



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie, indicatie
Zaaknummer : 201503474
Zittingsdatum : 8 maart 2017

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

(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,

tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. Arnhem, hierna 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 Standaard Zorgverzekering (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 Aanvullend Classic 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een hogere vergoeding voor de door hem in 2015 ondergane behandelingen fysiotherapie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 mei 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 3 december 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 e-mailbericht van 12 oktober 2016 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 10 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 januari 2017 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 januari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 februari 2017 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 12 januari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 14 februari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017001986) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen, omdat *"de eerste 20 behandelingen met als indicatie radiculair syndroom met motorische uitval uitgesloten zijn van vergoeding. De overige indicaties waardoor behandelingen zijn ondergaan voldoen niet aan de chronische lijst voor fysiotherapie. Tot slot merkt het Zorginstituut op dat de behandelcode voor de fysiotherapeutische behandelingen met als indicatie radiculair syndroom met motorische uitval niet (juist) gedeclareerd zijn."*
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 15 februari 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 maart 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 9 maart 2017 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 13 maart 2017 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. Verzoeker heeft chronische rugpijn. Deze wordt veroorzaakt door een beknelling van de zenuwen. De zenuwbeknelling uit zich in functieverlies van de benen waardoor verzoeker moeizaam loopt. Op aanraden van zijn medisch specialisten heeft verzoeker fysiotherapie. Hij voert dagelijks de oefeningen uit die de fysiotherapeut hem heeft geadviseerd, en fietst en loopt voor zover dit voor hem haalbaar is. Naast de zenuwbeknelling in de rug is bij verzoeker eind 2015 door de huisarts een probleem aan zijn voet geconstateerd. Hiervoor is verzoeker in 2016 onder behandeling geweest bij de orthopedisch chirurg.
- 4.2. De behandelend anesthesioloog heeft over verzoeker het volgende verklaard: *"(...) Patiënt heeft ons inziens een indicatie voor aanvullend fysiotherapie wegens een radiculair syndroom met motorische uitval. Zoals vermeld in de bijlage van de zorgverzekeringswet besluit artikel 2.6 [tweede] lid nummer 1.10 radiculair syndroom met motorische uitval (...)"*.
- 4.3. De behandelend neuroloog heeft over verzoeker het volgende verklaard: *"[Verzoeker] is bij ondergetekende onder behandeling in verband met een beknelde zenuw tussen de 4e en 5e lendewervel ter rechter zijde. Op dit moment is deze aandoening niet voor neurochirurgische behandeling toegankelijk en is alleen een conservatieve behandeling in de vorm van fysiotherapie mogelijk. Ik verwacht dat deze aandoening beschouwd kan worden als een chronische indicatie, omdat dit inmiddels een chronisch probleem betreft van een beknelde zenuw met als gevolg radicaire pijn in het voorzieningsgebied van de wortel L5 rechts"*.
- 4.4. De behandelend orthopedisch chirurg heeft over verzoeker het volgende verklaard: *"Bovengenoemde patiënt zag ik op de polikliniek orthopedie op 15-12-2015. Patiënt heeft al ongeveer 15 maanden klachten van de rechter voet. Het begon allemaal met HNP-klachten"*

waarvoor uitstraling via het rechter been tot in de voet aan de laterale zijde. Patiënt is daar ook uitgebreid voor behandeld en het ging wel beter na enige pijnbehandeling door het pijnteam. Patiënt blijft echter veel pijn in zijn voet houden, dit voelt anders dan voorheen. De pijn is continu aanwezig maar neemt toe bij mobiliseren. In rust is het minimaal. Patiënt draagt altijd dezelfde schoenen, de klachten zijn constant. Hij heeft wel een steunzool geprobeerd, dit helpt echter onvoldoende. De fysiotherapeut is onlangs begonnen met shockwavetherapie voor fascia plantaris irritatie, dit lijkt wel goed effect te hebben.

