



Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen  
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie, wijziging indicatie  
Zaaknummer : 201600291  
Zittingsdatum : 14 december 2016



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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.6 en bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V., en
- 2) Menzis N.V., beide te Wageningen,  
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 verzekering ZorgVerzorgd (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 GarantVerzorgd 2 + G1 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 verzekeringen Verzekering GarantTandVerzorgd 950 en Verzekering Eigen Risico zijn niet in geschil en blijven 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 behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 19 oktober 2015 en 19 januari 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 5 juli 2016 heeft verzoekster 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.
- 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 30 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 oktober 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 10 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 7 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 2016123715) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen op de grond dat sprake is van één (dubbele) chronische indicatie met een operatief behandeltraject dat in twee fasen is uitgevoerd. Zowel de negen behandelingen uit de eerste postoperatieve fase, als de elf behandelingen uit de tweede postoperatieve fase, vallen niet onder de zorgverzekering. De behandelingen daarboven wel.  
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 22 november 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 november 2016 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

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

- 4.1. Verzoekster heeft bij het oprapen van een hesje haar knie verdraaid. Gezien de klachten die hierdoor zijn ontstaan is zij, met toestemming van de ziektekostenverzekeraar, naar de kliniek gegaan, waar een MRI is gemaakt. Hieruit bleek dat sprake was van een afgescheurde voorste kruisband en een gescheurde meniscus. Het advies van de behandelend orthopeed was een operatie aan de kruisband. Deze operatie wordt alleen uitgevoerd als de knie volledig kan worden gestrekt. Aangezien dit niet het geval was, was verzoekster aangewezen op fysiotherapie. Op 24 maart 2015 heeft verzoekster contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Zij heeft haar situatie uitgelegd en gevraagd naar de vergoeding van behandelingen fysiotherapie. De ziektekostenverzekeraar heeft haar medegedeeld dat 18 behandelingen worden vergoed vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Vanaf de 21e behandeling vindt vergoeding plaats vanuit de zorgverzekering. Op 25 maart 2015 is verzoekster gestart met fysiotherapie. Eind april 2015, bij een controle in de kliniek, bleek dat verzoekster haar knie nog niet volledig kon strekken, ondanks de fysiotherapie. De behandelend orthopeed besloot om die reden een kijkoperatie uit te voeren. Tijdens deze operatie is de knie schoongemaakt en is de meniscus, die aan beide kanten was gescheurd, gehecht. Vervolgens is verzoekster in mei 2015 opnieuw begonnen met behandelingen fysiotherapie, opdat de operatie aan de kruisband alsnog kon worden uitgevoerd.
- 4.2. In juli 2015 ontving verzoekster van de behandelend fysiotherapeut het bericht dat vergoeding van de behandelingen fysiotherapie was afgewezen door de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft hierop contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. In dit gesprek is haar gezegd dat zij goed is verzekerd en dat vergoeding van de fysiotherapie geen probleem mag zijn. De medewerker heeft verzoekster geadviseerd de nota's opnieuw te laten indienen door de behandelend fysiotherapeut. Verzoekster heeft hieraan gehoor gegeven.  
Op 13 augustus 2015 is verzoekster geopereerd aan haar kruisband. Vergoeding van een aantal behandelingen fysiotherapie bleef echter uit. Verzoekster heeft hierover meerdere malen gesproken met de ziektekostenverzekeraar, tevens heeft zij een e-mailbericht gestuurd aan de klachtenafdeling.  
In antwoord hierop ontving verzoekster op 19 oktober 2015 een brief van de ziektekostenverzekeraar. Hierin stelt de ziektekostenverzekeraar dat de fysiotherapie nodig was naar aanleiding van een ongeval. De kosten hiervan kunnen worden verhaald op de tegenpartij. Daar dit niet aan de orde is, heeft verzoekster wederom contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en de situatie nogmaals toegelicht. Ook nu werd aan haar medegedeeld

dat de nota's voor vergoeding in aanmerking komen. De medewerkster zou een en ander nagaan en verzoekster hierover terugbellen. Op 9 november 2015 heeft de medewerkster medegedeeld dat nog geen uitsluitsel kon worden gegeven en dat verzoekster zou worden teruggebeld zodra er meer duidelijkheid was. Verzoekster werd echter niet teruggebeld. Na meerdere telefoontjes en uitleg van de situatie, bereikte haar uiteindelijk op 15 januari 2016 de mededeling dat vergoeding niet mogelijk is. Op 19 januari 2016 ontving zij hiervan de schriftelijke bevestiging.

