



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, fysiotherapie en oefentherapie bij twee zorgaanbieders, doelmatigheid
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 201901979
Zittingsdatum : 22 januari 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 6 september 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 december 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 27 december 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 2 januari 2020 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019064919) aan de commissie meegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben. Een afschrift is op 3 januari 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 28 december 2019 respectievelijk 8 januari 2020 meegedeeld geen hoorzitting te willen.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Top Collectief en Tandarts Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft multiple sclerose (MS) en wordt daarvoor sinds juni 2019 behandeld door twee zorgverleners in de paramedische sector. De ene zorgverlener geeft haar oefentherapie en de andere fysiotherapie.
- 3.3. De behandelend oefentherapeut heeft op 18 juni 2019 over verzoekster verklaard:
"In november 2018 heb ik toestemming gekregen om cliënt 6 maanden te behandelen op onze locatie; (...) in Bergen op Zoom. Client wordt 2 x per week door mij behandeld [,] wordt tevens op twee andere dagen nog steeds behandeld bij collega praktijk [naam fysiotherapeut] in (...). De reden dat Mw. naast haar regulier[e] behandeling bij [naam fysiotherapeut] bij mij behandeld wordt had en heeft nog steeds als insteek de training van functionaliteit. De behandelplan die ik in november heb opgegeven was als volgt;

- *Het training van functionele vaardigheden; (...) heeft diverse oefen mogelijkheden waardoor transfers in/uit rolstoel, in/uit bed, overstappen van verschillende stoelen getraind kan worden op een veilig manier maar ook een manier waardoor cliënt efficiënt gebruik maakt van haar kracht.*
- *Conditie verbetering; training kan steeds aangepast worden aan de energie niveau omdat de oefenapparatuur verschillende mogelijkheden heeft, kan gebruikt worden vanuit een rolstoel indien overplaatsing naar een stoel niet mogelijk is. (o.a. legpress, crosstrainer en armfiets zijn aangepast voor deze doelgroep)*
- *Pijn vermindering; Gezien het feit dat gedoseerd bewegen de enige wetenschappelijk verantwoord behandeling is tegen pijn, kan onze aanbod in oefenmateriaal hier een oplossing voor zijn.*
- *Sta-training; m.b.v. statafel en brug kan er verschillende vormen van sta-training aangeboden worden.*
- *Training van rompstabiliteit; stabiliteit oefening in zowel staan en zit kan aangeboden worden. Silverfit apparatuur kan een uitgebreid trainings mogelijkheden bieden om stabiliteit vanuit de rolstoel te trainen. Klinimetrie zou per 3 maanden worden afgenomen d.m.v PSK. In de laatste 6 maanden is therapie trouw zeer hoog geweest, Mw heeft nauwelijks afgezegd. Evaluatie heeft plaats gevonden door middel van klinimetrie, namelijk PSK. (...) Conclusie; duidelijk verbetering.*

Mw is helaas sinds een aantal weken nu opgenomen in het ziekenhuis en ligt op een revalidatie afdeling, ik heb van haar begrepen dat ze nu erg achteruit is gegaan en zeker m.b.t het staan. Als ze nu een PSK zou moeten invullen op basis van het staan geeft ze aan dat ze een 1 zou scoren. We willen na haar ontslag graag daarna weer verder gaan trainen om ervoor te zorgen dat de stafunctie weer voldoende is om zelfstandig de transfers te doen.

Doelen zullen zijn ;

Mw kan over 4 maanden weer zelfstandig een zit-staan transfer uitvoeren en PSK zal met 2 punten verbeteren. Naast deze doelen wordt er ook multidisciplinair gewerkt met onze collega ergotherapeut. Samen hebben we ervoor gezorgd dat arm/hand training ingezet wordt, dat echtgenoot ondersteund wordt in het begeleiden van transfers. Wat verder van van belang is dat ik Mw ook doorverwezen heb naar een orthopedisch schoenmaker en heb geregeld dat er anders schoeisel komt waardoor transfers veiliger verlopen. Echtpaar waarderen de multidisciplinaire [s]jetting en geven aan er veel aan te hebben. (...)"

