



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. en OHRA
Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Tilburg
Zaak : Eigen risico, oedeemtherapie, zorgverzekering of aanvullende ziektekostenverzekering
Zaaknummer : 201601237
Zittingsdatum : 7 december 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V., en
- 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Tilburg,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering OHRA Extra Uitgebreid afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering OHRA Gezond is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op oedeemtherapie (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten hiervan ten laste van de zorgverzekering vergoed en bij brief van 20 maart 2016 een bedrag van € 385,-- bij verzoekster in rekening gebracht in verband met het verplicht eigen risico 2016. Hiervan had € 375,01 betrekking op de oedeemtherapie.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 31 maart 2016 en 17 mei 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 18 juli 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 375,01 niet ten laste mag brengen van het verplicht eigen risico 2016 (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.



3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 oktober 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 oktober 2016 aan verzoekster gezonden.



3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 19 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 november 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.



3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.



3.9. Bij brief van 17 oktober 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 14 november 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016125422) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het eigen risico 2016 terecht bij verzoekster in rekening is gebracht. Het Zorginstituut licht toe dat oedeemtherapie na een operatie wegens borstkanker onder de indicaties voor fysiotherapie valt die zijn genoemd in bijlage 1 Bzv. Hierdoor vindt vergoeding op grond van de zorgverzekering plaats vanaf de eenentwintigste behandeling. De uitsluiting van de eerste twintig behandelingen fysiotherapie geldt slechts éénmaal per indicatie. Dit heeft tot gevolg dat alle behandelingen fysiotherapie die in 2016 hebben plaatsgevonden onder de dekking van de zorgverzekering vallen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.



3.10. Verzoekster is op 7 december 2016 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.



3.11. Bij brief van 8 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de pleitnota van verzoeker gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 13 december 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de pleitnota geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.



4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster



4.1. Verzoekster heeft in april 2011 een borstamputatie ondergaan. Na de operatie is zij bestraald en behandeld met het geneesmiddel Herceptin®. In augustus 2015 trad een zwelling in haar arm op. Verzoekster is daarom door de huisarts verwezen naar een fysiotherapeut. Op 11 september 2015 is de oedeembehandeling aangevangen.



4.2. De kosten van de oedeemtherapie zijn in 2015 volledig vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. In 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar de betreffende kosten echter ten laste van de zorgverzekering gebracht, waardoor deze onder het verplicht eigen risico vallen en voor rekening van verzoekster komen. Verzoekster vindt dit niet terecht, omdat de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak geeft op volledige vergoeding van deze kosten. In het betreffende artikel van de aanvullende ziektekostenverzekering is niet vermeld dat onderscheid wordt gemaakt ten aanzien van de mate van oedeem.



4.3. Verzoekster merkt op dat zij in 2015 geen bericht of naheffing heeft gekregen van de ziektekostenverzekeraar, terwijl in oktober 2015 nog een deel van het verplicht eigen risico open stond.

- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het oedeem in haar arm ruim vier jaar na de borstamputatie is opgetreden. De ziektekostenverzekeraar heeft de fysiotherapeutische behandeling als chronisch aangemerkt. Verzoekster bestrijdt dat deze aanduiding terecht is, omdat het oedeem eerst vier jaar na de operatie is opgetreden, en omdat de behandeling slechts enkele maanden heeft geduurd en het probleem hiermee grotendeels is opgelost. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanspraak op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering erkend, aangezien de eerste twintig behandelingen ten laste hiervan zijn vergoed. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op onbeperkte fysiotherapie. Hierbij is geen beperkende voorwaarde opgenomen. Verzoekster vordert daarom volledige vergoeding van de fysiotherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van fysiotherapie (waaronder oedeemtherapie valt) vanaf de eenentwintigste behandeling indien sprake is van een indicatie die is opgenomen in bijlage 1 Bzv. De fysiotherapie wordt in de onderhavige situatie vanaf 11 september 2015 gedeclareerd op grond van de indicatie lymfoedeem. Deze indicatie is opgenomen in voornoemde bijlage 1 Bzv, daarom worden de kosten vanaf 13 november 2015 (de eenentwintigste behandeling) vergoed ten laste van de zorgverzekering. De eerste twintig behandelingen zijn volledig vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. Van de zorg die ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed, wordt de eerste € 385,-- (2016) verrekend met het verplicht eigen risico. Dit is ook in de onderhavige situatie gebeurd. Dat de kosten van de behandelingen fysiotherapie in 2015 niet ten laste van het verplicht eigen risico zijn gebracht, komt doordat het verplicht eigen risico reeds was volgemaakt op het moment dat de nota voor de eenentwintigste behandeling fysiotherapie de ziektekostenverzekeraar bereikte. Toen de nota van de eerste behandelingen fysiotherapie in 2016 door de ziektekostenverzekeraar werd ontvangen, was € 9,99 van het verplicht eigen risico verbruikt. Daarom zijn de kosten van fysiotherapie tot een bedrag van € 375,01 ten laste van het resterende deel van het verplicht eigen risico 2016 gebracht.
- 5.3. In artikel B.8.1. van de Verzekeringsvoorwaarden staat: *"Per aandoening (genoemd op de lijst) omvat de zorg de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en/of oefen therapie vanaf de 21e behandeling."* Dit betekent dat de eerste twintig behandelingen fysiotherapie, die niet onder de zorgverzekering vallen, per aandoening van toepassing zijn en dus niet per jaar. Zolang de machtiging doorloopt, valt de fysiotherapie onder de zorgverzekering. De eerste € 385,00 die de ziektekostenverzekeraar in 2016 vergoedt ten laste van de zorgverzekering, wordt verrekend met het eigen risico. Zo ook bij verzoekster. Hieronder vallen dus ook de behandelingen chronische fysiotherapie.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het geschil eigenlijk draait om het eigen risico van € 385,--, en niet over de vraag of de kosten ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering worden vergoed. Als de indicatie onder de zogenoemde chronische lijst valt, wordt de behandeling vergoed ten laste van de zorgverzekering. Meestal is dit voordeliger voor de verzekerde. Het gaat hierbij om de aandoening en niet om het kalenderjaar. Daarom zijn de kosten in 2015 en 2016 verrekend met het eigen risico. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat 'chronisch' in dit verband niet betekent dat sprake moet zijn van een doorgaande behandeling, maar dat sprake is van een indicatie die aanspraak biedt op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Daarnaast gevraagd, licht de ziektekostenverzekeraar toe dat in dit geval de zorgverzekering voorgaat op de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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 A.22 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 de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 375,01 ter zake van het verplicht eigen risico 2016 van verzoekster mag vorderen.

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 B.3 e.v. van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B.8 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie - waaronder oedeemtherapie valt - bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“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.

(...)”

- 8.4. Artikel A.12 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

“A.12.1. Hoogte eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 385,- voor een heel jaar. (...)

Verplicht eigen risico betekent dat u de eerste € 385,- aan kosten die u als vergoeding uit uw zorgverzekering zou hebben ontvangen, zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed.

(...)

A.12.2. Verrekening eigen risico

De kosten van zorg worden verrekend met het verplicht eigen risico van het jaar waarin de zorg is genoten.

(...)

A.12.3. Geen eigen risico

Sommige kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Die kosten krijgt u dus al wel van ons vergoed, ook al hebt u uw verplicht eigen risico van € 385,- nog niet vol gemaakt. De volgende kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico:

- *De kosten van huisartsenzorg. (...)*
- *De kosten van verloskundige zorg en kraamzorg artikelen B.5. (met uitzondering van de NIPT uit artikel B.5.3.), B.6. en B.7.. (...)*
- *De kosten van nacontroles van u als donor nadat de periode zoals bedoeld in artikel B.4.7.2. is verstreken.*
- *De kosten van vervoer van de donor bij orgaantransplantatie als deze vervoerskosten onder zijn eigen zorgverzekering vallen zoals bedoeld in artikel B.4.7.2.;*
- *De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. (...)*
- *De gehele of gedeeltelijke kosten van zorg en overige diensten als:*

o u voor die zorg of diensten naar een zorgverlener bent geweest, die wij daarvoor hebben aangewezen, of

o u een programma voor diabetes, depressie, hart- en vaatziekten of overgewicht hebt gevolgd, dat wij hebben aangewezen. Wij hebben hiervoor geen zorgverleners of gezondheidsprogramma's aangewezen. Als hier verandering in komt, plaatsen wij een bericht op onze internetsite;

- *De kosten van ketenzorg (zie voor "ketenzorg" ook artikel B.24.);*
- *De kosten van wijkverpleging (zie ook artikel B.26.);*
- *Hulpmiddelen die wij u in bruikleen geven.*

(...)

Daarnaast geldt geen verplicht eigen risico (en ook geen vrijwillig eigen risico) voor de zorg die onder de vergoeding van uw aanvullende verzekering(en) valt.

(...)

A.12.5. Betaling aan zorgverlener en eigen risico

Als een zorgverlener (die een betaalovereenkomst met ons heeft) rechtstreeks bij ons declareert, kunnen wij uw kosten rechtstreeks aan de zorgverlener vergoeden. Als u nog een (deel van het) eigen risico moet betalen, vorderen wij dit bedrag bij u terug of verrekenen dit met u.

