



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen IZZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem.  
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie, oedeemtherapie, chronische indicatie, doorlopende  
machtiging, schriftelijke toezegging  
Zaaknummer : 201700545  
Zittingsdatum : 21 juni 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.6 en bijlage 1 Bzv)

---

1. Partijen

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

tegen

IZZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering, variant Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Zorg voor de Zorg en Extra 1 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van oedeemtherapie door een huidtherapeut en door een fysiotherapeut voor het jaar 2016 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar een machtiging voor oedeemtherapie door een huidtherapeut aan verzoekster verleend voor de periode van 1 januari 2016 tot 1 december 2016. Bij brief van 3 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat voor de aangevraagde oedeemtherapie door een fysiotherapeut voor het jaar 2016 geen machtiging wordt verleend.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 3 februari 2016 en 7 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 10 maart 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

3.4. 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.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 mei 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 mei 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 mei 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 juni 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.8. Bij brief van 12 mei 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 13 juni 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017021559) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op oedeemtherapie ten laste van de zorgverzekering, toe te wijzen op de grond dat de aandoening secundair lymfoedeem voorkomt op Bijlage 1 Bzv. De gelijktijdige aanwezigheid van lipoedeem vormt hierop geen uitzondering. Ten aanzien van de fysiotherapie voor co-morbide aandoeningen, gedeclareerd onder diagnosecode 9326, heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen, omdat niet blijkt voor welke op de chronische lijst vermelde indicatie fysiotherapeutische behandeling is gegeven. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 13 juni 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 juni 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 22 juni 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 27 juni 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 verzoekster

- 4.1. De behandelend fysiotherapeut heeft ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: "*(...) Middels dit bijgevoegde schrijven laat ik U de aanvraag chronische fysiotherapie 2015 toekomen voor bovengenoemde patiënte (...) Mevrouw (...) heeft al jaren chronisch lipoedeem met secundair lymfoedeem in beide armen en benen. Zij ondervindt hier in haar dagelijkse ADL veel klachten van, namelijk veel pijn in spieren en gewrichten in alle extremiteiten. Het lymfoedeem drukt extreem op de gewrichten, wat heel pijnlijk is en het functioneren in haar werk en ADL ernstig bemoeilijkt. Het is voor haar van essentieel belang, om te kunnen functioneren, dat haar spieren en gewrichten mobiel blijven. Als fysiotherapeut kan ik haar middels oefen therapie hierin begeleiden. De aandacht die ze van mij zal krijgen bestaat uit mobiliserende therapie van de gewrichten en verbetering van de spierkracht in de musculatuur van de extremiteiten en romp. Geen begeleiding in bovenstaande heeft als gevolg dat stijfheid zal toenemen en een verdere achteruitgang van de spierkracht. Ik hoop dat bovenstaande brief, in combinatie met de verwijfsbrief van dermatoloog (...), voldoende motivatie is om voor patiënte voor het komende jaar een chronische machtiging te verstrekken.*"
- 4.2. Verzoekster heeft chronisch lipoedeem met secundair lymfoedeem in beide armen en benen. Zij had tot en met 31 december 2013 een machtiging van de ziektekostenverzekeraar voor oedeemtherapie door een huidtherapeut ten laste van de zorgverzekering. Na afloop van voornoemde periode heeft verzoekster voor de jaren 2014 en 2015 een machtiging aangevraagd voor oedeemtherapie door een huidtherapeut en door een fysiotherapeut. De machtiging voor oedeemtherapie door een fysiotherapeut is noodzakelijk, omdat verzoekster vanaf oktober 2013 spier- en gewrichtsklachten heeft die moeten worden behandeld door een fysiotherapeut. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvragen van verzoekster herhaaldelijk en op wisselende gronden afgewezen. Onder meer heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat lipoedeem en secundair lymfoedeem niet voorkomen op Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Lymfoedeem is echter wel vermeld op Bijlage 1