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 2 juli 2019 aan verzoekster meegedeeld dat met ingang van 1 augustus 2019 alleen nog behandelingen van één van beide zorgverleners worden vergoed.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 19 augustus 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. De behandelend fysiotherapeut heeft bij e-mailbericht van 29 augustus 2019 over verzoekster verklaard:
"[Verzoekster] wordt sinds november 2005 door mij behandeld vanwege Multiple Sclerose met fors spierfunctieverlies extremiteiten, rechts meer dan links en onderste extremiteiten meer dan bovenste, met als doel behoud en waar mogelijk (terug) verbetering van spierfunctie (kracht, uithoudingsvermogen en coördinatie). De behandeling bestaat uit individuele training van de musculatuur van alle extremiteiten. De training vindt plaats in de behandelkamer op de behandelbank middels bieden van optimale manuele weerstand tegen kracht zetten van alle betrokken musculatuur, geïsoleerd en in gesloten keten. Betreffende musculatuur wordt zowel voor als na functietraining manueel gerekt. Tevens wordt, indien noodzakelijk, lokaal pijnlijke musculatuur behandeld middels manuele myogene technieken. In het verleden is getracht om oefeningen uit te voeren in onze oefenzaal, daarbij is gebleken dat onze apparatuur voor wat betreft de onderste extremiteiten niet geschikt is om mee te trainen in geval van dermate geringe kracht als bij [verzoekster] het geval is. Het is mij niet bekend welke apparatuur mijn collega van (...) tot haar beschikking heeft, derhalve kan en wil ik hierover geen waardeoordeel geven behalve dat ik, vanwege te gering aantal patiënten met overeenkomende indicatie, niet bereid ben deze aan te schaffen. (...)"

3.7. Bij brief van 2 januari 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

“In het geschil staat de vraag centraal of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van fysiotherapeutische behandelingen bij twee zorgverleners. Gelet op artikel 114, derde lid van de Zorgverzekeringswet (Zvw) adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Het onderhavige geschil heeft hier geen betrekking op. Niet in geschil is of sprake is van verzekerde zorg en/of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Het geschil heeft betrekking op de doelmatigheid van de zorg. Het Zorginstituut heeft om deze reden geen adviesbevoegdheid en kan in dit geschil geen advies uitbrengen. (...)”.

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is zowel de behandelingen bij de oefentherapeut als die bij de fysiotherapeut aan haar te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22. van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling


6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over paramedische zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

6.2. Tussen partijen is niet in geschil dat de zorgverzekering dekking biedt voor behandelingen fysiotherapie en oefentherapie, en dat verzoekster hiervoor een indicatie heeft in verband met bij haar geconstateerde MS. Wat hen verdeeld houdt, is of verzoekster behandelingen bij twee verschillende zorgverleners moet ondergaan. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de aan verzoekster verleende zorg niet doelmatig. Ook hebben de zorgverleners geen contact met elkaar over de behandeling. Bovendien kan de zorg worden verleend door één van beide zorgverleners. Verzoekster heeft toegelicht dat zij van de ene zorgverlener oefentherapie krijgt en van de andere zorgverlener fysiotherapie. De verschillende behandelingen kunnen volgens verzoekster niet door één zorgverlener worden uitgevoerd.


6.3. De eis dat een bepaalde vorm van zorg of dienst voor een verzekerde doelmatig moet zijn, behoort tot de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar. Dit is omschreven in de Nota van Toelichting bij artikel 2.1, derde lid, Bzv. De ziektekostenverzekeraar heeft de doelmatigheid omschreven in artikel A.3.2. van de zorgverzekering. Hiermee is de juridische basis gelegd voor de beoordeling. De commissie kan de doelmatigheid integraal toetsen.