Lichamelijk onderzoek: pes planovalgus beiderzijds, Hübscher-test positief. Bovenste spronggewicht en onderste spronggewicht g.b. Drukpijn calcaneocuboïd en over de peroneuspezen. Weerstandtesten niet echt duidelijk positief. Er is ook drukpijn op de fascia plantaris.

Aanvullend onderzoek: X-enkel/voet: geen afwijkingen.

Conclusie: pijnklachten linker voet op basis van toch degeneratieve afwijkingen in de achter/middenvoet, fasciitis plantaris, peroneuspees tendinitis of [pre-existent] bij de HNP.

Beleid: teneinde een orthopedische oorzaak verder aan te tonen/uit te sluiten, zal een botscan worden verricht. Ondertussen verzoek ik de fysiotherapeut door te gaan met de shockwavetherapie (...)"

4.5. Verzoeker stelt dat het verzoek om vergoeding van aanvullende behandelingen fysiotherapie wordt ondersteund door de behandelend medisch specialisten. Overigens heeft verzoeker veel moeite moeten doen om een reactie van de ziektekostenverzekeraar te krijgen op zijn klacht.

4.6. Ter zitting heeft verzoeker de standpunten herhaald.

4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. In artikel 26 van de voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op fysiotherapie geregeld. Aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden bestaat alleen vanaf de 21e behandeling én indien sprake is van een aandoening die een langdurige of chronische behandeling vereist. De betreffende aandoeningen zijn opgenomen in de 'Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie', die is te vinden in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Dit besluit is vastgesteld door de overheid en maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden.

5.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van fysiotherapie. Indien sprake is van een aandoening die voorkomt op bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering bestaat recht op vergoeding van de eerste twintig behandelingen. Voor overige aandoeningen bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van maximaal veertien behandelingen per kalenderjaar.

5.3. In mei 2015 heeft de behandelend neuroloog ten behoeve van verzoeker een aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend voor fysiotherapie ter behandeling van L5-problematiek. Deze aanvraag was onvolledig en de gegevens van de fysiotherapeut ontbraken. De neuroloog schrijft over een chronisch probleem bij verzoeker. Het feit dat sprake is van chronische klachten in de zin van langdurige klachten, betekent echter niet automatisch dat het een aandoening betreft waarvoor fysiotherapie voor vergoeding vanuit de zorgverzekering in aanmerking komt. De diagnosecode die hoort bij de L5-problematiek is alleen te registreren ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Uit de gegevens die de ziektekostenverzekeraar van de zorgaanbieder van verzoeker heeft ontvangen, blijkt niet dat de (medische) indicatie waarvoor aanvullende fysiotherapie is aangevraagd, voorkomt op bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering.

5.4. In november 2015 werd ten behoeve van verzoeker een aanvraag ingediend voor vergoeding van fysiotherapie ter behandeling van radiculaire pijn. Omdat geen sprake was van motorische parese is de aanvraag afgewezen. De anesthesioloog verklaart dat bij verzoeker sprake is van

een radiculair syndroom met motorische uitval. Hiervoor bestaat, gelet op bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, gedurende maximaal drie maanden aanspraak op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering, vanaf de 21e behandeling. Op basis van deze indicatie had door de ziektekostenverzekeraar een machtiging kunnen worden afgegeven. De behandelend fysiotherapeut heeft echter geen aanvraag ingediend voor fysiotherapiebehandelingen in verband met deze indicatie. Hiervoor zijn ook geen declaraties ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker geadviseerd dit met de fysiotherapeut te bespreken.

5.5. De behandelend fysiotherapeut heeft in 2015 bij de ziektekostenverzekeraar kosten gedeclareerd voor de behandeling van meerdere aandoeningen bij verzoeker. Het betreffen de aandoeningen 'epicondylitis/tendinitis/tendovaKVS', 'chondropathie/arthropatie/menisWLS', 'chondropatie/arthropatie/menisKBS' en 'spier-, pees- en fasciaaandoeniBBS'. De ziektekostenverzekeraar heeft de declaraties met betrekking tot deze aandoeningen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed. De declaratiecodes die de behandelend fysiotherapeut heeft gebruikt, passen bij de aandoeningen van verzoeker. Het budget van de aanvullende ziektekostenverzekering is evenwel niet toereikend om de kosten van alle door verzoeker in 2015 ondergane fysiotherapiebehandelingen te vergoeden.

