



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V.,
beide te Wageningen
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie, chronische rugklachten
Zaaknummer : 201502913
Zittingsdatum : 11 mei 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (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: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

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 verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgZo (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 ExtraVerzorgd 2 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 TandVerzorgd 1P 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 fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Tijdens meerdere telefonische contacten 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 27 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien de klacht van verzoeker in behandeling genomen. Na telefonisch overleg heeft verzoeker besloten de kwestie direct door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) te laten behandelen en af te zien van bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 16 december 2015 heeft verzoeker de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 1 maart 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 maart 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 maart 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 april 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch 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 3 maart 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 15 maart 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016028556) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat chronische lage rugpijn bij degeneratieve afwijkingen van de rug of neurogene claudicatio geen indicaties zijn die voorkomen bijlage 1 Bzv. De indicaties van verzoeker zijn niet aan te merken als ruggenmergaandoening, een perifere zenuwaandoening met motorische uitval, of als radiculair syndroom met motorische uitval. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 mei 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 13 mei 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 25 mei 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen 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 verzoeker
- 4.1. De behandelend neuroloog heeft op 28 november 2014 verklaard dat verzoeker bekend is met *"chronische lage rugpijn bij degeneratieve afwijkingen van de rug en daarnaast anamnetisch neurogene claudicatio van de laterale recessus L5 links met op beeldvorming neuroforaminale stenose L4."* Op 6 mei 2015 heeft de neuroloog verzoeker verwezen voor 'chronische fysiotherapie', waarbij hij heeft aangetekend: *"tendomyogene rugklachten bij lumbale kanaalstenose , in verleden hernia-operatie gehad."*
- 4.2. Verzoeker is langdurig aangewezen op fysiotherapie. Hij heeft achttien behandelingen vergoed gekregen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De zorgverzekering biedt bij een chronische indicatie aanspraak op vergoeding vanaf de eenentwintigste behandeling. Verzoeker heeft een chronische indicatie voor fysiotherapie, te weten een aandoening van het skelet en/of de spieren als gevolg van letsel na operatie, trauma of tumor.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar weigert ten onrechte de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie te vergoeden. Verzoeker heeft meerdere keren gebeld met de ziektekostenverzekeraar over de wijze van declareren door de fysiotherapeut. Tijdens het laatste gesprek heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij zich niet langer ermee moest bemoeien, omdat het zou worden geregeld. Hierna heeft de behandelend fysiotherapeut nog eens met de ziektekostenverzekeraar gebeld, maar ook hij kreeg geen code voor declaratie op grond van een chronische indicatie, of uitleg over hoe nu verder te gaan. Op 7 juli 2015 is verzoeker gestopt met de behandelingen fysiotherapie .

4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de verklaringen van de artsen aan de ziektekostenverzekeraar zijn gestuurd. Hierop is geen oproep voor het spreekuur gevolgd. De klachten van verzoeker zijn chronisch en horen daarom onder de zorgverzekering te vallen. Een operatie is niet mogelijk. Door de behandelend arts is in eerste instantie verklaard dat het gaat om een aandoening die voorkomt op de chronische lijst. Verzoeker is diverse malen geopereerd aan een hernia. Hij werd verwezen naar een neuroloog die doorverwees naar een revalidatiecentrum. Dit hielp niet, en de neuroloog concludeerde dat de rug versleten was. Verzoeker is hierna voor een second opinion naar een Duitse arts gegaan. Ook deze wilde niet opereren. De neuroloog in het UMCG adviseerde hierna twee keer per week fysiotherapie. Verzoeker slikt nu morfine (20 mg) en Prednis(ol)on. Verzoeker is de dupe van de limitatieve lijst. Hij heeft chronische pijn, hetgeen is bevestigd door de artsen. De klachten moeten blijkbaar eerst verergeren. Omdat er geen motorische uitval is, bestaat nu geen recht op vergoeding. Het Zorginstituut heeft hem niet zelf onderzocht. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt onvoldoende dekking. Verzoeker heeft inmiddels een aanvullende verzekering met een ruimere dekking voor fysiotherapie, namelijk veertig behandelingen per jaar, maar ook dit is onvoldoende aangezien hij honderd behandelingen per jaar nodig heeft. Verzoeker is bij het ziekenhuis geweest voor een EMG. In het ziekenhuis kon men hem niet verder helpen, vanwege het risico op een dwarslaesie.

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. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op fysiotherapie in geval van een indicatie die voorkomt op bijlage 1 Bzv. Als sprake is geweest van een operatie, met daarna verwijzing voor fysiotherapie, bestaat voor een gelimiteerde periode van twaalf maanden aanspraak op fysiotherapie.

5.2. De behandelend medisch specialist heeft in de aanvraag van 6 mei 2015 het volgende verklaard: *"chronische' fysiotherapie in verband met tendomyogene rugklachten bij lumbale kanaalstenose. In het verleden hernia operatie gehad."*

De ziektekostenverzekeraar merkt op dat in de verwijzing van 7 november 2014 wordt gesproken over anamnestiche neurogene claudicatio. Dit laatste valt onder de diagnosecode 3478, en geeft een gelimiteerde aanspraak op fysiotherapie van maximaal drie maanden conform bijlage 1 Bzv. De neuroforaminale stenose geeft alleen aanspraak op fysiotherapie (niet gelimiteerde periode) op grond van de zorgverzekering als er sprake is van motorische uitval. Volgens de ziektekostenverzekeraar lijkt de EMG niet te zijn uitgevoerd en is het laatste dus niet vastgesteld. Gezien het bovenstaande bestaat geen aanspraak op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. De declaraties van de fysiotherapeut op basis van diagnosecode 3426 en CSI 009 (ten laste van de aanvullende verzekering) lijken dan ook juist.

