



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg
Zaak : Fysiotherapie, AV, overschrijding aantal behandelingen, eigen risico, verplicht eigen risico, betalingsachterstand
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 19 Zvw, 2.1, 2.8 en 2.17 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019
Zaaknummer : 202000652
Zittingsdatum : 16 december 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 5 augustus 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 november 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 10 november 2020 aan verzoekster gezonden.

2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 december 2020 gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering OHRA Uitgebreid (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering OHRA Gezond is niet in geschil en blijft daarom onbesproken.

3.2. Verzoekster heeft al bijna haar hele leven fysiotherapie nodig in verband met onder andere slijtage aan haar rug. Ook in 2019 heeft zij behandelingen fysiotherapie ondergaan.

3.3. De huisarts heeft op 12 februari 2020 per brief over verzoekster verklaard:

“(…) Hierbij verwijs ik naar u bovenstaande patiënte met chronische lage rugklachten waarvoor gaarne langdurige en intensieve fysiotherapeutische behandeling. (…)”

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brieven van diverse data aan verzoekster meegedeeld dat zij bedragen is verschuldigd in verband met het verplicht eigen risico en behandelingen fysiotherapie.

3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 3 februari 2020 en 10 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

4.1. De commissie begrijpt het verzoek aldus dat verzoekster de commissie vraagt te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar:

- (i) gehouden is inzicht te geven in de openstaande rekeningen;
- (ii) dient te specificeren hoe het te betalen bedrag van € 815,37 (naar de stand van 4 mei 2020) is opgebouwd.

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 voorwaarden 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 fysiotherapie en het verplicht eigen risico 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.

Standpunten partijen

6.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij sinds haar zeventiende jaar kampt met een versleten rug. Zij krijgt hiervoor sinds lange tijd fysiotherapie. Al die tijd zijn alle behandelingen die zij nodig had door de ziektekostenverzekeraar en zijn voorgangers aan haar vergoed. In 2019 ontving zij hiervoor ineens een rekening. Het aantal behandelingen dat zij mocht ondergaan was kennelijk overschreden.

6.3. Verzoekster is van deze overschrijding niet vooraf op de hoogte gebracht door de fysiotherapeut of de ziektekostenverzekeraar en werd hierdoor achteraf met voor haar rekening blijvende kosten geconfronteerd. Omdat zij van mening is dat niet alle in rekening gebrachte bedragen juist zijn, heeft zij de ziektekostenverzekeraar diverse keren om opheldering gevraagd. Zij heeft de door haar gewenste informatie echter niet gekregen. Verzoekster wenst een overzicht van alle in rekening gebrachte bedragen en de behandeldata te ontvangen, zodat zij deze kan vergelijken met de afspraken die zij in haar agenda heeft staan. Tot die tijd betaalt zij het openstaande bedrag niet.

6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat vergoeding van fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering alleen mogelijk is bij een aantal specifieke indicaties. De behandeling van rugklachten valt hier niet onder. In 2017 ontving verzoekster precies 18 behandelingen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. In 2018 werd na 18 behandelingen, wederom ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, de indicatie etalagebenen gesteld, waarvoor verzoekster werd behandeld. Hiervoor zijn vanuit de zorgverzekering 37 behandelingen mogelijk. Dit liep door in 2019, omdat het gaat om 37 behandelingen in twaalf maanden. Er is in 2019 echter ook behandeld voor een andere indicatie. Deze behandelingen zijn volledig ten laste gekomen van de aanvullende ziektekostenverzekering. Vanaf 22 augustus 2019 kon geen vergoeding meer plaatsvinden, omdat het maximaal aantal behandelingen vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering voor dat jaar was bereikt.

- 6.5. Bij behandelingen fysiotherapie die ten laste van de zorgverzekering komen geldt, net als voor andere behandelingen die op basis van deze verzekering worden vergoed, het verplicht eigen risico van € 385,- per jaar. Ook deze kosten zijn bij verzoekster in rekening gebracht en werden nog niet door haar voldaan.
- 6.6. Verzoekster heeft opgemerkt dat zij bij telefonische contacten met de ziektekostenverzekeraar niet de door haar gewenste informatie heeft ontvangen. Uit de telefoonregistratie blijkt dat er veelvuldig contact is geweest met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. Diverse keren is hierbij het maximumaantal behandelingen van 18 per kalenderjaar genoemd. De ziektekostenverzekeraar is daarom van mening dat verzoekster niet onvolledig is geïnformeerd. Het is overigens noch aan de ziektekostenverzekeraar noch aan de fysiotherapeut om verzoekster te informeren als het maximum aantal behandelingen van 18 (bijna) is bereikt. Wel heeft de ziektekostenverzekeraar de fysiotherapeut gevraagd verzoekster hiervoor in het vervolg te waarschuwen.
- 6.7. Naar de stand van 4 mei 2020 bestaat bij verzoekster een betalingsachterstand van € 815,37. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat dit ook op dat moment - 16 december 2020 - nog hetzelfde bedrag was. Het grootste deel hiervan ziet op het verschuldigd verplicht eigen risico. Het andere deel betreft de behandelingen fysiotherapie die na 22 augustus 2020 zijn gegeven, en die niet meer konden worden vergoed vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar is niet bereid het bedrag van € 40,- dat betrekking heeft op incassokosten te laten vervallen, aangezien verzoekster naar zijn mening voldoende is geïnformeerd.

