



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



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, paramedische zorg, oedeemtherapie

Zaaknummer : 201501045

Zittingsdatum : 30 september 2015



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



(Voorwaarden zorgverzekering 2014 en 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.6 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014 en 2015)

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 Zorg-op-maatpolis (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 Top Collectief 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 aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van oedeemtherapie, uitgevoerd in 2014 en 2015 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 5 maart 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 brief van 18 maart 2015 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 16 juni 2015 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 zorgverzekering dan wel 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 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 juli 2015 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 8 augustus en 15 september 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 28 juli 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 september 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015107248) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen op de grond dat bij verzoeker ondanks een adequate behandeling met therapeutisch elastische kousen sprake kan zijn van lymfoedeem. Dit is een aandoening op de chronische lijst fysiotherapie zodat verzoeker aanspraak heeft op oedeemtherapie. De conclusie van de ziektekostenverzekeraar dat sprake moet zijn van aangetoonde destructie van lymfatisch weefsel om in aanmerking te komen voor oedeemtherapie is niet juist. Dit is geen voorwaarde en de afwijzing van de ziektekostenverzekeraar is dan ook onterecht. Lymfoedeem is een van de indicaties op de chronische lijst fysiotherapie Zvw. Op deze lijst zijn geen indicatiebeperkingen aangegeven bij lymfoedeem. Bijkomende criteria bij alle indicaties van de chronische lijst zijn dat sprake moet zijn van stoornissen die leiden tot ernstige beperkingen in elementaire bewegingsvaardigheden, de persoonlijke verzorging of de mobiliteit. Bij verzoeker is sprake van hartfalen waardoor hij periodiek te veel vocht vasthoudt in het lichaam wat zich het eerst uit in dikke voeten en benen, en gewichtstoename. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 8 september 2015 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 september 2015 gereageerd op het advies van het Zorginstituut. Een afschrift van deze reactie is op 22 september 2015 ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
-  3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 30 september 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.10. Bij brief van 1 oktober 2015 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de brief van de ziektekostenverzekeraar van 21 september 2015 gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Op 1 december 2015 heeft de commissie van het Zorginstituut geen reactie ontvangen waarna de commissie heeft besloten de procedure verder voort te zetten.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. De behandelend huidtherapeut heeft bij verzoeker het volgende vastgesteld: *“Op verwijzing van huisarts [naam huisarts] werd bij ons in de praktijk gezien meneer [naam verzoeker] in verband met lymfoedeemklachten van beide benen, als gevolg van hartfalen en COPD. Door deze aandoening is er sprake van destructie van lymfatweefsel, onomkeerbare schade van lymfatisch weefsel, zoals omschreven in “de Lijst aandoeningen Bijlage 1”. (...)”*.
-  4.2. Verzoeker is bekend met COPD en hartfalen. Als gevolg van deze aandoeningen is onherstelbare schade toegebracht aan het lymfatisch weefsel. Sindsdien heeft hij lymfoedeem, waarvoor, volgens de huisarts, behandeling noodzakelijk is. Eind 2014 is verzoeker gestart met oedeemtherapie en dit heeft een geweldig resultaat opgeleverd.
-  4.3. Verzoeker heeft begrepen dat oedeemtherapie kan worden vergoed indien sprake is van een chronische aandoening. Aangezien zowel de huisarts als de huidtherapeut meent dat de oedeemtherapie is uitgevoerd ter behandeling van een chronische aandoening, dient de ziektekostenverzekeraar de kosten hiervan te vergoeden.



4.4. Verder vindt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar de schuld nu afschuift op de huisarts door te stellen dat een onjuiste aanvraag is ingediend. Verzoeker heeft zeer veel vertrouwen in zijn huisarts en van deze kan niet worden verwacht dat hij als niet-jurist de voorwaarden van de ziektekostenverzekeraar kent.



4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij de hele kwestie nogmaals met zijn huisarts heeft besproken. Deze vindt nog steeds dat bij verzoeker sprake is van lymfoedeem.