van het Besluit zorgverzekering, te weten in artikel 1, eerste lid, onderdeel d, onder 3. Naar aanleiding van de brief van de gemachtigde van 19 oktober 2015 aan de ziektekostenverzekeraar, waarbij het medisch advies van de medisch adviseur van de gemachtigde was gevoegd, heeft de ziektekostenverzekeraar alsnog goedkeuring verleend. De medisch adviseur van de gemachtigde heeft in zijn advies van 13 augustus 2015 ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *"(...) Uit de informatie van collega (...) van 4 juni 2014 blijkt cliënte toen op de polikliniek (...) te zijn geweest. (...) Sinds de geboorte van haar zoon heeft zij oedeem van de onderste extremiteit. Er is destijds (...) een lymfscintigrafie verricht waarop afwijkingen zichtbaar waren. (...) Volgens het besluit Zorgverzekeringen dienen de behandelingen inzake lymfoedeem wel te worden vergoed. (...) Dit alles overziende lijkt het niet meer dan redelijk dat cliënte in aanmerking komt voor een machtiging voor lymfdrainage. Indien hier nog door IZZ enig bezwaar wordt gemaakt, lijkt het verstandig om de destijds in Roermond verrichte lymfscintigrafie op te vragen. (...) Medisch gezien lijkt er alle reden om tot vergoeding over te gaan. (...)"* Bij brieven van 7 en 8 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar een machtiging voor oedeemtherapie door een huidtherapeut voor de jaren 2014 respectievelijk 2015 toegekend. Bij brieven van 30 oktober en 12 november 2015 heeft hij ook een machtiging voor oedeemtherapie door een fysiotherapeut ten aanzien van de jaren 2014 en 2015 verleend.

4.3. Verzoekster heeft nadien voor het jaar 2016 een machtiging aangevraagd voor oedeemtherapie door een huidtherapeut en door een fysiotherapeut. Bij brief van 24 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar een machtiging voor oedeemtherapie door een huidtherapeut afgegeven voor de periode van 1 januari 2016 tot 1 december 2016. Verzoekster wil echter ook een machtiging voor oedeemtherapie door een huidtherapeut voor de periode van 1 tot en met 31 december 2016. Bij brieven van 3 februari 2016 en 7 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor oedeemtherapie door een fysiotherapeut voor het jaar 2016 afgewezen. Gelet op het advies van de medisch adviseur van de gemachtigde van 13 augustus 2015 is in het geval van verzoekster lymfedrainage noodzakelijk en daarom moet de ziektekostenverzekeraar alsnog een machtiging voor oedeemtherapie door een fysiotherapeut voor het jaar 2016 verlenen. Bovendien ontleent verzoekster aan het e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar van 30 december 2015 recht op vergoeding van de kosten van oedeemtherapie door een fysiotherapeut voor het jaar 2016, aangezien hij in het bericht aan haar het volgende heeft verklaard: *"U hebt vanuit uw IZZ Extra 1 pakket recht op vergoeding van 16 fysiotherapiebehandelingen. Hebt u in 2016 meer behandelingen nodig? Dan kunt u gezien de onduidelijkheid over de vergoeding van uw behandelingen, deze nota's rechtstreeks naar mij toesturen via bovengenoemd adres. Wij vergoeden de kosten van deze nota's dan alsnog."* De ziektekostenverzekeraar verleent ondanks het voorgaande geen machtiging voor oedeemtherapie door een fysiotherapeut. De ziektekostenverzekeraar voert daartoe onder meer aan dat uit het advies van de medisch adviseur van de gemachtigde van 13 augustus 2015 niet blijkt dat verzoekster aanspraak maakt op oedeemtherapie door een fysiotherapeut. De medisch adviseur van de gemachtigde heeft nadien de zaak van verzoekster opnieuw beoordeeld en heeft op 5 april 2016 het volgende verklaard: *"(...) Mijn conclusie is dat de lymfoscintigrafie het klinisch beeld van vertraagde lymfeafvoer, zoals de clinicus dit heeft gesteld, onderschrijft. Er is een langzame verdwijning uit het depot. Er is dus een relatieve lymfeafvoer stoornis. Ik ben van mening dat de therapie in de vorm van oedeem- en fysiotherapie, die cliënte al langere tijd heeft, voortgezet moet worden. Hiervoor dient zij op medische gronden ook voor vergoeding in aanmerking te komen (...)"* Gelet op het voorgaande heeft verzoekster aanspraak op oedeemtherapie door een fysiotherapeut ten laste van de zorgverzekering. Verzoekster merkt ten aanzien van voornoemde aanvraag voor oedeemtherapie door een fysiotherapeut voor 2016 nog op dat de ziektekostenverzekeraar onzorgvuldig heeft gehandeld, omdat het verzoekster pas uit zijn e-mailbericht van 30 december 2015 duidelijk is geworden dat hij wellicht geen machtiging zou verlenen, terwijl zij daarvóór al diverse malen telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar over de aanvragen had gehad. De ziektekostenverzekeraar heeft bij verzoekster derhalve de indruk gewekt dat hij de machtiging voor oedeemtherapie door een fysiotherapeut zou verlenen.