Overwegingen

Zorgverzekering

- 6.8. De zorgverzekering biedt dekking voor fysiotherapie als wordt behandeld in verband met een indicatie die voor komt op Bijlage 1 Bzv. Bij de rugklachten van verzoekster is dit niet het geval, zodat de behandelingen die in dat kader aan haar zijn verleend, niet ten laste van de zorgverzekering kunnen worden vergoed.
- 6.9. Anders is dit voor de eerder gestelde indicatie etalagebenen, die wel voorkomt op Bijlage 1 Bzv. Op zorg die ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed is, behoudens enkele uitzonderingen die hier niet aan de orde zijn, het verplicht eigen risico van toepassing. Dit verplicht eigen risico bedroeg in 2019 € 385,- en was blijkbaar nog niet vol gemaakt. Op de behandelingen fysiotherapie die aan het begin van het jaar 2019 voor vergoeding in aanmerking kwamen, omdat toen werd behandeld in verband met genoemde indicatie, is daarom het verplicht eigen risico onverkort van toepassing. Verzoekster is gehouden dit verplicht eigen risico aan de ziektekostenverzekeraar te betalen.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.10. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor 18 behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar. Deze dekking komt aan de orde als de behandelingen fysiotherapie niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. Vast staat dat in het jaar 2019 totaal 18 behandelingen fysiotherapie ten laste van deze verzekering zijn gebracht.

(Telefonische) communicatie

- 6.11. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij telefonisch niet altijd volledige informatie heeft gekregen van de ziektekostenverzekeraar. Zij had graag op tijd een melding gekregen dat het maximumaantal behandelingen fysiotherapie was bereikt. Nu werd zij achteraf geconfronteerd met een - hoge - rekening, die ook nog is opgelopen terwijl zij bezig was duidelijkheid te krijgen.

6.12. De commissie merkt hierover op dat verzoekster bekend moet worden verondersteld met de verzekeringsvoorwaarden, en met hetgeen hierin is bepaald ten aanzien van de indicatie en het aantal behandelingen dat wordt vergoed. Voorts ligt het op haar weg na te gaan voor welke indicatie zij bij het bezoek aan de fysiotherapeut wordt behandeld en hoeveel behandelingen fysiotherapie zij - eventueel per indicatie - heeft ondergaan. In geval van een restitutieverzekering is deze informatie voor de ziektekostenverzekeraar in het algemeen pas beschikbaar zodra de nota's bij hem binnenkomen. Nog daargelaten dat op hem geen waarschuwingsplicht rust, maakt dit feit het voor hem praktisch gezien onmogelijk de betrokken verzekerde tijdig te informeren dat het maximale aantal behandelingen is verbruikt.

6.13. Het overzicht dat de ziektekostenverzekeraar op 23 april 2020 heeft gemaakt van de openstaande bedragen is duidelijk en niet voor meerdere uitleg vatbaar. Dit overzicht is gevoegd bij de brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 4 mei 2020, en is eerder naar het bekende adres van verzoekster gestuurd. Alle codes op dit overzicht die beginnen met "RBZ" corresponderen met de door verzoekster overgelegde stukken waarop de kosten die aan haar in rekening zijn gebracht nader zijn gespecificeerd. Hiermee staat vast dat verzoekster deze stukken heeft ontvangen. Zij heeft deze immers zelf aan de commissie gestuurd. Verzoekster kon op basis hiervan nagaan of zij inderdaad behandelingen had ondergaan in de in het overzicht genoemde periodes. Ook wordt in de overgelegde stukken verwezen naar daarbij als bijlage gevoegde overzichten van de desbetreffende afgehandelde facturen, waarvan zich in elk geval één tevens in het dossier bevindt (bij de brief van de ziektekostenverzekeraar van 8 oktober 2019). De commissie acht het niet aannemelijk dat verzoekster de door haar overgelegde stukken onvolledig heeft ontvangen. Aangezien verzoekster niet aannemelijk heeft gemaakt dat het overzicht van de ziektekostenverzekeraar niet klopt, moet dit als juist worden beschouwd. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar ter zitting verklaard op 12 oktober 2020 nogmaals een overzicht, met bijlagen, te hebben gestuurd omtrent de afhandeling van alle nota's vanaf januari 2019, naar het bekende adres van verzoekster. Verzoekster heeft ontkend dat dit stuk haar heeft bereikt, maar zij heeft desgevraagd verklaard het niet opnieuw te willen ontvangen.