6.4. De commissie overweegt dat het aan verzoekster is aannemelijk te maken dat de zorg die zij ontvangt, doelmatig is. Zij heeft verklaringen overgelegd van haar beide zorgverleners. Uit de verklaringen wordt duidelijk welke behandelingen verzoekster bij hen ondergaat. Anders dan




verzoekster stelt, noemen beide zorgverleners zich 'fysiotherapeut'. De zorgverlener waarvan verzoekster heeft verklaard dat deze haar fysiotherapie verleent, heeft verklaard waarom verzoekster daar niet alle zorg kan verkrijgen. De andere zorgverlener, waarvan verzoekster verklaard heeft dat deze haar oefentherapie heeft verleend, heeft enkel verklaard welke zorg aldaar wordt gegeven. Niet duidelijk is waarom deze zorgverlener niet alle zorg aan verzoekster kan verlenen. Ook wordt uit de verklaringen niet duidelijk waarom beide zorgverleners geen contact hebben met elkaar. Aangezien zij vergelijkbare zorg verlenen voor dezelfde zorgvraag, weegt dit aspect zwaar. De commissie is daarom van oordeel dat niet aannemelijk is gemaakt dat aan verzoekster doelmatige zorg wordt verleend. Zij heeft daarom geen aanspraak op de zorg van beide zorgverleners tegelijk, ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering




6.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor maximaal 30 behandelingen fysiotherapie per jaar. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.




6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 januari 2020,



J.A.M. Strens-Meulemeester

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.6

1. Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek.
2. Fysiotherapie of oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar en ouder niet de eerste twintig behandelingen.
3. Fysiotherapie omvat tevens bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste negen behandelingen.
4. Fysiotherapie omvat tevens gesuperviseerde oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste zevenendertig behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden.
5. Fysiotherapie omvat tevens gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van heup- of kniegewricht. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste twaalf behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden.
6. Fysiotherapie omvat tevens gesuperviseerde oefentherapie bij chronisch obstructive pulmonary disease, indien sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste:
 - a. indien sprake is van klasse A van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties: vijf behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden;
 - b. indien sprake is van klasse B van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties:
 - 1°. zevenentwintig behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden na aanvang van de behandeling, en
 - 2°. drie behandelingen per twaalf maanden in de daarop volgende jaren;
 - c. indien sprake is van klasse C of D van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties:
 - 1°. zeventig behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden na aanvang van de behandeling, en
 - 2°. tweeënvijftig behandelingen per twaalf maanden in de daarop volgende jaren.
7. Voor verzekerden jonger dan achttien jaar bestaat fysiotherapie en oefentherapie in andere gevallen dan het tweede lid tevens uit ten hoogste negen behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met ten hoogste negen behandelingen.
8. Logopedie omvat zorg zoals logopedisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.
9. Ergotherapie omvat zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden, mits deze als doel heeft de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van tien behandeluren per kalenderjaar.
10. Diëtetiek omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft, tot een maximum van drie behandeluren per kalenderjaar.

Besluit zorgverzekering

Bijlage 1. van het Besluit zorgverzekering

Bijlage behorende bij artikel 2.6, tweede lid.

1. De aandoeningen, bedoeld in artikel 2.6, tweede lid, betreffen:
 - a. een van de volgende aandoeningen van het zenuwstelsel:
 - 1°. cerebrovasculair accident;
 - 2°. ruggemergaandoening;
 - 3°. multipele sclerose;
 - 4°. perifere zenuwaandoening indien sprake is van motorische uitval;
 - 5°. extrapyramidale aandoening;
 - 6°. motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel en hij jonger is dan 17 jaar;
 - 7°. aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel;
 - 8°. cerebellaire aandoening;
 - 9°. uitvalsverschijnselen als gevolg van een tumor in de hersenen of het ruggenmerg dan wel als gevolg van hersenletsel;
 - 10°. radiculair syndroom met motorische uitval;
 - 11°. spierziekte;
 - 12°. myasthenia gravis;
 - b. of een van de volgende aandoeningen van het bewegingsapparaat:
 - 1°. aangeboren afwijking;
 - 2°. progressieve scoliose;
 - 3°. juveniele osteochondrose en hij jonger is dan 22 jaar;
 - 4°. reflexdystrofie;
 - 5°. [vervallen;]
 - 6°. fractuur als gevolg van morbus Kahler, botmetastase of morbus Paget;
 - 7°. frozen shoulder (capsulitis adhaesiva);
 - 8°. [vervallen;]
 - 9°. [vervallen;]
 - 10°. [vervallen;]
 - 11°. [vervallen;]
 - 12°. [vervallen;]
 - 13°. hyperostotische spondylose (morbus Forestier);
 - 14°. collageenziekten;
 - 15°. status na amputatie;
 - 16°. whiplash;
 - 17°. postpartum bekkeninstabiliteit;
 - 18°. fractures indien deze conservatief worden behandeld;
 - c. [vervallen;]
 - d. of een van de volgende aandoeningen:
 - 1°. [vervallen;]
 - 2°. aangeboren afwijking van de tractus respiratorius;
 - 3°. lymfoedeem;
 - 4°. littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma;
 - 5°. status na opname in een ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie en de hulp dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling;
 - 6°. perifere arterieel vaatlijden in stadium 3 Fontaine;
 - 7°. weke delen tumoren;
 - 8°. diffuse interstitiële longaandoening indien sprake is van ventilatoire beperking of diffusiestoornis.
2. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 10, of onderdeel b, subonderdeel 17, is de duur van behandeling maximaal drie maanden.

3. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 18, is de duur van behandeling maximaal zes maanden na conservatieve behandeling.
4. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 7, of onderdeel d, subonderdeel 6, is de duur van behandeling maximaal twaalf maanden.
5. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5, is de duur van de behandeling maximaal twaalf maanden in aansluiting op ontslag naar huis of beëindiging van de behandeling in de instelling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5.
6. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 16, is de duur van de behandeling maximaal drie maanden. Indien hierna nog sprake is van de trias bewegingsverlies, conditieverlies en cognitieve stoornissen, kan deze periode verlengd worden met maximaal zes maanden.
7. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 7, is de duur van behandeling maximaal twee jaren na bestraling.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

U hebt recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld ook als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Wie bepalen de inhoud en omvang van de zorg?

- De inhoud en omvang van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid.
- Wij bepalen de inhoud en omvang van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan alle volgende eisen:

- de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Toelichting:

- er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
- In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.
- het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen.

Toelichting:

De zorg is als verzekerde zorg genoemd op het Vergoedingen Overzicht van uw verzekering en uitgewerkt en omschreven onder hoofdstukken B of D van deze verzekeringsvoorwaarden.

- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die

zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Het moet gaan om doelmatige, passende zorg voor uw situatie. Zo moet er een indicatie voor de zorg zijn en mag het geen onnodig dure zorg en geen onnodig uitgebreide zorg zijn. Te dure of te uitgebreide zorg in uw situatie is dus geen doelmatige zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Voorbeeld:

Als u een indicatie hebt voor een hoortoestel uit categorie X en een toestel van € 1.500,- is voldoende en geschikt voor u, dan is dat hoortoestel doelmatige zorg. U hebt dan een wettelijke eigen bijdrage van 25% van € 1.500,- en daarvan kan een deel uit uw aanvullende verzekering vergoed worden als u daarvoor verzekerd bent.

Als u uit diezelfde categorie X een toestel van € 2.000,- kiest dat even geschikt is, vergoeden we dus niets, omdat dat toestel niet doelmatig is; als er twee hoortoestellen binnen een categorie (X) zijn die even geschikt en voldoende zijn voor u, vergoeden we op basis van de doelmatigheid het hoortoestel van € 1.500,- en wordt niets vergoed van het hoortoestel van € 2.000,-.

- De verzekerde zorg kan ook bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Voor deze "andere zorg" gelden de volgende voorwaarden:
 - de andere zorg moet naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden; en
 - de andere zorg is wettelijk niet uitgesloten; en
 - wij hebben u van tevoren een akkoordverklaring gegeven voor de "andere zorg".

Deze algemene eisen gelden altijd naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden voor de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg. Als u reeds zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan inmiddels gewijzigde en u medegedeelde eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten. Een lopende behandeling waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven, mag worden afgemaakt.

A.3.3. Voorwaardelijke zorg

In afwijking van artikel A.3.2. 2^e en 3^e bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar geregelde voorwaarden (zie artikel B.22.).

- een zelfstandig werkzame kraamverzorgende. Tijdens de opname met een medische indicatie in een instelling voor medisch specialistische zorg is de kraamzorg inbegrepen in de verpleging en verzorging. De medisch specialistische zorg wordt verleend door een medisch specialist of verloskundige.