4.4. Op de machtiging voor oedeemtherapie door een huidtherapeut voor het jaar 2016, gedateerd 24 december 2015, heeft de ziektekostenverzekeraar diagnosecode 9146 vermeld. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar nadien verzocht voornoemde diagnosecode te wijzigen, omdat de behandeling door de huidtherapeut primair is gericht op de onderste lichaamshelft. Ten aanzien

van de diagnosecode heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn e-mailbericht van 23 december 2015 aan verzoekster verklaard dat de diagnosecode niet van belang is bij de verwerking van declaraties van een zorgaanbieder. De behandelend huidtherapeut kan met diagnosecode 9146, die ziet op behandeling van de bovenste lichaamshelft, de kosten van de gehele behandeling declareren. Bij brief van 3 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar op advies van zijn medisch adviseur de diagnosecode alsnog gewijzigd in 9446.

- 4.5. De gezondheidsklachten van verzoekster zijn chronisch en daarom wil zij een doorlopende machtiging voor oedeemtherapie door een huidtherapeut en door een fysiotherapeut, ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor een doorlopende machtiging afgewezen. Verzoekster heeft vanwege deze beslissing bij de ziektekostenverzekeraar andere aanvullende verzekeringen voor het jaar 2017 afgesloten, namelijk Zorg voor de Zorg en Extra 3. Verzoekster betaalt hierdoor in 2017 € 420,- meer aan premie dan wanneer zij de aanvullende verzekeringen Zorg voor de Zorg en Extra 1 had behouden. Indien verzoekster door de commissie in het gelijk wordt gesteld, wenst zij een schadevergoeding ter hoogte van voornoemd bedrag.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald. Voorts is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de behandelend fysiotherapeut met haar goedkeuring is gaan declareren met diagnosecode 9326 in plaats van diagnosecode 9146, omdat betaling van de door de fysiotherapeut bij de ziektekostenverzekeraar ingediende nota's lange tijd uitbleef. De zorg is echter onveranderd gebleven en bestaat uit lymfedrainage waardoor de spieren en gewrichten soepeler worden. Verzoekster licht toe dat zij voor de toekomst duidelijkheid wenst over de vraag of zij aanspraak heeft op een chronische machtiging voor fysiotherapie in het kader van de aandoening lymfoedeem en met welke diagnosecode de fysiotherapeut de aan haar te verlenen fysiotherapie moet declareren. Voorts vermeldt verzoekster dat zij in 2016 in ieder geval niet méér dan zestien fysiotherapiebehandelingen heeft genoten.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoekster heeft aanspraak op paramedisch zorg ten laste van de zorgverzekering indien de indicatie is opgenomen op Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Lymfoedeem is vermeld op de genoemde bijlage. Verzoekster heeft de indicatie lipoeedeem met daarbij secundair lymfoedeem. Deze indicatie komt niet voor op Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. De zorgverzekering biedt aanspraak op oedeemtherapie en lymfedrainage indien een (verzekerings-)indicatie bestaat in de vorm van primair (aangeboren) lymfoedeem of destructie van lymfatisch weefsel. Aangezien bij verzoekster geen sprake is van primair lymfoedeem of destructie van het lymfatisch weefsel zijn de aanvragen voor oedeemtherapie door een huidtherapeut en een fysiotherapeut ten aanzien van de jaren 2014, 2015 en 2016 afgewezen. Nadien is het advies van de medisch adviseur van de gemachtigde, gedateerd 13 augustus 2015, voorgelegd aan de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar en heeft de ziektekostenverzekeraar alsnog goedkeuring verleend voor oedeemtherapie door de huidtherapeut alsmede door de fysiotherapeut van verzoekster ten aanzien van 2014 en 2015. Op de akkoordverklaringen van 30 oktober 2015, 12 november 2015, 7 december 2015 en 8 december 2015 is diagnosecode 9146 vermeld. Bij brief van 3 februari 2016 heeft ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de diagnosecode is aangepast naar code 9446, omdat deze algemene diagnosecode beter aansluit op de klachten die verzoekster heeft. De fysiotherapeut van verzoekster heeft gedeclareerd met een andere diagnosecode dan die waarop de voornoemde machtigingen zagen. Hij heeft namelijk gedeclareerd met diagnosecode 9326 en deze code heeft geen betrekking op behandeling in het kader van oedeemtherapie. Diagnosecode 9326 ziet op behandeling in het kader van spier-, pees- en fascia-aandoeningen en de behandelingen worden daarom niet vergoed ten laste van de zorgverzekering. De door de fysiotherapeut verleende zorg is, gelet op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 5 mei 2017, vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, nadat in 2014 en 2015 de maximale