5.6. Verzoeker heeft een overzicht overgelegd van alle door de behandelend fysiotherapeut gedeclareerde behandelingen. Alle behandelingen op het overzicht van verzoeker zijn vergoed vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft contact gehad met de behandelend fysiotherapeut en de declaraties met hem besproken. Er is volgens de ziektekostenverzekeraar geen reden te twijfelen aan de juistheid van de declaraties.

5.7. De ziektekostenverzekeraar merkt nog op dat verzoeker tijdens telefonische contacten heeft verzocht hem uit coulance tegemoet te komen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit verzoek afgewezen. Voorts wordt opgemerkt dat verzoeker vanaf 1 januari 2016 niet meer is verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar.

5.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar de standpunten herhaald.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 8 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 verzoeker aanspraak heeft op een hogere vergoeding voor de door hem in 2015 ondergane behandelingen fysiotherapie 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 mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg.

De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 26 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van fysiotherapie en oefentherapie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

*U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.
(...)*

18 jaar en ouder:

(...)

- u hebt vanaf de 21e behandeling recht op vergoeding van de kosten van behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst.

De kosten van de eerste 20 behandelingen per aandoening komen voor uw eigen rekening. U krijgt deze behandelingen mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

Chronische lijst

De lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie wordt ook wel de ‘Chronische lijst’ genoemd. Deze naam dekt eigenlijk niet de lading, omdat niet alle chronische aandoeningen op deze lijst staan. Aandoeningen die wel op de lijst staan, zijn onder andere bepaalde aandoeningen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat, bepaalde long- en vaataandoeningen, lymfoedeem, weke delen tumoren en littekenweefsel van de huid. Het gaat in sommige gevallen ook om de behandeling van een aandoening na een opname in een ziekenhuis ter bespoediging van het herstel.

(...)

Toestemming

U hebt alleen vooraf onze toestemming nodig als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). U hebt een verklaring nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist waaruit blijkt dat u behandeld moet worden voor een aandoening die is opgenomen in deze Lijst. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

(...)

- 8.4. Artikel 1.9 regelt de voorafgaande toestemming en luidt, voor zover van belang, als volgt:

"1.9 Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

(...)

Toestemming

U hebt in een aantal gevallen vooraf onze toestemming nodig. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, hebt u geen recht op (vergoeding van de kosten van) de zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of hij vraagt voor u toestemming bij ons aan. Het kan zijn dat u om privacyoverwegingen liever zelf toestemming bij ons aanvraagt. U kunt uw aanvraag dan ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voor in de voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen".

- 8.5. De artikelen 1.9 en 26 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 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. Paramedische zorg, waaronder fysiotherapie, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 en bijlage 1 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 16 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op fysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder en luidt, voor zover hier van belang:

"Door

Fysiotherapeut bij individuele fysiotherapie, (...)

Vergoeding

Voor 'Overige aandoeningen' geldt een maximale vergoeding per behandeling. De maximale vergoeding is afhankelijk van de soort therapie en geldt per aandoening. De maximale bedragen per behandeling vindt u op onze website.

Aandoeningen zoals vermeld in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering

(...)

IZA Classic: de eerste 20 behandelingen per aandoening

(...)

Overige aandoeningen

(...)

IZA Classic: maximaal 14 behandelingen per aandoening per kalenderjaar

Bijzonderheden

1. Als meerdere vormen van fysiotherapie naast elkaar worden verleend voor dezelfde aandoening, ontvangt u slechts vergoeding voor één vorm (...)"