4.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de complicaties aan de knie hebben geleid tot een verandering in de behandeling. Na de kijkoperatie heeft de medisch specialist de indicatie gewijzigd, waardoor ook de behandelingen fysiotherapie zijn aangepast. De gevolgen hiervan zijn nadelig voor de vergoeding. Verzoekster kan zich niet vinden in het standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Haar situatie is meerdere keren telefonisch toegelicht. Er is haar keer op keer medegedeeld dat vergoeding, mede gelet op de door haar afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering, geen probleem zou zijn. Ook toen vergoeding uitbleef, heeft de ziektekostenverzekeraar gezegd dat verzoekster zich geen zorgen hoefde te maken. Verzoekster voert verder aan dat zij geen andere keuze had dan zich te laten opereren. Zij heeft er alles aan gedaan de juiste informatie te krijgen. De ziektekostenverzekeraar heeft haar te laat de reden van afwijzing medegedeeld. Daarbij is de reden van afwijzing niet correct. Het doel van de fysiotherapie is namelijk niet gewijzigd. De behandelingen hadden tot doel het volledig strekken van de knie, zodat een operatie aan de kruisband kon plaatsvinden. Deze indicatie is chronisch en de fysiotherapie dient dan ook vanaf de 21e behandeling te worden vergoed vanuit de zorgverzekering.

4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Bij brief van 19 oktober 2015 meldt de ziektekostenverzekeraar dat het hem niet duidelijk is waarom verzoekster zich niet kan vinden in de afhandeling van de declaraties van de behandelingen fysiotherapie. De reden van het niet vergoeden van de behandelingen die verzoekster in augustus en september 2015 heeft ondergaan, is dat de maximale vergoeding op dat moment reeds was bereikt. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat namelijk aanspraak op maximaal achttien behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar.

De kosten die niet zijn vergoed kunnen worden verhaald op de tegenpartij, aangezien de fysiotherapie nodig was ten gevolge van een ongeval.

5.2. Bij brief van 19 januari 2015 deelt de ziektekostenverzekeraar mede dat verzoekster onder behandeling is bij de fysiotherapeut in verband met een gescheurde meniscus. Voor deze behandeling geldt dat sprake is van een chronische indicatie. Verzoekster heeft vanaf de 21e behandeling echter geen vergoeding gekregen vanuit de zorgverzekering omdat de operatie aan de meniscus heeft geleid tot een andere diagnosecode. De telling van de behandelingen is na de operatie opnieuw aangevangen. Voor de nieuwe diagnosecode geldt ook dat vanaf de 21e behandeling pas recht bestaat op vergoeding vanuit de zorgverzekering. De zorgverlener heeft voorgaande met verzoekster besproken. Daarbij is aan haar medegedeeld dat de behandeling noodzakelijk is voor een goed herstel. Verzoekster heeft op basis van deze informatie de keuze gemaakt het advies van de zorgverlener op te volgen.

5.3. Bij brief van 14 april 2016 deelt de ziektekostenverzekeraar mede dat de gevoerde telefoongesprekken niet objectief kunnen worden beoordeeld, vanwege het ontbreken van een registratie hiervan. De ziektekostenverzekeraar gaat echter ervan uit dat verzoekster bekend was met de wijziging van de indicatiecode en de consequenties hiervan. De fysiotherapeut stelt de diagnose vast en handelt hiernaar. De ziektekostenverzekeraar heeft, in het kader van de zorgplicht van een gecontracteerde zorgverlener, contact opgenomen met de behandelend fysiotherapeut. Deze heeft tijdens het telefoongesprek gezegd dat verzoekster een bewuste keuze heeft gemaakt voor verdere behandeling.