Verzoekster is, gelet op het voorgaande, gehouden het bedrag van € 815,37 - naar de stand van 16 december 2020 - aan de ziektekostenverzekeraar te betalen. Omdat tijdige betaling uitbleef, werden de incassokosten van € 40,- terecht in rekening gebracht. De hoogte van laatstgenoemd bedrag is daarbij in overeenstemming met de toepasselijke wetgeving. Eventueel kan met de ziektekostenverzekeraar een betalingsregeling worden getroffen. Naar de commissie begrijpt, is de ziektekostenverzekeraar hiertoe bereid.

6.14. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 januari 2021,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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 behandelingen per kalenderjaar.
10. Diëtetiek omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft, tot een maximum van drie behandelingen per kalenderjaar.

Zorgverzekeringswet

Paragraaf 3.4. Het eigen risico

Artikel 19

1. Iedere verzekerde van achttien jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar.
2. Het bedrag, genoemd in het eerste lid, wordt jaarlijks geïndexeerd overeenkomstig het verschil in geraamde uitgaven voor de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, tussen het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking zal hebben en vergelijkbare uitgaven voor het jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar.
3. Indien het geïndexeerde bedrag naar beneden afgerond € 5 of een veelvoud daarvan verschilt van het in het eerste lid genoemde bedrag, wordt dit bedrag bij ministeriële regeling gewijzigd, waarna het in die regeling genoemde bedrag in de plaats treedt van het in het eerste lid genoemde bedrag.
4. Rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten worden slechts op het verplicht eigen risico in mindering gebracht, indien deze door de zorgverzekeraar zijn ontvangen voor een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dag van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, tenzij het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor die dag is ingediend.
5. In afwijking van het vierde lid is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor de bij algemene maatregel van bestuur bepaalde dag is ingediend.
6. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald op welke wijze het verplicht eigen risico in mindering wordt gebracht.
7. Het tweede en derde lid blijven buiten toepassing voor de jaren 2019, 2020 en 2021.

Artikel 20

1. De zorgverzekeraar biedt van iedere zorgverzekering met een bepaalde combinatie van te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, een variant zonder vrijwillig eigen risico aan.
2. De zorgverzekeraar kan voor de verzekering van een persoon van achttien jaar of ouder varianten van de zorgverzekering aanbieden met een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar, waartegenover hij een korting op de grondslag van de premie verleent.
3. De korting mag afhangen van:
 - a. de omvang van het voor de verzekerde gekozen vrijwillig eigen risico;
 - b. het aantal kalenderjaren waarvoor een vrijwillig eigen risico voor de verzekerde gegolden heeft.
4. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op welke premiekorting bij welk vrijwillig eigen risico voor welk aantal kalenderjaren geldt.
5. Indien de zorgverzekeraar een of meer van de door hem aangeboden vrijwillige eigen risico's laat vervallen, geeft de zorgverzekeraar de verzekeringnemers die een zorgverzekering met zo'n vrijwillig eigen risico hebben afgesloten, de mogelijkheid om te kiezen voor een zorgverzekering met een lager of zonder vrijwillig eigen risico.

Artikel 21

1. Het percentage van de kosten van zorg of overige diensten dat ten laste gaat van het verplicht eigen risico, wordt bij algemene maatregel van bestuur vastgesteld.
2. In afwijking van het eerste lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvoor de kosten geheel, gedeeltelijk of in het geheel niet onder het verplicht eigen risico vallen.
3. In afwijking van het eerste lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar, onder bij die maatregel te bepalen voorwaarden, kan bepalen dat de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen.
4. De zorgverzekeraar kan vormen van zorg of overige diensten aanwijzen waarvan de kosten niet onder het vrijwillig eigen risico vallen, met dien verstande dat bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten kunnen worden aangewezen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het vrijwillig eigen risico vallen.