Verwijzing

Als opname en verzorging van moeder en/of kind(eren) op medische indicatie in de instelling voor medisch specialistische zorg plaatsvinden, is daarvoor voor aanvang van de behandeling een verwijzing van de verloskundige, huisarts, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist nodig.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg met medische indicatie vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg. De overige kraamzorg wordt in een instelling die door de wet erkend is (geboortecentrum, kraamhotel) of op uw (tijdelijke) verblijfplaats of bij u thuis verleend.

B.8. Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck

B.8.1. Fysiotherapie en/of oefentherapie vanaf 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Als u 18 jaar of ouder bent, bent u verzekerd voor fysiotherapie en/of oefentherapie als u beperkingen hebt door een aandoening die op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie" staat.

U vindt deze lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) op onze internetsite en u kunt deze bij ons opvragen.

Per aandoening (genoemd op de lijst) omvat de zorg de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie vanaf de 21e behandeling (behandeling 1 tot en met 20 dus niet).

Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, bent u verzekerd voor behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn.

Bekkenfysiotherapie is beschreven in artikel B.8.2., fysiotherapie in de vorm van gesuperviseerde looptherapie bij claudicatio intermittens in

artikel B.8.4., fysiotherapie in de vorm van gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van het heup- of kniegewricht in artikel B.8.5. en fysiotherapie in de vorm van gesuperviseerde oefentherapie bij COPD in artikel B.8.6.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg extra verzekerd zijn. Als u recht hebt op vergoeding uit dit artikel, kan het dus zijn dat (een deel van) de eerste 20 behandelingen verzekerd zijn in uw aanvullende verzekering. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.8.3.

B.8.2. Bekkenfysiotherapie vanaf 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Als u 18 jaar of ouder bent, omvat de zorg maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie, zolang u bij ons verzekerd bent.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
 - De zorg is vrijgesteld van het verplicht eigen risico als:
 - u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten; en
 - u naar een zorgverlener gaat waarmee wij een zorgovereenkomst voor deze zorg hebben.
- Op uw polisblad kunt u zien of u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten.
- In alle andere situaties valt de zorg wel onder het eigen risico.
 - In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook extra verzekerd zijn als gewone fysiotherapie. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
 - Kijk voor de voorwaarden in artikel B.8.3.

B.8.3. Fysiotherapie en/of oefentherapie tot 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Als u jonger dan 18 jaar bent, omvat de zorg fysiotherapie en/of oefentherapie, als u beperkingen hebt door een aandoening:

- die op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie" staat.

U vindt deze lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) op onze internetsite en u kunt deze bij ons opvragen.

U bent verzekerd voor de noodzakelijke behandelingen vanaf de 1e behandeling. Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, bent u verzekerd voor behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn;

- die niet op de “Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie” staat.
U bent per aandoening verzekerd voor 9 behandelingen per jaar. Als u na deze 9 behandelingen nog last hebt van de aandoening, dan bent u verzekerd voor nog maximaal 9 extra behandelingen voor die aandoening; het totaal komt dan dus op 18 behandelingen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg extra verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden (B.8.1., B.8.2. en B.8.3.)

Algemeen

- Deze voorwaarden gelden voor verzekerden van alle leeftijden.
- Fysiotherapie is zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden.
- Oefentherapie Cesar of Mensendieck is zorg zoals oefentherapeuten die plegen te bieden.
- Onder de rubriek fysiotherapie en/of oefentherapie vallen ook bijvoorbeeld therapieën aangeboden door een kinder(fysio- of oefen)therapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut en oedeemfysiotherapeut.
- Het genoemde aantal behandelingen is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut en eventueel uw verwijzer bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn voor uw aandoening.
- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.

Zorgverlener

- Een fysiotherapeut verleent de fysiotherapie.
- Een manueel therapeut verleent de manuele therapie. Dit is een fysiotherapeut die als manueel therapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie en/of het (de) door ons aangewezen register(s).
- Een bekkenfysiotherapeut verleent de bekkenfysiotherapie. Dat is een fysiotherapeut die als bekkenfysiotherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie en/of

het (de) door ons aangewezen register(s).

