracteerde zorgaanbieders volledig vergoeden. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker geen restitutiepolis betreft, is onjuist. Aangezien de zorgverzekering een restitutiepolis is, moet de aanvullende ziektekostenverzekering ook worden aangemerkt als restitutiepolis. Een aanvullende ziektekostenverzekering is immers een aanvulling op de bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten zorgverzekering. De aanvullende ziektekostenverzekering is bovendien geen zelfstandige verzekering, omdat deze niet zonder de zorgverzekering kan worden afgesloten. Verzoeker merkt op dat hij bewust heeft gekozen voor een zeer uitgebreide aanvullende ziektekostenverzekering in de vorm van een restitutiepolis, juist in verband met de vrije keuze van zorgaanbieders.

4.3. De ziektekostenverzekeraar wil zorgaanbieders stimuleren met hem een overeenkomst aan te gaan door slechts 75 percent van het door hem bepaalde tarief te vergoeden voor zorg verleend door niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De ziektekostenverzekeraar moet zorgaanbieders echter op een andere wijze stimuleren om een overeenkomst met hem te sluiten, aangezien verzoeker door het huidige beleid verstoken raakt van de zorg die hij nodig heeft. Vanwege de voor zijn rekening blijvende kosten van fysiotherapie zal verzoeker immers minder behandelingen ondergaan. Bovendien komt de ziektekostenverzekeraar met het huidige beleid zijn contractuele verplichtingen jegens verzoeker niet na. Ook kan het niet zo zijn dat verzoeker door een geschil tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder niet de zorg kan krijgen die hij nodig heeft. De ziektekostenverzekeraar wil met voornoemd beleid tevens stimuleren dat verzekerden zorg afnemen van door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Verzoeker ervaart het huidige beleid echter niet als stimulant. Hij voelt zich bestraft en beboet voor zijn keuze voor een niet-gecontracteerde fysiotherapeut. Verzoeker merkt in dit kader op dat zijn premie voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering jaarlijks stijgt. Omdat de ziektekostenverzekeraar eenzijdig de hoogte van de vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg heeft verlaagd, moet dat volgens verzoeker leiden tot een verlaging van de premie.

4.4. Ter zitting is door verzoeker verklaard dat hij in 2016 een brief van de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen over de vergoeding van behandelingen door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut. Hij dacht echter dat deze informatie voor hem niet van belang was, omdat zijn aanvullende ziekte-

kostenverzekering een restitutiekarakter heeft. Verzoeker is daarom niet overgestapt naar aan andere ziektekostenverzekeraar, ook al omdat een medewerker van de ziektekostenverzekeraar had medegedeeld dat voor hem niets zou veranderen, en met hem nooit is gecommuniceerd over kostenbeheersing.

4.5. 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 bij de ziektekostenverzekeraar nota's ingediend met betrekking tot aan hem in 2017 verleende fysiotherapiebehandelingen. Deze nota's heeft de ziektekostenverzekeraar niet volledig vergoed, omdat de fysiotherapiebehandelingen aan verzoeker zijn verleend door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut. Sinds 1 januari 2017 bedraagt de vergoeding voor fysiotherapie, die wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering 75 percent van het gemiddeld afgesproken tarief. Het gemiddeld afgesproken tarief is vermeld in de 'tarievenlijst' van de ziektekostenverzekeraar. Voor volledige vergoeding van de kosten van fysiotherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering moeten de fysiotherapiebehandelingen worden verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder. Op grond van de zorgverzekering mag verzoeker zelf een zorgaanbieder kiezen. De betreffende zorgaanbieder hoeft niet door de ziektekostenverzekeraar te zijn gecontracteerd. Voor de fysiotherapiebehandelingen die aan verzoeker zijn verleend door zijn behandelend fysiotherapeut zou de ziektekostenverzekeraar op grond van de zorgverzekering € 21,15 per behandeling vergoeden.