Artikel 22

1. Indien een zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het verplicht eigen risico en indien dat van toepassing is, vrijwillig eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.
2. In afwijking van het eerste lid wordt het in het kalenderjaar geldende bedrag van het vrijwillig eigen risico indien dat gedurende het kalenderjaar wijzigt en de verzekeringnemer onmiddellijk voorafgaande aan die wijziging reeds een zorgverzekering met de zorgverzekeraar had gesloten, als volgt berekend:
 - a. ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico dat in het desbetreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden, wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
 - b. de op grond van onderdeel a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld;
 - c. het op grond van onderdeel b berekende bedrag wordt gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
3. Het op grond van het eerste of tweede lid berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Besluit zorgverzekering

§ 2. Het eigen risico

Artikel 2.17

1. Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten die buiten het verplicht eigen risico vallen, betreffen kosten van:
 - a. verloskundige zorg en kraamzorg,
 - b. zorg zoals huisartsen die plegen te bieden,
 - c. zorg als bedoeld in artikel 2.10,
 - d. zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire

- zorgverlening chronische aandoeningen,
- e. nacontroles van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d, is verstreken, en
 - f. de kosten van vervoer, bedoeld in artikel 2.5, tweede lid.
2. De zorgverzekeraar kan bepalen dat kosten van het gebruik van zorg en overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de wet geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, indien:
- a. de verzekerde zich wendt tot een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder,
 - b. de verzekerde een bij ministeriële regeling aangewezen gezondheidsbevorderend of op preventie gericht programma volgt, voor zover dat programma is aangewezen door de zorgverzekeraar en de kosten betrekking hebben op de aandoening waarvoor de verzekerde dat programma heeft gevolgd, of
 - c. de verzekerde gebruik maakt van door de zorgverzekeraar aangewezen farmaceutische zorg of hulpmiddel.
3. De dag, bedoeld in artikel 19, vierde lid, van de wet, is 31 december.
4. In afwijking van het derde lid is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor de in het derde lid genoemde dag is ingediend.

Artikel 2.18

1. De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent, vallen buiten het vrijwillig eigen risico.
2. Onder kosten van inschrijving worden verstaan:
 - a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 - b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of de instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerderbedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.

Artikel 2.19

Het percentage, bedoeld in artikel 21, eerste lid, van de wet, bedraagt 100.

artikel A.7.1. moet betalen voor een verzekering die inmiddels beëindigd is en u sluit een nieuwe verzekering bij ons af, dan hebben wij het recht:

- de kosten van zorg die u uit uw nieuwe verzekering van ons vergoed krijgt, te verrekenen met de oude openstaande schuld;
- onze verplichtingen uit te stellen tot het moment dat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde en opeisbare premies en kosten betaald hebt. Wij vergoeden geen rekeningen totdat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde premie en kosten aan ons hebt betaald, ook die van de oude beëindigde verzekering.

A.10.2. Teveel betaalde premie

- Eindigt uw verzekering in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, dan krijgt u (verzekeringnemer) over het aantal overgebleven dagen van die betalingsperiode, een gedeelte van het betaalde bedrag terug. Wij brengen op het terug te betalen bedrag namelijk wel administratiekosten in mindering.
- Als uw verzekering wijzigt in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, dan verrekenen wij de teveel betaalde premie over het aantal overgebleven dagen in die betalingsperiode, met de premie die u moet betalen voor de nieuwe verzekering(en).
- Wij kunnen in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, uw verzekering beëindigen, omdat u zich tegenover ons schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. In deze gevallen krijgt u (verzekeringnemer) over het overgebleven gedeelte van die betalingsperiode van het betaalde bedrag niets terug.

A.11. Verandering van premiegrondslag

Wij kunnen de premiegrondslag veranderen. De hoogte van de premie verandert dan ook. Wij delen u (verzekeringnemer) deze verandering ten minste 7 weken voordat deze ingaat mee. In artikel A.5.4 kunt u de opzegmogelijkheden lezen die hierbij gelden.

A.12. Verplicht eigen risico

A.12.1. Hoogte eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 385,- voor een heel jaar. Als de verzekering ingaat of eindigt na 1 januari of als u na 1 januari 18 jaar wordt, is het verplicht eigen risico van dat jaar lager. Zie daarvoor ook artikelen A.12.6. en

A.12.7.

Verplicht eigen risico betekent dat u de eerste € 385,- aan kosten die u als vergoeding uit uw zorgverzekering zou ontvangen, zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed.

Een eigen risico is iets anders dan een (wettelijke) eigen bijdrage. Eigen risico en (wettelijke) eigen bijdragen kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

A.12.2. Verrekening eigen risico

De kosten van zorg worden verrekend met het verplicht eigen risico van het jaar waarin de zorg is geleverd.