9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering


- 9.1. Op grond van artikel 26 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op (vergoeding) van fysiotherapie vanaf de 21e behandeling indien sprake is van een indicatie die voorkomt op bijlage 1 Bzv.
Op de verwijzing van de behandelend neurochirurg is het volgende vermeld: "*L5-problematiek - chronische indicatie*". Aanvullend heeft de neurochirurg verklaard dat de aandoening van verzoeker kan worden beschouwd als chronische indicatie omdat het inmiddels een chronisch probleem betreft van een beknelde zenuw, met als gevolg radiculaire pijn in het voorzieningsgebied van de wortel L5 rechts.
Radiculopathie is geen indicatie die voorkomt op bijlage 1 Bzv.
- 9.2. De anesthesioloog heeft bij brief van 10 september 2015 verklaard dat verzoeker een indicatie heeft voor aanvullende fysiotherapiebehandelingen wegens een radiculair syndroom met motorische uitval.
Bij de indicatie 'radiculair syndroom met motorische uitval' bestaat ingevolge lid 1 onderdeel a subonderdeel 10° en lid 2 van bijlage 1 Bzv aanspraak op vergoeding van fysiotherapie vanaf de 21e behandeling met een maximale behandelduur van drie maanden.
Verzoeker heeft tussen 23 juli 2015 en 16 oktober 2015 veertien behandelingen fysiotherapie ondergaan in verband met deze indicatie. De zorgverzekering kent hiervoor geen dekking. De maximale termijn is sindsdien verstreken.
- 9.3. Daarnaast heeft verzoeker behandelingen fysiotherapie ondergaan in verband met een drietal andere indicaties. Het betreft hierbij de behandelcodes 6026, 7222 en 7420. Deze behandelcodes behoren bij aandoeningen die niet voorkomen op bijlage 1 Bzv, zoals wordt bevestigd in het voorlopig advies van het Zorginstituut van 14 februari 2017, zodat de zorgverzekering ook voor deze behandelingen fysiotherapie geen dekking biedt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


- 9.4. In artikel 16 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op (vergoeding) van fysiotherapie. Bij aandoeningen die voorkomen op bijlage 1 Bzv betreft het de eerste twintig behandelingen per aandoening. Bij overige aandoeningen bestaat recht op vergoeding van de eerste veertien behandelingen per aandoening.
- 9.5. Verzoeker heeft in 2015 veertien behandelingen wegens heupklachten (behandelcode 6026), veertien behandelingen wegens voetklachten (behandelcode 7222) en dertien behandelingen wegens elleboogklachten (behandelcode 7420) ondergaan.
Voorname indicaties komen niet voor op bijlage 1 Bzv, zodat sprake is van overige aandoeningen in de zin van de aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie stelt op basis van het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde overzicht vast dat voorgaande behandelingen door de ziektekostenverzekeraar tot het toepasselijke maximum van veertien per aandoening zijn vergoed. Verder heeft verzoeker in 2015 veertien behandelingen ondergaan vanwege de indicatie radiculair syndroom met motorische uitval. Deze behandelingen zijn gedeclareerd onder behandelcode 3522. De indicatie radiculair syndroom met motorische uitval komt voor op bijlage 1 Bzv, zodat vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak bestaat op vergoeding van de eerste twintig behandelingen ter zake van deze indicatie. Verzoeker heeft veertien behandelingen ondergaan, welke behandelingen blijkens het overzicht van de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed. Uit hoofde van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat geen aanspraak op een hogere vergoeding. Door het Zorginstituut is in eerder genoemd voorlopig advies nog opgemerkt dat de door de fysiotherapeut gehanteerde behandelcode 3522 niet de juiste is, gelet op de gestelde indicatie.

 Aangezien dit verder niet relevant is voor de uitkomst van de onderhavige procedure, neemt de commissie een en ander voor kennisgeving aan.

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, 22 maart 2017,











 A.I.M. van Mierlo