5.3. De fysiotherapeut heeft de behandelingen vanaf 16 juni 2015 gedeclareerd met diagnosecode 3426 en CSI 009. CSI staat voor Code Soort Indicaties. CSI 009 wordt uitsluitend gebruikt voor behandelingen waarvoor geen aanspraak (meer) bestaat vanuit de basisverzekering. De diagnosecode bestaat uit vier getallen, waarvan de posities respectievelijk het volgende betekenen: I) hoofdgroep lichaamslokalisatie, waarbij de 3 staat voor: Wervelkolom; II) subgroep lichaamslokalisatie, waarbij de 4 staat voor: Lumbale wervelkolom; III) hoofdgroep pathologie, waarbij de 2 staat voor: Surmenage degeneratieve aandoeningen dystrofie; IV) subgroep pathologie, waarbij de 6 staat voor: Spier-, pees-, en fascia aandoeningen. Vóór 16 juni 2015 declareerde de fysiotherapeut op basis van diagnosecode 3405, waarvan de laatste twee posities respectievelijk het volgende betekenen: III) hoofdgroep pathologie, waarbij de 0 staat voor: Chirurgie bewegingsapparaat; IV) subgroep pathologie, waarbij de 5 staat voor: Wervelkolom.

- 5.4. Verzoeker heeft meerdere keren telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Ook de behandelend fysiotherapeut heeft contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Uit de telefoonnotities blijkt duidelijk dat alle partijen hebben geprobeerd verzoeker tegemoet te komen. Echter, de aandoening waarvoor verzoeker wordt behandeld, is niet opgenomen op de chronische lijst. De ziektekostenverzekeraar bestrijdt niet dat verzoeker een chronische aandoening heeft, maar deze is niet opgenomen in bijlage 1 Bzv. Daarom heeft hij geen aanspraak op vergoeding van fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.
- 5.5. Voor zover verzoeker zich erop wil beroepen dat hij aanspraak heeft op fysiotherapie, omdat hij in het verleden een operatie aan zijn rug heeft ondergaan, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat uit lid 5 van bijlage 1 Bzv blijkt dat de behandeling meteen na de operatie had moeten plaatsvinden. Thans bestaat dan ook geen aanspraak meer.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij gebonden is aan de wet- en regelgeving en dus ook aan het Bzv. De bedoeling van bijlage 1 Bzv is het inperken van de aanspraak. Het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt wordt onderschreven door het Zorginstituut. De zorgverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde. Als de informatie op basis van het EMG beschikbaar is, is er wellicht ruimte voor een herbeoordeling.
- 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 algemene voorwaarden 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 verzoeker aanspraak heeft op behandelingen fysiotherapie 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de bladzijden 8 e.v. van de zorgverzekering.
- 8.3. De aanspraak op fysiotherapie is geregeld op bladzijde 12 van de verzekeringsvoorwaarden. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

“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 vergoeding van kosten van 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 vergoeding van kosten van 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 vergoeding van kosten van 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. Deze lijst vindt u op www.menzis.nl. U kunt ook bellen met de Klantenservice op 088 222 40 40. (...)"

- 8.4. Het bepaalde op bladzijde 12 van de verzekeringsvoorwaarden is volgens bladzijde 6 van de verzekeringsvoorwaarden gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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. 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 55 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 indien sprake is van een indicatie die voorkomt op Bijlage 1 Bzv.
- 9.2. Op de verwijzing van 6 mei 2015 is door de behandelend neuroloog het volgende vermeld: *"tendomyogene rugklachten bij lumbale kanaalstenose. In het verleden hernia operatie gehad."*
- 9.3. Bij de indicatie 'status na opname ziekenhuis' bestaat ingevolge lid 1 onderdeel d subonderdeel 5°, van Bijlage 1 Bzv gedurende twaalf maanden na de operatie aanspraak op vergoeding van behandelingen fysiotherapie. Uit het dossier blijkt dat verzoeker in 2001 en 2002 is geopereerd; deze operaties hebben derhalve meer dan één jaar geleden plaatsgevonden. Daarom bestaat thans op grond van deze indicatie geen aanspraak meer op vergoeding van fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.
- 9.4. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 15 maart 2016 geconcludeerd dat de - andere - indicaties van verzoeker, te weten chronische lage rugpijn bij degeneratieve afwijkingen van de rug en



neurogene claudicatio, geen indicaties zijn die voorkomen bijlage 1 Bzv. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Gezien het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. De commissie merkt hierbij op dat niet ter discussie staat dat de aandoening van verzoeker chronisch van aard is. Dit maakt het voorgaande echter niet anders.




Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.5. Tussen partijen is niet in geschil dat de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak biedt op maximaal achttien behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar. De commissie begrijpt dat dit aantal door de fysiotherapeut is gedeclareerd onder code CSI 009, en dat door de ziektekostenverzekeraar hiervoor vergoeding is verleend. Verzoeker heeft geen recht op een hogere vergoeding dan reeds gegeven.



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, 8 juni 2016,



H.A.J. Kroon