Wordt in 2 achtereenvolgende jaren gebruik gemaakt van de zorg en op één rekening in één bedrag in rekening gebracht dan worden de kosten van deze zorg verrekend met het verplicht eigen risico van het eerste jaar.

Let op!

De kosten van een DBC-zorgproductcode (behalve de eerstelijns DBC-zorgproductcodes) tellen alleen mee voor het verplicht eigen risico van het jaar waarin een DBC-zorgproductcode is begonnen (opening van de DBC-zorgproduct-code). Dit geldt echter niet voor Overige Zorg Producten (OZP's) voor medisch specialistische of specialistische psychiatrische zorg.

A.12.3. Geen eigen risico

Sommige kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Die kosten krijgt u dus al wel van ons vergoed, ook al hebt u uw verplicht eigen risico van € 385,- nog niet vol gemaakt. De volgende kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico:

- De kosten van huisartsenzorg. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor kosten van zorg die met huisartsenzorg te maken hebben, maar waarbij de zorg ergens anders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht. Deze zorg moet dan wel uitgevoerd worden door een persoon of instelling die een tarief mag vragen dat door de NZa is vastgesteld.

Voorbeeld:

U maakt in een jaar voor € 75,- aan kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het gaat om € 30,- aan kosten voor een consult bij de huisarts. Deze kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Daarnaast gaat het om € 45,- aan kosten voor bloedafname en bloedonderzoek, op verwijzing van de huisarts. Het bloedprikken en laboratoriumkos-

ten voor het bloedonderzoek tellen wel mee voor het verplicht eigen risico. U moet dan € 45,- zelf betalen. De € 30,- voor het huisartsenconsult worden wel door ons vergoed.

- De kosten van verloskundige zorg en kraamzorg artikelen B.5., B.6. en B.7.

Let op!

Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor:

- De NIPT uit artikel B.5.3.;
- opname in een instelling na de bevalling (bijvoorbeeld als u als gezonde moeder in het ziekenhuis blijft terwijl uw kind met medische noodzaak opgenomen is);
- kosten die hiermee te maken kunnen hebben, maar die in een ander artikel van onze verzekeringsvoorwaarden zijn opgenomen, zoals IVF, ambulancevervoer, medicijnen, hulpmiddelen en (laboratorium) onderzoek dat niet door de huisarts is gedaan en ook niet door hem in rekening is gebracht.
- De kosten van nacontroles van u als donor vanaf 13 weken (bij levertransplantatie vanaf 6 maanden) na de opname ter selectie of de verwijdering van het transplantatiemateriaal. (zie artikel B.4.7.2.).
- De kosten van vervoer van de donor bij orgaantransplantatie als deze vervoerskosten onder zijn eigen zorgverzekering vallen (zie artikel B.4.7.2.).
- De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving vallen:
 - een bedrag voor de inschrijving als patiënt. Wij vergoeden maximaal het tarief dat hiervoor op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (rekening houdend met fiscale wetgeving) is vastgesteld;
 - kosten die te maken hebben met:
 - de manier waarop de geneeskundige zorg in de huisartsenpraktijk of de instelling wordt verleend;
 - de kenmerken van het patiëntenbestand;
 - de plaats van de praktijk of instelling.Wij moeten hierover met de huisarts of instelling wel een zorgovereenkomst hebben afgesloten. In deze zorgovereenkomst moeten wij ook hebben afgesproken dat zij deze kosten bij uw inschrijving in rekening mogen brengen.
- De gehele of gedeeltelijke kosten van zorg en overige diensten als u een programma voor diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht, demantie, trombosezorg, incontinentiezorg of

stoppen met roken hebt gevolgd, dat wij hebben aangewezen.

Wij hebben hier (nog) geen zorgverleners of gezondheidsprogramma's voor aangewezen. Als hier verandering in komt, plaatsen wij een bericht op onze internetsite.

- De kosten van ketenzorg (zie ook artikel B.24.).
- De kosten van wijkverpleging (zie ook artikel B.26.).
- Hulpmiddelen die wij u in bruikleen geven. Hiervoor zijn geen kosten verschuldigd. Daarom geldt hiervoor het verplicht eigen risico niet. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor de kosten van de verbruiksartikelen en gebruikskosten die samenhangen met het hulpmiddel dat wij u in bruikleen geven.

Daarnaast geldt geen verplicht eigen risico (en ook geen vrijwillig eigen risico) voor de zorg die onder de vergoeding van uw aanvullende verzekering(en) valt.