vergoeding voor fysiotherapie reeds door verzoekster was opgesoupeerd. Deze vergoeding moet volgens de ziektekostenverzekeraar worden aangemerkt als financiële genoegdoening. De huidtherapeut declareerde met diagnosecode 9446 en deze diagnosecode heeft betrekking op oedeemtherapie. Een aantal behandelingen heeft hij gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar met een diagnosecode die niet overeenkomt met de diagnosecode waarvoor een machtiging is verleend. De zorgaanbieder heeft de behandelingen opnieuw gedeclareerd met code CSI 009. Deze code vergoedt de ziektekostenverzekeraar in het onderhavige geval ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar vermeldt in zijn brief van 7 juni 2016 ten aanzien van de door de huidtherapeut gedeclareerde behandelingen: *"Omdat mevrouw (...) haar budget had verbruikt hebben wij het bedrag van € 132,03 bij haar in rekening gebracht. Ik kan mij voorstellen dat dit erg vervelend voor haar is geweest. Omdat mevrouw (...) recht heeft op vergoeding uit de basisverzekering, hebben wij deze declaraties gecorrigeerd."* In 2016 zijn alle kosten met betrekking tot fysiotherapie vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. In 2017 heeft verzoekster zich aanvullend verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Extra 3. Deze verzekering geeft aanspraak op onbeperkte fysiotherapie.

- 5.2. Op 30 december 2015 is door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een e-mailbericht gestuurd waarin wordt toegezegd dat hij haar in 2016 tegemoet zal komen in de kosten van fysiotherapie nadat de 16 behandelingen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn verbruikt. Verzoekster concludeert hieruit dat zij recht heeft op vergoeding van oedeemtherapie door een fysiotherapeut. De ziektekostenverzekeraar heeft ten aanzien van het jaar 2016 evenwel alleen een machtiging verleend voor oedeemtherapie door de behandelend huidtherapeut. Hij heeft tijdens een gesprek met verzoekster op 28 december 2015 erkend dat de communicatie over de machtiging voor oedeemtherapie door een fysiotherapeut in 2016 niet duidelijk was en toegezegd haar in 2016 financieel tegemoet te komen op voornoemde wijze.
- 5.3. Ieder jaar dient verzoekster een nieuwe aanvraag in te dienen voor oedeemtherapie. Dit is niet een geheel administratieve eis. De overheid bepaalt de inhoud van de zorgverzekering en deze kan per jaar wijzigen. Dit is de voornaamste reden dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster vraagt ieder jaar een nieuwe aanvraag te doen.
- 5.4. Bij brief van 27 maart 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar alsnog een machtiging verleend voor oedeemtherapie door een huidtherapeut voor de periode van 1 december 2016 tot en met 30 november 2017.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt samengevat herhaald. Voorts is door hem ter aanvulling aangevoerd dat het advies van het Zorginstituut zijn standpunt, dat de door de behandelend fysiotherapeut van verzoekster bij hem ingediende nota's met diagnosecode 9326 niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen, onderschrijft. De ziektekostenverzekeraar verwijst voor de vraag of verzoekster aanspraak heeft op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering naar zijn brief van 5 mei 2017, waarin hij het volgende heeft verklaard: "Nadat wij aanvullende informatie hebben ontvangen, hebben wij een goedkeuring gegeven voor behandelingen bij deze fysiotherapeut." Voorts zijn alle aan verzoekster verleende fysiotherapiebehandeling in 2016 vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen 10.1. van de zorgverzekering en 7.1. 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 verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van fysiotherapie voor het jaar 2016, ten laste van de zorgverzekering. Verder is in geschil of de ziektekostenverzekeraar is gehouden met ingang van het jaar 2017 aan verzoekster een doorlopende machtiging voor oedeemtherapie door een huidtherapeut en door een fysiotherapeut te verstrekken.