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 ontving op 30 december 2014 een aanvraag van de huidtherapeut van verzoeker met het verzoek de reeds ingezette oedeemtherapie te vergoeden. Uit de thans overgelegde stukken blijkt dat verzoeker in 2014 en 2015 totaal 27 behandelingen oedeemtherapie heeft gehad.



5.2. Op grond van artikel B.8 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op fysiotherapie en oedeemtherapie indien sprake is van een chronische (verzekerings)indicatie volgens Bijlage 1 Bzv. In Bijlage 1 Bzv wordt de indicatie 'lymfoedeem' vermeld. Hieronder wordt primair lymfoedeem of lymfoedeem met destructie van lymfatisch weefsel verstaan.



5.3. Uit de aanvraag van de huidtherapeut blijkt dat bij verzoeker sprake is van oedeem perifeer. De medisch adviseur stelt dat iedereen oedeem perifeer heeft, en door inactiviteit zeker de ouder wordende mens. De behandeling van oedeem perifeer kan bestaan uit oedeemtherapie maar dit betekent niet dat de behandeling wordt vergoed. Dit zou anders zijn als de oedeem perifeer door destructie is vastgesteld, maar dit volgt niet uit de overgelegde stukken.



5.4. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat hij bij verzoeker aanvullende informatie heeft opgevraagd. In dat kader heeft de huidtherapeut van verzoeker verklaard dat het lymfoedeem van verzoeker voorkomt op bijlage 1 Bzv. Deze onderbouwing is onvoldoende. De (verzekerings)indicaties primair lymfoedeem en secundair lymfoedeem dienen altijd door een arts te worden vastgesteld. Om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar de huisarts van verzoeker gevraagd deze indicatie te bevestigen. In plaats van een bevestiging ontving de ziektekostenverzekeraar op 2 april 2015 een brief van de huisarts waarin deze verklaard dat het naar zijn idee geen fysiotherapie betreft.



5.5. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoeker recht op een vergoeding van € 1.250,-- voor fysiotherapie. Aangezien verzoeker voor 2014 en 2015 veel fysiotherapie aan huis heeft gedeclareerd is voor zowel 2014 als 2015 genoemd bedrag al aan verzoeker vergoed.



5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verwezen naar zijn schrijven van 21 september 2015. Hierin herhaalt de ziektekostenverzekeraar dat een arts de indicatie lymfoedeem dient te stellen en niet, zoals in geval van verzoeker, een huidtherapeut. Voorts is geregeld in artikel B.8.3 van de zorgverzekering dat voor de aanvang van de behandeling een verklaring van de huisarts nodig is als het een aandoening betreft die voorkomt op Bijlage 1 Bzv. De huisarts heeft daarnaar gevraagd tegenover de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het naar zijn idee geen fysiotherapie betreft. De ziektekostenverzekeraar vraagt zich dan ook af waarom de huisarts, indien hij van mening is dat bij verzoeker wel sprake is van lymfoedeem, zijn bevindingen niet op schrift stelt.



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 zorgverzekering en 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 is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B.8. van de zorgverzekering (2014) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie en/of oefentherapie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"B.8.1. Fysiotherapie en/of oefentherapie vanaf 18 jaar

Zorg: waar hebt u recht op?

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u alleen recht op fysiotherapie en/of oefentherapie als u beperkingen hebt door een aandoening die op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie" staat.

U vindt deze lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) op onze internetsite en kunt deze ook bij ons opvragen.

Per aandoening (genoemd op de lijst) omvat de zorg de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie vanaf de 21e behandeling (behandeling 1 tot en met 20 dus niet).

Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, hebt u recht op behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn.

Let op!

(...)

- Kijk voor de voorwaarden achter artikel B.8.3."*

"Voorwaarden (B.8.1., B.8.2. en B.8.3.)

Algemeen

- Deze voorwaarden gelden voor verzekerden van alle leeftijden.*
- Fysiotherapie is zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden.*
- Oefentherapie Cesar of Mensendieck is zorg zoals oefentherapeuten die plegen te bieden.*
- Onder deze rubriek "fysiotherapie en/of oefentherapie" vallen ook bijvoorbeeld therapieën aangeboden door een kinder (fysio- of oefen)therapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut en oedeem-fysiotherapeut.*

Zorgaanbieder

(...)