A.12.4. Kosten voor eigen rekening

Kosten die u op grond van de verzekeringsvoorwaarden zelf moet betalen, tellen niet mee voor het door u te betalen verplicht eigen risico. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om (wettelijke) eigen bijdragen.

A.12.5. Betaling aan zorgverlener en eigen risico

Als een zorgverlener (die een betaalovereenkomst met ons heeft) rechtstreeks bij ons declareert, kunnen wij uw kosten rechtstreeks aan de zorgverlener vergoeden. Als u nog een (deel van het) eigen risico moet betalen, vorderen wij dit bedrag bij u terug of verrekenen dit met u.

Als u zelf de rekening naar ons instuurt (of als de zorgverlener geen betaalovereenkomst met ons heeft), betalen wij aan u als er nog een (deel van het) eigen risico openstaat. U ontvangt van ons dan het bedrag waar u voor verzekerd bent, minus het nog openstaande eigen risico. U moet zelf zorgen voor een volledige en tijdige betaling aan de zorgverlener.

A.12.6. Als de zorgverzekering in de loop van het jaar begint, eindigt of verandert

Als uw zorgverzekering in de loop van het jaar begint of eindigt, betaalt u een evenredig deel van het verplicht eigen risico voor dat deel van het jaar dat de zorgverzekering liep, afgerond op hele euro's.

Wij tellen het aantal dagen van het jaar dat de zorgverzekering loopt en delen dit door het totaal aantal dagen in dat jaar (dat is 365 dagen en 366

dagen bij schrikkeljaren). De uitkomst hiervan vermenigvuldigen wij met € 385,-. De uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld verplicht eigen risico:

Uw zorgverzekering begint op 23 september 2018. Van 23 september 2018 tot en met 31 december 2018 is 100 dagen. 2018 is geen schrikkeljaar en kent dus 365 dagen. Uw verplicht eigen risico wordt dan:

- € 385,- : 365 = € 1,0547 eigen risico per dag
- € 1,0547 x 100 dagen = € 105,19 eigen risico dat jaar (niet afgerond)
- € 105,19 ronden wij af. De uitkomst is dan € 105,-. Dat is uw verplicht eigen risico voor dat jaar.

Let op!

Wanneer u binnen een jaar verschillende aanengesloten zorgverzekeringen hebt bij ons met een verschillend vrijwillig gekozen eigen risico, moeten de naar rato berekende eigen risicobedragen voor dat jaar bij elkaar worden opgeteld.

Voorbeeld verplicht en vrijwillig eigen risico:

Uw eerste zorgverzekering loopt van 1 januari 2018 t/m 30 juni 2018; dit zijn 181 dagen. U hebt dan alleen het verplichte eigen risico van € 385,-. Uw tweede zorgverzekering loopt van 1 juli 2018 t/m 31 december 2018; dit zijn 184 dagen. U kiest dan, naast het verplichte eigen risico voor een vrijwillig eigen risico van € 300,-.

Uw (verplicht) eigen risico voor de eerste zorgverzekering wordt dan:

- € 385,- : 365 = € 1,0547 eigen risico per dag
- € 1,0547 x 181 dagen = € 190,90 eigen risico; dat is afgerond € 191,-.

Uw (verplicht en vrijwillig) eigen risico voor uw 2^e zorgverzekering wordt dan:

- € 385,- + € 300,- = € 685,-
- € 685,- : 365 = € 1,8767 eigen risico per dag
- € 1,8767 x 184 dagen = € 345,31 eigen risico; dat is afgerond € 345,-.

Voor deze 2 periodes tellen wij beide eigen risico bedragen bij elkaar op: € 191,- + € 345,- = € 536,-. Dat is uw eigen risico (verplicht + vrijwillig) voor het gehele jaar.

A.12.7. Als u 18 jaar wordt

Tot 18 jaar is het verplicht eigen risico € 0,-. Vanaf 18 jaar is dat € 385,- voor een heel jaar. Als de hoogte van uw verplicht eigen risico in de loop van het jaar verandert en u direct voor de wijziging al een zorgverzekering bij ons had, geldt een evenredig deel als verplicht eigen risico, afgerond op hele euro's.

De hoogte van het verplicht eigen risico wordt dan als volgt berekend:

- Wij vermenigvuldigen het bedrag van het verplicht eigen risico met het aantal dagen van dat jaar dat dit verplicht eigen risico gaat gelden;
- De uitkomst daarvan delen wij door het totaal aantal dagen in dat jaar (dat is 365 dagen en 366 dagen bij schrikkeljaren);
- Dat bedrag ronden wij af op hele euro's.