De ziektekostenverzekeraar stelt verder dat uit het overzicht 'behandelingen' blijkt dat er dubbele behandelingen zijn vermeld. Deze zijn gecrediteerd en dit heeft geen negatieve gevolgen. De

behandelingen van 28 januari 2015 tot en met 11 juni 2015 zijn vergoed vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. De behandelingen van 16 juni 2015 tot 13 november 2015 zijn afgewezen. In laatstgenoemde periode is de diagnose gewijzigd in verband met de operatie aan de meniscus. Vanaf 13 november 2015 heeft verzoekster recht op vergoeding vanuit de zorgverzekering. De behandelingen van 28 januari 2015 tot en met 11 februari 2015 hebben de diagnosecode 3026, die van 1 april 2015 tot en met 24 april 2015 de diagnosecode 7004/008 (chronische indicatie), die van 13 mei 2015 tot en met 2 juli 2015 de diagnosecode 7003/008 (chronische indicatie), en die van 20 augustus 2015 de diagnosecode 7004/008 (chronische indicatie).

- 5.4. Bij brief van 2 mei 2016 meldt de ziektekostenverzekeraar dat de behandelend fysiotherapeut aan de hand van de doorverwijzing de behandeling met bijbehorende diagnosecode bepaalt. De behandelend fysiotherapeut heeft eerst de diagnosecode 7004/008 bepaald. Nadat verzoekster was geopereerd aan haar meniscus, heeft de behandelend fysiotherapeut op basis van de doorverwijzing de diagnosecode 7003/008 bepaald. Later in het jaar is de diagnosecode gewijzigd in 7004/008. De telling voor de vergoeding van deze diagnosecode begint opnieuw omdat daarvóór een andere diagnosecode is gedeclareerd.
- 5.5. Bij brief van 13 mei 2016 licht de ziektekostenverzekeraar toe dat hij in zijn brief van 14 april 2016 heeft gesteld dat van 1 april 2015 tot en met 24 april 2015 behandelingen zijn uitgevoerd met diagnosecode 7004/008. Deze behandelingen zijn echter gecrediteerd en zijn komen te vervallen. Vervolgens zijn deze behandelingen opnieuw gedeclareerd met diagnosecode 7031/009. Dit betekent dat diagnosecode 7004/008 éénmalig is gestart. Van 20 augustus 2015 tot en met 30 oktober 2015 zijn precies twintig behandelingen met vermelding van indicatiecode 008 gedeclareerd. Daarna heeft de behandelend fysiotherapeut behandelingen gedeclareerd met vermelding van indicatiecode 001.
- 5.6. Bij brief van 30 september 2016 stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster op basis van verschillende diagnosecodes is behandeld. Iedere code hoort bij een aparte indicatie. Zoals blijkt uit de verzekeringsvoorwaarden bestaat recht op vergoeding van behandelingen fysiotherapie vanuit de zorgverzekering indien de behandeling een aandoening betreft die voorkomt op Bijlage 1, behorende bij artikel 2.6 Bzv. De eerste twintig behandelingen fysiotherapie komen niet voor vergoeding in aanmerking vanuit de zorgverzekering. Daarbij gaat het om de eerste 20 behandelingen *per aandoening*. Dit volgt uit de Nota van Toelichting bij het Bzv. De behandelingen met diagnosecodes 7003/008 en 7004/008 komen voor op Bijlage 1 bij artikel 2.6 Bzv. Alleen voor diagnosecode 7004/008 zijn meer dan twintig behandelingen gedeclareerd, zodat negen behandelingen zijn vergoed vanuit de zorgverzekering. Met betrekking tot diagnosecode 7003/008 zijn zestien behandelingen gedeclareerd (waarvan één dubbel), zodat voor deze indicatie het minimum van twintig behandelingen niet is overschreden. Om die reden bestaat geen aanspraak op vergoeding hiervan ten laste van de zorgverzekering. Voor zover de fysiotherapie niet voor vergoeding in aanmerking komt vanuit de zorgverzekering, bestaat wél recht op vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering, zij het voor maximaal achttien behandelingen. De eerste achttien behandelingen zijn dan ook vergoed vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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 A17 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 verzoekster, bij de gegeven indicaties, aanspraak heeft op meer dan de negen behandelingen fysiotherapie die door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed, ten laste van de zorgverzekering.