- Een kinderfysiotherapeut verleent de kinderfysiotherapie. Dat is een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie en/of het (de) door ons aangewezen register(s).
- Een geriatriefysiotherapeut verleent de geriatriefysiotherapie. Dat is een fysiotherapeut die als geriatriefysiotherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie en/of het (de) door ons aangewezen register(s).
- Een oedeemfysiotherapeut of huidtherapeut verleent de oedeemtherapie. De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie en/of het (de) door ons aangewezen register(s).
- Een oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent de oefentherapie.
- Een kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent de kinderoefentherapie. Dat is een oefentherapeut die als kinderoefentherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling is een verklaring van de huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist nodig als het gaat om:

- een aandoening die op de lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) staat of
- bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie of
- behandeling bij u thuis.

Akkoordverklaring

- De therapeut waarmee wij een zorgovereenkomst hebben gesloten, beoordeelt namens ons of uw aandoening voorkomt op de “Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie” of dat sprake is van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Een akkoordverklaring is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze internetsite.
- Als de behandeling wordt gedaan door een therapeut waarmee wij geen zorgovereenkomst hebben gesloten, is wel een akkoordverklaring nodig (zie artikel A.18.).
- Als u eraan twijfelt of uw aandoening onder één van deze aandoeningen valt, raden wij u aan vooraf zorgadvies bij ons te vragen.
- Hebt u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of wordt u door 2 verschillende fysiotherapeuten of door 2 verschillende oefentherapeuten behandeld, is ook een ak-

koordverklaring (zie artikel A.18.) nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats:

- in de praktijk van de behandelend zorgverlener of
- in de behandelruimte fysiotherapie of oefentherapie in een instelling als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen zonder dat sprake is van een opname of
- bij u thuis als dit medisch noodzakelijk is. Dat moet blijken uit de verwijzing.

B.8.4. looptherapie bij etalagebenen vanaf 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor fysiotherapie in de vorm van gesuperviseerde looptherapie in geval van etalagebenen (claudicatio intermittens) met perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine. Deze zorg omvat maximaal 37 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden. Met de therapie wordt uw zelfmanagement bevorderd met als doel uiteindelijk te komen tot zelfstandige voortzetting van het oefenen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt is vrijgesteld van het verplicht eigen risico als:
 - u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten; en
 - u naar een fysiotherapeut gaat die is aangesloten bij Claudicationet; en
 - u naar een fysiotherapeut gaat waarmee wij een zorgovereenkomst voor deze zorg hebben.
- Op uw polisblad kunt u zien of u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten.
- In alle andere situaties valt de zorg wel onder het eigen risico.
- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.

Voorwaarden

Algemeen

- Fysiotherapie is zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden.
- U bent 18 jaar of ouder.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een fysiotherapeut.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling is een verklaring nodig van een huisarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

Akkoordverklaring

- Een bij ClaudicatioNet aangesloten fysiotherapeut waarmee wij een zorgovereenkomst hebben gesloten beoordeelt namens ons, op de verwijzing of er sprake is van perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine. Een akkoordverklaring is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze internetsite.
- Als de behandeling wordt gedaan door een fysiotherapeut waarmee wij geen zorgovereenkomst hebben gesloten, is wel een akkoordverklaring nodig (zie artikel A.18.).
- Hebt u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of wordt u door 2 verschillende fysiotherapeuten behandeld, is ook een akkoordverklaring (zie artikel A.181.) nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats:

- in de praktijk van de behandelend zorgverlener of
- in de behandelruimte fysiotherapie in een instelling als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen zonder dat sprake is van een opname of
- bij u thuis als dit medisch noodzakelijk is. Dat moet blijken uit de verwijzing.

B.8.5. Fysiotherapie en oefentherapie bij artrose van heup- of kniegewricht vanaf 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor fysiotherapie in de vorm van gesuperviseerde oefentherapie in geval van artrose van het heup- of kniegewricht. Deze zorg omvat maximaal 12 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden. Met de therapie wordt uw zelfmanagement bevorderd met als doel uiteindelijk te komen tot zelfstandige voortzetting van het oefenen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.