Voorbeeld:

U hebt een zorgverzekering afgesloten voor u en uw zoon. Op 5 november 2018 wordt uw zoon 18 jaar. Vóór 5 november 2018 had hij geen verplicht eigen risico (€ 0,-) en vanaf 5 november 2018 een verplicht eigen risico van € 385,-. Vanaf 5 november resteren dat jaar nog 57 dagen. Het eigen risico voor uw zoon bedraagt dat jaar dan:

- € 385,- : 365 dagen = € 1,0547 eigen risico per dag.
- € 1,0547 x 57 dagen = € 60,12 eigen risico; dat is afgerond € 60,-. Dit is dan het resterende deel van het eigen risico voor dat jaar, geldend vanaf het moment dat uw zoon 18 jaar is geworden.

A.12.8. Eerst verplicht en daarna vrijwillig eigen risico

Met de kosten die onder de dekking van de zorgverzekering vallen, maakt u eerst het verplichte eigen risico vol. Als dat is verrekend, komen de kosten voor rekening van het eventueel gekozen vrijwillige eigen risico. Staat dat ook op € 0,- dan krijgt u de kosten die u maakt en die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen vanaf dat moment daadwerkelijk vergoed van ons.

A.12.9. Gespreide betaling

U (verzekeringnemer) kunt het verplicht eigen risico gespreid betalen.

Wanneer kunt u deelnemen?

- U hebt op 1 januari bij ons een zorgverzekering;
- U hebt een zorgverzekering met alleen een verplicht eigen risico; u hebt dus niet gekozen voor een vrijwillig eigen risico;
- U bent 18 jaar of ouder;
- Uw aanvraag voor gespreide betaling is voor 1 februari van het jaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, bij ons binnen;
- U bepaalt welke verzekerden, genoemd op uw polisblad, u voor deze regeling aanmeldt. Deze deelnemende verzekerden meldt u bij de aanvraag tegelijkertijd aan;
- U betaalt vanaf het 1e kwartaal van het deel-

namejaar in 10 termijnen.

jaar.

Voorwaarden tijdens deelname

- Deelname wordt jaarlijks verlengd, behalve als u voor 1 februari van het volgende jaar aangeeft dat en voor welke verzekerd u wilt stoppen met deze betalingsregeling.
- U ontvangt een eindafrekening in het 1e kwartaal van het volgende jaar. Hebt u teveel betaald aan verplicht eigen risico, dan betalen wij het (resterende) bedrag uiterlijk in datzelfde kwartaal aan u terug. Als hierna nog rekeningen bij ons binnen komen die met uw verplicht eigen risico van het afgelopen jaar moeten worden verrekend, dan vorderen wij dat bedrag direct bij u terug.

Einde van de deelname

- Als u niet meer wilt deelnemen, meldt u zich bij ons af.
- Wij kunnen de deelname beëindigen als:
 - niet meer wordt voldaan aan bovenstaande voorwaarden;
 - u niet tijdig betaalt;
 - uw verzekeringssituatie wijzigt in die zin dat de verzekeringnemer of aantal deelnemers verandert.
- Eindigt deelname voor deze betalingsregeling gedurende het jaar, dan ontvangt u direct een eindafrekening. Teveel betaald verplicht eigen risico betalen wij dan aan u terug. Als u nog verplicht eigen risico moet betalen, dan betaalt u dat direct in één keer aan ons. Als hierna nog rekeningen bij ons binnen komen die met uw verplicht eigen risico moeten worden verrekend, dan vorderen wij dat bedrag direct bij u terug.

A.13. Vrijwillig gekozen eigen risico

A.13.1. Voorwaarden vrijwillig eigen risico

De artikelen A.12.2. tot en met A.12.8. over het verplicht eigen risico gelden ook voor het vrijwillig eigen risico van uw zorgverzekering. Daarnaast gelden voor het vrijwillig eigen risico de hierna genoemde verzekeringsvoorwaarden.

A.13.2. Lagere premie

Naast het verplichte eigen risico, kunt u als u 18 jaar of ouder bent bij uw zorgverzekering kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Hoe hoger dit vrijwillig eigen risico, hoe lager de premie die u (verzekeringnemer) voor uw zorgverzekering betaalt.

U kunt kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,-, of € 500,- per

Op aanvullende verzekeringen is geen eigen risico van toepassing.

A.13.3. Als u 18 jaar wordt

Wij vragen u uiterlijk in de maand vóór de 18^e verjaardag voor welke hoogte van het vrijwillig eigen risico u wilt kiezen vanaf de 18^e verjaardag. Reageert u niet of niet op tijd op deze vraag, dan berekenen wij de premie voor uw zorgverzekering zonder vrijwillig eigen risico.