Een oedeemfysiotherapeut of huidtherapeut verleent de oefentherapie (...)"

Voor het kalenderjaar 2015 is in de verzekeringsvoorwaarden een soortgelijke bepaling opgenomen

- 8.4. Artikel B.8. van de zorgverzekering is volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar 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.
Paramedische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv en verder uitgewerkt in Bijlage 1 Bzv.
- 8.6. 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.

- 8.7. In artikel D.16 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2014) is de aanspraak op fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck geregeld. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*"D.16. Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck
Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden fysiotherapie en/of oefentherapie, zie artikel B.8.1, B.8.2. en B.8.3..

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

• *In de zorgverzekering kan deze zorg al (gedeeltelijk) verzekerd zijn. In hoofdstuk B. kunt u lezen of u daar recht op hebt.*

• *Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.*

• *Wij vergoeden niet:*

o een behandeling die tot doel heeft uw conditie door middel van training te verbeteren;

o oedeemfysiotherapie/littekenbehandeling ten gevolge van cosmetische ingrepen;

o littekenbehandeling na een naar ons oordeel normaal wondherstel.

(...)"

In het Vergoedingen Overzicht is opgenomen dat de vergoeding maximaal € 1.250,- per jaar bedraagt.

Voor het kalenderjaar 2015 is in de verzekeringsvoorwaarden een zelfde bepaling opgenomen.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Oedeemtherapie is als verzekerde prestatie onder te brengen bij de paramedische zorg. Op grond van artikel B.8. van de zorgverzekering bestaat aanspraak op fysiotherapie en /of oefentherapie indien de aandoening waarvoor behandeling plaatsvindt voorkomt op Bijlage 1 Bzv. In lid 1, sub d onder 3 van Bijlage 1 Bzv wordt de aandoening lymfoedeem genoemd.

- 9.2. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat enkel aanspraak op oedeemtherapie ten laste van de zorgverzekering bestaat indien sprake is van primair (aangeboren) lymfoedeem of destructie van lymfatisch weefsel. Bij verzoeker betreft het 'oedeem perifeer', en op basis van een dergelijk oedeem bestaat geen vergoedingsaanspraak. Voorts dient de diagnose lymfoedeem te worden gesteld door een arts en niet, zoals bij verzoeker, door een huidtherapeut. Met betrekking tot deze stellingen overweegt de commissie als volgt.
- 9.3. Het Zorginstituut concludeert in zijn advies van 1 september 2015 dat de aandoening lymfoedeem wordt vermeld in lid 1, sub d onder 3 van Bijlage 1 Bzv. In de bijlage zijn geen verdere indicatiebeperkingen vermeld. Dat het dient te gaan om primair lymfoedeem of secundair lymfoedeem met destructie van lymfatisch weefsel is dan ook onjuist. Bijkomende criteria bij alle indicaties van de bijlage zijn dat sprake moet zijn van stoornissen die leiden tot ernstige beperkingen in elementaire bewegingsvaardigheden, de persoonlijke verzorging of de mobiliteit. Aangezien verzoeker kampt met hartfalen, hetgeen tot gevolg heeft dat het lichaam veel vocht vasthoudt met dikke voeten en benen alsmede gewichtstoename tot gevolg, concludeert het Zorginstituut dat verzoeker vanaf de 21e behandeling aanspraak heeft op fysiotherapie of oedeemtherapie ten laste van de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Hetgeen door de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 21 september 2015 is gesteld is gelet op het voorgaande niet juist.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Op grond van artikel D.16 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op een vergoeding van € 1.250,-- per jaar voor fysiotherapie. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat dit bedrag zowel in 2014 als in 2015 aan verzoeker is vergoed, hetgeen door verzoeker niet is weersproken. Indien deze vergoeding meer dan de eerste 20 behandelingen oedeemtherapie betreft, acht de commissie een correctie noodzakelijk, aangezien onder 9.3 is overwogen dat deze vanaf de 21e behandeling ten laste van de zorgverzekering komen.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 2 december 2015,

A.I.M. van Mierlo