5.2. De aanvullende ziektekostenverzekering betreft, gelet op het voorgaande, echter geen restitutiepolis en is, in tegenstelling tot wat verzoeker stelt, niet 'gekoppeld' aan de zorgverzekering. Dat de zorgverzekering van verzoeker een restitutiepolis is, betekent dus niet noodzakelijkerwijs dat zijn aanvullende ziektekostenverzekering ook een restitutiekarakter heeft. De inhoud van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepalend voor de vraag of sprake is van een naturapolis, een restitutiepolis of een gemengde polis. Uit artikel C.2.2. van de 'algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering in samenhang met het betreffende Vergoedingen Overzicht blijkt dat de aanvullende ziektekostenverzekering een gemengde polis betreft. In artikel C.2.2. van de 'algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering is immers het volgende opgenomen: *"De ziektekostenverzekering is een "restitutieverzekering". Dat wil zeggen dat u recht hebt op vergoeding van de kosten van zorg. Aanvullende verzekeringen zijn bijna allemaal restitutieverzekeringen. Een klein aantal aanvullende verzekeringen is echter een "gemengde verzekering". Dat wil zeggen dat u bij tenminste één vergoeding (artikel) recht hebt op vergoeding van de kosten van zorg (restitutie) en bij tenminste één vergoeding (artikel) recht hebt op de zorg zelf (natura). Uw aanvullende verzekering is altijd een restitutieverzekering, behalve als in de inleiding van uw Vergoedingen Overzicht van die aanvullende verzekering staat dat het een gemengde verzekering is."* In het Vergoedingen Overzicht van de aanvullende ziektekostenverzekering is vervolgens bepaald: *"Dit is een aanvullende gemengde verzekering, zie hiervoor artikel C.2.2 van de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen. Alle zorg is op restitutiebasis, behalve waar we in dit Vergoedingen Overzicht hebben aangegeven dat dit zorg in natura betreft. Zie hiervoor ook artikel A 20.2.4."* In het Vergoedingen Overzicht van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt met betrekking tot fysiotherapie vermeld dat de vergoeding voor deze zorg wordt gekort indien betrokkene fysiotherapie ontvangt van een niet-gecontracteerde fysiotherapeut. Gelet op het gemengde karakter van de verzekering is het toegestaan een vergoeding van 75 percent van het gemiddeld afgesproken bedrag te verlenen voor fysiotherapie die wordt geleverd door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut.

5.3. De vergoeding voor fysiotherapie van 75 percent van het gemiddeld afgesproken tarief betreft een wijziging ten opzichte van de vergoeding voor fysiotherapie in 2015. Tot 2016 had verzoeker op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering namelijk aanspraak op een maximale vergoeding voor fysiotherapie van € 2.000,- per jaar. Met ingang van 2016 bedraagt de vergoeding voor fysiotherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering 75 percent per behandeling.

Verzoeker is over de wijziging van de vergoeding voor fysiotherapie in 2016 geïnformeerd met de brochure 'Wijzigingen Zorgverzekering 2016'. Deze brochure en het nieuwe polisblad zijn op 16 november 2015 aan verzoeker gezonden. Voorts blijkt uit een e-mailwisseling tussen de ziektekostenverzekeraar en verzoeker op 29 en 30 december 2016 dat verzoeker over de vergoeding van 75 percent van het gemiddeld gecontracteerd tarief voor fysiotherapie verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is geïnformeerd.

5.4. Door de wijziging van de vergoeding voor fysiotherapie op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering wil de ziektekostenverzekeraar, in het kader van kostenbeheersing, de zorgverlening door gecontracteerde zorgaanbieders bevorderen. Ook wil hij contractering met zorgaanbieders stimuleren. Met gecontracteerde zorgaanbieders kan hij namelijk afspraken maken over de kwaliteit en de doelmatigheid van de geleverde zorg. Bovendien kan de zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar jegens verzekerden in het gedrang komen wanneer niet-gecontracteerde fysiotherapeuten een volledige vergoeding krijgen. Zorgaanbieders van fysiotherapie zouden dan immers makkelijker kunnen afzien van het sluiten van een overeenkomst met de ziektekostenverzekeraar, als gevolg waarvan hij onvoldoende fysiotherapie kan contracteren voor zijn verzekerden. De ziektekostenverzekeraar heeft overwogen het beleid ten aanzien van de hoogte van de vergoeding voor fysiotherapie die is verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder louter toe te passen op aanvullende verzekeringen die worden afgesloten bij een zorgverzekering in de vorm van een naturapolis. Een dergelijk beleid heeft hij echter vanwege een verdubbeling van het productaanbod en het ontstaan van rechtsongelijkheid onwenselijk gevonden en daarom geldt voornoemd beleid ten aanzien van de hoogte van de vergoeding voor fysiotherapie ook in het geval van een aanvullende verzekering die wordt afgesloten bij een zorgverzekering in de vorm van een restitutiepolis.