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 in de artikelen 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 26 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op paramedische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

***“Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/mensendieck  
Omschrijving***

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

*18 jaar en ouder:  
(...)*

*- u hebt vanaf de 21e behandeling recht op 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.*

*U hebt geen recht op:*

- arbocuratieve of reïntegratietrajecten;*
- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.*

***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. Twijfelt u of uw aandoening op deze lijst voorkomt? Neem dan vooraf contact met ons op. U vindt ons telefoonnummer op onze website. U vindt de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) op onze website. U kunt deze lijst ook telefonisch bij ons opvragen. U vindt ons telefoonnummer op onze website.  
(...)*

### **Wie mag de zorg verlenen**

*Fysiotherapeut, geriatisch fysiotherapeut, heilgymnast-masseur, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kinderysiotherapeut, kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck, manueel therapeut, oedeem therapeut of bekkenfysiotherapeut. Oedeemtherapie mag ook worden verleend door een huidtherapeut.*

*De geriatisch fysiotherapeut, kinderysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut en bekkenfysiotherapeut moeten zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.*

*(...)*

*De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).*

*(...)*

### **Waar mag de zorg worden verleend**

*Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.*

### **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. (...)"*

8.4. Artikel 1.2. van de zorgverzekering luidt:

#### **"Medische noodzaak**

*U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. (...)"*

8.5. De artikelen 1.2 en 26 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.8 en 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Artikel 11, eerste lid, 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 en oedeemtherapie, 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.



Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst, voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

8.8. Artikel 31 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op fysiotherapie en ergotherapie, en luidt:

**"Omschrijving**

*Hieronder vallen de volgende therapieën:*

- fysiotherapie;
- oedeemtherapie;
- (...)

**Wie mag de zorg verlenen**

- Voor fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut).
- Voor oedeemtherapie: oedeemtherapeut of huidtherapeut. De oedeemtherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).
- (...)

**Waar mag de zorg worden verleend**

*De zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.*

**Vergoeding**

(...)  
Zorg voor de Zorg + Extra 1 maximaal 16 behandelingen per kalenderjaar  
(...)

(...)

**18 jaar en ouder**

*2a. Chronische aandoeningen:*

*u hebt recht op vergoeding van de kosten van de eerste twintig behandelingen tot maximaal het aantal behandelingen van de door u afgesloten aanvullende verzekering. Vanaf de 21e behandeling hebt u recht op vergoeding van de kosten vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist. Deze chronische aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).*

*2b. Niet-chronische aandoeningen:*

*u hebt recht op vergoeding van de kosten van de behandelingen tot maximaal het aantal behandelingen van de door u afgesloten aanvullende verzekering. U krijgt in dit geval geen vergoeding uit de zorgverzekering (uw aandoening komt niet voor in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie);*

(...)

**Alle leeftijden**

(...)

*5. U hebt geen recht op behandelingen die niet als fysiotherapie of ergotherapie worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:*

- arbocuratieve of re-integratietrajecten;

- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining;  
(...)"

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Aan de orde is in de eerste plaats of verzoekster aanspraak heeft op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering voor het jaar 2016 en voorts of de eventueel te verlenen machtiging voor oedeemtherapie door een huidtherapeut en oedeemtherapie door een fysiotherapeut doorlopend dienen te zijn.
- 9.2. De zorgverzekering biedt dekking voor fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling, indien sprake is van een verzekeringsindicatie. Een verzekeringsindicatie is aanwezig indien de aandoening waarvoor behandeling plaatsvindt, voorkomt op Bijlage 1 Bzv. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat bij verzoekster geen sprake is van een verzekeringsindicatie als genoemd in Bijlage 1 Bzv, omdat bij haar niet kan worden gesproken van primair lymfoedeem of destructie van het lymfatisch weefsel. Verzoekster stelt zich op het standpunt dat haar aandoening, chronisch lipoedeem met secundair lymfoedeem, wel een verzekeringsindicatie vormt op grond van Bijlage 1 Bzv. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 9.3. In het eerste lid, onderdeel d, onder 3, van Bijlage 1 Bzv wordt de aandoening lymfoedeem genoemd. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 13 juni 2017 zijn hierbij geen indicatiebeperkingen vermeld. Dat het, zoals de ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd, dient te gaan om primair lymfoedeem of secundair lymfoedeem met destructie van lymfatisch weefsel is dan ook onjuist. Uit de overgelegde stukken blijkt echter niet dat de fysiotherapeut verzoekster in 2016 in het kader van de aandoening lymfoedeem heeft behandeld. Hierbij neemt de commissie met name in overweging dat de fysiotherapeut in 2016 de aan verzoekster verleende zorg heeft gedeclareerd met diagnosecode 9326. Met verwijzing naar het advies van het Zorginstituut wordt overwogen dat niet is komen vast te staan voor welke - op de chronische lijst vermelde - indicatie de co-morbide aandoeningen door de fysiotherapeut zijn behandeld. Daarom heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van de behandelingen door een fysiotherapeut ten laste van de zorgverzekering in 2016. De ter zitting door verzoekster gegeven toelichting dat de fysiotherapeut in overleg met haar heeft gekozen voor het gebruik van code 9326, waarbij de behandeling - bestaande uit lymfedrainage - ongewijzigd is voortgezet, neemt de commissie voor kennisgeving aan.

**Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor de kosten van fysiotherapie en oedeemtherapie tot maximaal 16 behandelingen per kalenderjaar. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

**Schriftelijke toezegging**

- 9.5. Verzoekster heeft nog gesteld dat aan haar door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar de toezegging is gedaan dat de kosten van fysiotherapie in het jaar 2016 volledig worden vergoed. In het door haar aangehaalde e-mailbericht van 30 december 2015 is door de betreffende medewerker het volgende aan verzoekster geschreven: *"U hebt vanuit uw IZZ Extra 1 pakket recht op vergoeding van 16 fysiotherapiebehandelingen. Hebt u in 2016 meer behandelingen nodig? Dan kunt u gezien de onduidelijkheid over de vergoeding van uw behandelingen, deze nota's rechtstreeks naar mij toesturen via bovengenoemd adres. Wij vergoeden de kosten van deze nota's dan alsnog"*. Naar het oordeel van de commissie vormt het voorgaande een toezegging voor volledige vergoeding van de kosten voor fysiotherapie in het

jaar 2016. De commissie stelt op grond van het bij de brief van de ziektekostenverzekeraar van 5 mei 2017 gevoegde declaratieoverzicht vast dat verzoekster in 2016 4 fysiotherapiebehandelingen heeft genoten. Ter zitting heeft verzoekster, hiernaar gevraagd, verklaard dat in 2016 geen sprake was van meer dan 16 behandelingen. Aangezien verzoekster ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft op vergoeding van maximaal 16 behandelingen en dat aantal niet is overschreden, doet de toezegging, die kennelijk werd gedaan in het kader van de aanvullende ziektekostenverzekering, niet meer ter zake.

### Doorlopende machtiging

- 9.6. Verzoekster heeft verder gesteld dat de ziektekostenverzekeraar een doorlopende machtiging moet verlenen, omdat sprake is van een chronische aandoening. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende. De procedure voor het afgeven van een machtiging is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het door deze ter zake gevoerde beleid kan de commissie niet treden. Dit zou anders zijn indien de ziektekostenverzekeraar identieke gevallen van aanvragen voor een doorlopende machtiging voor paramedische zorg verschillend behandelt, zodat sprake is van willekeur. Dit laatste is echter gesteld noch gebleken. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 27 maart 2017 alsnog een machtiging heeft verleend voor oedeemtherapie door een huidtherapeut voor de periode van 1 december 2016 tot en met 30 november 2017.

### Schadeloosstelling

- 9.7. Verzoekster heeft zich voorts op het standpunt gesteld dat de ziektekostenverzekeraar € 420,- aan haar moet vergoeden, indien zij aanspraak heeft op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Verzoekster heeft voor het jaar 2017 namelijk een uitgebreidere aanvullende verzekering afgesloten en moet daarom in vergelijking met het jaar 2016 € 420,- meer aan premie betalen. Aangezien hiervoor is geconcludeerd dat verzoekster op basis van de gehanteerde diagnosecode geen aanspraak heeft op oedeemtherapie door een fysiotherapeut ten laste van de zorgverzekering, behoeft dit punt verder geen bespreking.

### Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.9. Aangezien de ziektekostenverzekeraar in de loop van de procedure alsnog een machtiging heeft verleend voor oedeemtherapie door een huidtherapeut voor de periode van 1 december 2016 tot en met 30 november 2017, dient hij het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 5 juli 2017,

J.A.M. Strens-Meulemeester