A.14. Algemene verplichtingen

A.14.1. Als u verplichtingen niet nakomt

U hebt bepaalde algemene verplichtingen tegenover ons. Deze verplichtingen zijn genoemd in dit artikel. Als u onze belangen schaadt, doordat u deze verplichtingen niet nakomt, hebt u geen recht op dekking van zorg. Ook kunnen wij de vergoedingen die u eerder van ons voor zorg ontving, terugvorderen en hebt u geen recht meer op de zorg of de vergoeding die u nog moet ontvangen voor rekeningen die zijn ingediend.

A.14.2. Algemene verplichtingen

U bent verplicht:

- te kunnen bewijzen dat u bent wie u zegt te zijn als u zorg inroept bij een instelling voor medisch specialistische zorg of bij een polikliniek.
- de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur als die daarom vraagt;
- ons, onze medisch adviseur, adviserend tandarts, controleur of de zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben gesloten, te helpen bij het verkrijgen van alle noodzakelijke informatie;
- ons binnen 30 dagen te melden dat u in hechtenis bent genomen of in de gevangenis zit of u daartoe veroordeeld bent;
- ons binnen 30 dagen te melden dat uw hechtenis of gevangenschap is beëindigd;
- ons bij overlijden van de verzekeringnemer of wanneer de verzekeringnemer niet meer bevoegd is zelfstandig over zijn vermogen te beschikken, binnen 30 dagen te laten weten wie de nieuwe verzekeringnemer(s) wordt / worden.

A.14.3. Ander aansprakelijk stellen

Cessie: vorderingen aan ons overdragen

- 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 valt 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 kindersfysiotherapeut verleent de kindersfysiotherapie. Dat is een fysiotherapeut die als kindersfysiotherapeut 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 inter-site.
- 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 akkoordverklaring (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 perifere 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 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 perifere 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.

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 of een oefentherapeut Cesar of Mensendieck.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een huisarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

Akkoordverklaring

- De fysiotherapeut of oefentherapeut waarmee wij een zorgovereenkomst hebben gesloten beoordeelt namens ons, op de verwijzing of er sprake is van artrose van heup- of kniegewricht. Een akkoordverklaring is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze internetsite.
- Als de behandeling wordt gedaan door een

fysiotherapeut of oefentherapeut 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.18.) nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats:

- in de praktijk van de behandelend zorgverlener; of
- in de behandelruimte fysiotherapie of oefentherapie van 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.8.6. Fysiotherapie en/of oefentherapie bij COPD vanaf 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor fysiotherapie en/of oefentherapie in de vorm van gesuperviseerde oefentherapie in geval van chronisch obstructive pulmonary disease (COPD) stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie. Deze zorg omvat:

- bij klasse A van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties: 5 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden;
- bij klasse B van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties: 27 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden na aanvang van de behandeling en 3 behandelingen per 12 maanden in de daarop volgende jaren;
- bij klasse C of D van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties: 70 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden na aanvang van de behandeling en 52 behandelingen per 12 maanden in de daarop volgende jaren.

Meer informatie over de GOLD Classificaties en de onderverdeling in klassen vindt u op onze internetsite.

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.

Voorwaarden

Algemeen

- Fysiotherapie is zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden.
- Oefentherapie is zorg zoals oefentherapeuten Cesar/Mensendieck die plegen te bieden.
- U bent 18 jaar of ouder.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een fysiotherapeut of een oefentherapeut Cesar of Mensendieck.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een huisarts, medisch specialist of verpleegkundig specialist longziekten.

Akkoordverklaring

- De fysiotherapeut of oefentherapeut waarmee wij een zorgovereenkomst hebben gesloten beoordeelt namens ons, op de verwijzing of er sprake is van COPD stadium II of hoger en om welke klasse het gaat. Een akkoordverklaring is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze internetsite.
- Gaat u naar een fysiotherapeut of oefentherapeut waarmee wij geen zorgovereenkomst hebben gesloten, is wel een akkoordverklaring nodig (zie artikel A.18.).

Tarieven

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

Plaats

De zorg vindt plaats:

- in de praktijk van de behandelend fysiotherapeut of oefentherapeut, 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 dat medisch noodzakelijk is. Dat moet blijken uit de verwijzing.

B.9. Ergotherapie

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat ergotherapie zoals ergotherapeuten die plegen te bieden voor maximaal 10 behandelingen per jaar. Dit bestaat uit advisering, instructie, training of behandeling met als doel om uw zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Zorgverzekeringswet

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

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°. fracturen 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.