5.5. De ziektekostenverzekeraar constateert dat de zorg alsmaar duurder wordt door onder andere een stijgende zorgconsumptie. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar voor een aantal zorgvormen de verzekeringsvoorwaarden in het voordeel van zijn verzekerden, waaronder verzoeker, aangepast. Derhalve verlaagt de ziektekostenverzekeraar de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering niet.

5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op volledige vergoeding van de kosten van fysiotherapie door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.

8.2. Artikel D.16 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck en luidt, voor zover hier van belang:

### **"D.16.1. Fysiotherapie en/of oefentherapie algemeen**

(...)

#### **Zorg: waar hebt u recht op?**

*U hebt recht op (vergoeding van) fysiotherapie en/of oefentherapie, zoals die zorg is beschreven in artikel B.8.*

*(...)*

*Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht*

*(...)*

#### **Voorwaarden**

*Algemeen*

*- Zie de voorwaarden waaronder deze zorg wordt verleend in artikel B.8.3. onder "voorwaarden B.8.1., B.8.2. en B.8.3.". De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.*

*- Het genoemde aantal behandelingen is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut en eventueel uw verwijzer bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn voor uw aandoening.*

#### **Zorgverlener**

*Zie artikel B.8. (...)*

#### **Tarieven**

*Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20."*

- 8.3. Artikel A.20 van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de hoogte van de vergoeding en luidt, voor zover hier van belang:

#### **"A.20.1. Omschrijving van de tarieven**

*In de artikelen van Hoofdstuk B en op uw Vergoedingen Overzicht staat op welke zorg u recht hebt of hoe hoog de vergoeding is die u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat wij dan uw rekening volledig vergoeden. Wij gaan uit van verschillende tarieven:*

##### **1. Afgesproken tarief**

*Dit is het (gemiddelde) tarief dat wij in de zorgovereenkomsten met zorgverleners hebben afgesproken voor de betreffende zorg/behandeling. Hoe hoog het tarief voor de verschillende zorgvormen is, vindt u op onze internetsite.*

*(...)*

##### **2. Vast, wettelijk (punt)tarief**

*Dit is het vaste tarief dat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg door de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) is vastgesteld voor bepaalde zorg. Het tarief dat een zorgverlener hanteert, mag dus niet hoger maar ook niet lager zijn. Deze tarieven worden ook wel punttarieven genoemd.*

##### **3. Marktconforme tarief**

*Dat is het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is, als bedoeld in artikel 2.2, tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering.*

*(...)*

##### **4. Gedecclareerde tarief**

*Het bedrag dat op de rekening staat.*

*(...)"*

- 8.4. Het Vergoedingen Overzicht van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de hoogte van de vergoeding en luidt, voor zover hier van belang:

#### **"Wat krijgt u vergoed**

##### **Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck**

*Fysiotherapie en/of oefentherapie algemeen (samen) (zorg in natura)*

##### **Hoeveel krijgt u vergoed**

*maximaal 72 behandelingen per jaar*

*- door gecontracteerde zorgverlener 100% van het afgesproken tarief*

*- door niet-gecontracteerde zorgverlener 75% van het gemiddelde afgesproken tarief*

#### **Voorwaarden**



D.16"

- 8.5. De 'Restitutie-tarievenlijst overige tarieven' bepaalt, voor zover hier van belang:

**"Fysiotherapie"**

*Individuele zitting reguliere fysiotherapie*

*Gecontracteerde tarieven € 28,20*


*CZ Zorg-op-maatpolis (75%) € 21,15*

*CZ Zorgbewustpolis (70%) € 19,74"*





9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**


- 9.1. Vast staat dat verzoeker ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft op fysiotherapie en dat deze aan hem wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de hoogte van de vergoeding.
- 9.2. Door verzoeker is in dit verband verklaard dat de ziektekostenverzekeraar de toepasselijke voorwaarden met ingang van 1 januari 2017 eenzijdig heeft gewijzigd. De ziektekostenverzekeraar heeft de stelling betrokken dat de verzekeringsvoorwaarden met ingang van 2016 zijn gewijzigd en dat verzoeker hierover met de brochure 'Wijzigingen Zorgverzekering 2016' is geïnformeerd. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.  
Op basis van de verzekeringsvoorwaarden staat vast dat verzoeker in 2015 aanspraak had op vergoeding van fysiotherapie tot een bedrag van € 2.000,- per jaar. Voorts blijkt uit het 'Vergoedingen Overzicht CZ Supertop', met ingangsdatum 1 januari 2016, dat de vergoeding van fysiotherapie door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in dat jaar 75 percent per behandeling bedroeg. *"De vergoedingspercentages (%) in dit overzicht berekenen wij over de wettelijke tarieven of de redelijke marktprijs."* Verder is in het 'Vergoedingen Overzicht' van de aanvullende ziektekostenverzekering, met ingangsdatum 1 januari 2017, opgenomen dat de vergoeding van fysiotherapie door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het huidige jaar 75 percent van het gemiddelde afgesproken tarief bedraagt. Gelet op het voorgaande, zijn de verzekeringsvoorwaarden met ingang van 1 januari 2016 en 1 januari 2017 gewijzigd.  
Het staat de ziektekostenverzekeraar vrij de inhoud en de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering eenzijdig te wijzigen, hetzij tussentijds dan wel bij de jaarlijkse prolongatie. In voorkomend geval dienen de verzekeringnemers hiervan tijdig op de hoogte te worden gesteld. Zij kunnen er alsdan voor kiezen de aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen binnen de termijn die daar voor staat en desgewenst over te stappen naar een andere verzekeraar. Een en ander is conform artikel 7:940, vierde lid, BW.
- 9.3. Uit een e-mailbericht van een medewerker van de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker van 30 december 2016 blijkt dat hij is geïnformeerd over de wijziging van de vergoeding van fysiotherapie in het jaar 2017. De ontvangst van dit e-mailbericht is door verzoeker niet bestreden. Derhalve gelden met ingang van 1 januari 2017 de gewijzigde voorwaarden. Dit geldt tevens voor hetgeen is opgenomen in het 'Vergoedingen Overzicht' en de 'Restitutie-tarievenlijst overige tarieven'. Verzoeker heeft ingevolge het 'Vergoedingen Overzicht' aanspraak op vergoeding van 75 percent van het afgesproken tarief voor de kosten van fysiotherapie die is verleend door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut. Dit komt neer op 75 percent van € 28,20, oftewel € 21,15 per zitting.
- 9.4. Het standpunt van verzoeker dat de aanvullende ziektekostenverzekering een restitutiepolis betreft, is onjuist, aangezien uit artikel C.2.2. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering in samenhang met het 'Vergoedingen Overzicht' blijkt dat deze een gemengd karakter heeft, waarbij fysiotherapie in beginsel een natura-aanspraak is. Dat verzoeker voor zijn zorgverzekering heeft gekozen voor een restitutiepolis doet daaraan niet af. Uit artikel 120 Zvw blijkt namelijk dat een aanvullende ziektekostenverzekering ook los van een zorgverzekering kan worden afgesloten.



Overigens blijkt uit het e-mailbericht dat verzoeker op 2 januari 2017 aan de ziektekostenverzekeraar zond dat hij van het naturakarakter van de betreffende aanspraak op de hoogte was, zodat ook zijn stelling dat hij aannam dat de kosten van de daaropvolgende behandelingen volledig zouden worden vergoed geen doel treft.

- 
- 9.5. Hetgeen verder door verzoeker is aangevoerd, met name ten aanzien van het contracteerbeleid van de ziektekostenverzekeraar en de hoogte van de premie, leidt niet tot een andere uitkomst. Zoals onder 9.2 is overwogen, heeft de ziektekostenverzekeraar een grote mate van vrijheid bij het inrichten van het verzekeringsproduct en deze vrijheid strekt zich onder andere uit tot het formuleren van een aanspraak als naturaverstrekking. Waarom de ziektekostenverzekeraar die keuze maakt, kan verder in het midden blijven. Ten aanzien van de hoogte van de premie heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat sprake is geweest van een stijging van de zorgconsumptie en een uitbreiding van de dekking, met als gevolg een stijgende schadelast en verhoging van de premie. De door verzoeker gelegde rechtstreekse relatie tussen de premie en de korting op de vergoeding voor fysiotherapie is er daarom niet. Een mogelijke verlaging van de schadelast die hierdoor ontstaat, doet geen recht ontstaan op een lagere premie. Ook die keuze is aan de ziektekostenverzekeraar, waarbij het aan verzoeker is te besluiten of hij de verzekering tegen de alsdan geldende premie wenst voort te zetten.
- 
- 
- 

### **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 september 2017,



H.A.J. Kroon