Als u zelf de rekening naar ons instuurt (of als de zorgverlener geen betaalovereenkomst met ons heeft), betalen wij aan u als er nog een (deel van het) eigen risico openstaat, ook al hebt u ons gevraagd om rechtstreeks aan de zorgverlener te betalen. U ontvangt van ons dan het bedrag waar u recht op hebt minus het nog openstaande eigen risico. U moet zelf zorgen voor een volledige en tijdige betaling aan de zorgverlener.

(...)"

- 8.5. De artikelen B.8 en A.12 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2 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.
Fysiotherapie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 en bijlage 1 Bzv.
Het eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw, en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17 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 D.16 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op fysiotherapie, en luidt, voor zover hier van belang:

"Zorg: waar hebt u recht op?

U hebt recht op (vergoeding van) fysiotherapie en/of oefentherapie, zoals die is beschreven in artikelen 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.

(...)"

- 8.9. Op het Vergoedingen Overzicht is vermeld dat de kosten van fysiotherapie volledig worden vergoed.

- 8.10. In artikel C.10 van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn de algemene uitsluitingen opgenomen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

C.10.2. Andere regeling of verzekering

De volgende kosten van zorg vergoeden wij niet:

• Kosten die u - als uw aanvullende verzekering niet zou hebben bestaan - vergoed zou kunnen krijgen of een behandeling waarop u recht zou hebben op grond van:

o een (Nederlandse of buitenlandse) volksverzekering, sociale verzekeringswet of een andere wettelijke regeling, zoals de Zorgverzekeringswet, Jeugdwet, Wlz en Wmo;

of

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 375,01 ter zake van het verplicht eigen risico 2016 van verzoekster mag vorderen. Dit is afhankelijk van het antwoord op de vraag of de kosten van oedeemtherapie, welke behandeling valt onder de aanspraak op fysiotherapie, vanaf de eenentwintigste behandeling dienen te worden vergoed ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 9.2. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op fysiotherapie indien sprake is van een indicatie die is opgenomen in bijlage 1 Bzv. Verzoekster is behandeld op basis van de indicatie lymfoedeem. Deze indicatie is opgenomen in voornoemde bijlage 1, daarom heeft zij op grond van de zorgverzekering aanspraak op vergoeding van de kosten van fysiotherapie/oedeemtherapie vanaf de eenentwintigste behandeling.
De commissie merkt hierbij op dat de door de ziektekostenverzekeraar gebruikte term 'chronisch' in dit verband niet inhoudt dat de behandeling fysiotherapie direct moet volgen op de operatie en/of dat sprake moet zijn van een behandeling zonder einddatum. Overigens wordt de term 'chronisch' in de polisvoorwaarden en de regelgeving niet gebruikt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op volledige vergoeding van de kosten van fysiotherapie/oedeemtherapie, met dien verstande dat in artikel C.10 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat kosten die op grond van een andere



verzekering, bijvoorbeeld de op de Zvw gebaseerde zorgverzekering, kunnen worden vergoed, niet worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Omdat verzoekster op grond van de polisvoorwaarden vanaf de eenentwintigste behandeling aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van fysiotherapie/oedeemtherapie ten laste van de zorgverzekering, is deze uitsluiting onverkort van toepassing. Derhalve bestaat vanaf de eenentwintigste behandeling geen aanspraak op vergoeding van de fysiotherapie/oedeemtherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.



Verplicht eigen risico

- 
- 9.4. Aangezien hiervoor is geoordeeld dat de kosten van de fysiotherapie/oedeemtherapie van verzoekster vanaf de eenentwintigste behandeling terecht ten laste van de zorgverzekering zijn vergoed, en de betreffende kosten niet zijn uitgezonderd van de eigen risicoregeling, komen deze ten laste van het verplicht eigen risico 2015 en 2016. Uit het dossier blijkt dat het verplicht eigen risico 2015 ten tijde van de declaratie van de eenentwintigste behandeling fysiotherapie/oedeemtherapie reeds was volgemaakt. Daarom zijn deze kosten terecht niet ten laste van het verplicht eigen risico 2015 gebracht. Ten tijde van de declaratie van de eerste behandelingen fysiotherapie/oedeemtherapie in 2016 was slechts € 9,99 ten laste van het verplicht eigen risico voor dat jaar gebracht. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve terecht het bedrag van € 375,01 ter zake van de fysiotherapie/oedeemtherapie met het nog openstaande verplicht eigen risico 2016 verrekend.



Conclusie

- 
- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 december 2016,



A.I.M. van Mierlo