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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld op bladzijde 9 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. De aanspraak op fysiotherapie is geregeld op bladzijde 13 van de verzekeringsvoorwaarden. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

***“Fysiotherapie, oefentherapie, bekkenfysiotherapie***

***Fysiotherapie***

*De fysiotherapeut stabiliseert, vermindert of herstelt een functiestoornis of de gevolgen daarvan door het toepassen van fysiotherapie, advisering of begeleiding. Hiermee probeert hij de functie van onder andere het houdings- en bewegingsapparaat te verbeteren. Normale houding en beweging zijn weer mogelijk of u leert zo goed mogelijk met uw beperkingen om te gaan.*

***Welke zorg***

*U heeft recht op fysiotherapie. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u ouder of jonger bent dan 18 jaar.*

***18 jaar of ouder***

*U heeft recht op fysiotherapie vanaf de 21e behandeling, als het gaat om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst. Bij een aantal aandoeningen heeft u recht op fysiotherapie voor een maximale periode. Of dat het geval is vindt u op de lijst die de minister van VWS heeft vastgesteld. Dit is de lijst opgenomen in Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering (...)*

8.4. Het bepaalde op bladzijde 13 van de verzekeringsvoorwaarden is volgens bladzijde 7 van de verzekeringsvoorwaarden 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 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.  
Paramedische zorg, waaronder fysiotherapie, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 en 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. Op grond van het bepaalde op bladzijde 59 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat per kalenderjaar aanspraak op vergoeding van maximaal achttien behandelingen fysiotherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

9.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op fysiotherapie vanaf de 21e behandeling indien sprake is van een indicatie die voorkomt op Bijlage 1 Bzv. Uit de Nota van Toelichting bij artikel 2.6 Bzv blijkt dat hierbij dient te worden uitgegaan van de aandoening (in casu: de indicatie). Verzoekster stelt dat de behandelingen fysiotherapie, waar het de knie betreft, steeds dezelfde achtergrond hadden zodat deze moeten worden samengeteld. Hierdoor wordt het aantal van twintig eerder bereikt, waarna vergoeding ten laste van de zorgverzekering kan volgen. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband opgemerkt dat na de operatie aan de meniscus een nieuwe situatie is ontstaan, in die zin dat hierna sprake was van een andere indicatie. Voor deze nieuwe indicatie geldt dat de eerste twintig behandelingen niet ten laste van de zorgverzekering kunnen worden gebracht.

De vraag die dient te worden beantwoord is derhalve of in het onderhavig geval sprake is van één dan wel twee indicaties.

9.2. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 7 oktober 2016 het volgende geconcludeerd: *"Er is in deze casus sprake van één (dubbele) chronische indicatie met een operatief behandeltraject dat in twee fasen is uitgevoerd. Het betreft de chronische indicatie voor fysiotherapie "status na opname in een ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie en de hulp dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling". Zowel de postoperatieve fase na de meniscusoperatie als die na het de kruisbandreconstructie zijn het gevolg van hetzelfde trauma. Zowel de negen behandelingen uit de eerste postoperatieve fase, als de elf behandelingen uit de tweede postoperatieve fase, vallen niet onder de basisverzekering. De behandeling daar [en] boven wel."* De commissie maakt deze conclusie tot de haren. Dit betekent dat de preoperatieve fysiotherapie niet op basis van de zorgverzekering kan worden vergoed, dat voor de postoperatieve fysiotherapie de beide indicaties moeten worden samengeteld, en dat op basis van chronologie de eerste twintig behandelingen in beginsel voor rekening van verzoekster blijven - behoudens voor zover deze zijn gedekt onder de aanvullende ziektekostenverzekering - en vanaf de 21e behandeling ten laste van de zorgverzekering komen.

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt op grond van het bepaalde op bladzijde 59 van de voorwaarden aanspraak op vergoeding van maximaal achttien behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar. Aan verzoekster zijn achttien behandelingen vergoed. Over het feit dat hiermee de maximale vergoeding is bereikt, bestaat tussen partijen geen geschil.

### **Conclusie**

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

9.5. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek toe.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 21 december 2016,



A.I.M. van Mierlo

