

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders)

Zaaknummer: 202301695

### Partijen

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

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
  - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 10 januari 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 26 januari 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 19 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 20 februari 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 3 april 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024007268) nader onderzoek geadviseerd. Een kopie hiervan is op 4 april 2024 aan partijen gezonden, waarbij verzoekster is gevraagd het nader onderzoek uit te voeren.
- 1.4. Bij brief van 23 april 2024 heeft verzoekster antwoord gegeven op de vragen in het kader van het door het Zorginstituut geadviseerde nader onderzoek. Een kopie hiervan is bij brief van 25 april 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop, daartoe in de gelegenheid gesteld, niet gereageerd.
- 1.5. Bij brief van 30 mei 2024 heeft het Zorginstituut een nader advies uitgebracht. Een kopie hiervan is eveneens op 30 mei 2024 aan partijen gestuurd.
- 1.6. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 augustus 2024 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.7. Verzoekster heeft bij e-mailbericht 18 september 2024 informatie verstrekt. Een kopie hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

- 1.8. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 9 oktober 2024 informatie over vergoedingen en het telefonisch contact met de fysiotherapeut verstrekt. Een kopie daarvan is aan verzoekster gestuurd.
- 1.9. Verzoekster heeft bij brief van 21 november 2024 nogmaals de brieven van 13 november 2024 toegestuurd (ontvangen door de commissie op 26 november 2024). Bij e-mailbericht van 27 november 2024 heeft verzoekster een verklaring van 30 oktober 2024 van de fysiotherapeut overgelegd. Een kopie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.10. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 26 en 27 november 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het nader advies van 30 mei 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 9 december 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het nader advies als definitief kan worden beschouwd.

## 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg op maatpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Top en Tandarts (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.
- 2.2. Verzoekster heeft, op dezelfde dagen, bij twee zorgaanbieders behandelingen fysiotherapie en manuele therapie gehad. De facturen hiervan heeft zij ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 2.3. Bij brief van 16 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de declaraties van de behandelingen die verzoekster op 26 september 2022, 3, 10, 17 en 24 oktober 2022 en 22 november 2022 heeft ondergaan zijn afgewezen. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden mag hij niet twee behandelingen fysiotherapie op dezelfde dag vergoeden.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. De heroverweging door de ziektekostenverzekeraar heeft plaatsgevonden na tussenkomst van de Ombudsman Zorgverzekeringen. Bij brief van 30 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar een voorlopige reactie gegeven en bij brief van 12 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 3 april 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 30 mei 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 9 december 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

## 3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de declaraties ter zake van een fysiotherapeutisch behandeltraject te vergoeden.
- 3.2. Verzoekster heeft in haar brieven van 24 februari 2023 en 26 januari 2024 verklaard dat bij haar sprake is van een complexe medische voorgeschiedenis. Verzoekster heeft een CVA doorgemaakt.

Hierdoor is zij afhankelijk van fysiotherapie én manuele therapie. Verzoekster heeft verder verklaard dat het geschil enkel nog ziet op de declaraties fysiotherapie, omdat de declaraties van de manueel therapeut inmiddels door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed (brief van 27 juni 2023).

- 3.3. De verwijsdiagnose voor fysiotherapie is 'Niet aangeboren hersenletsel, epilepsie, spieruitval en neuropathie door complicaties bij mammacarcinoom'.  
De fysiotherapeut richt zich met name op het onderhouden van het cardiovasculaire systeem en de spierkracht. Hierbij wordt aandacht besteed aan het functioneren bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Verzoekster is ernstig beperkt in het bewegen van het hoofd en de schouders. De manueel therapeut besteedt aandacht aan het verbeteren van de mobiliteit van de gewrichten van de nek/bovenrug en het in balans brengen van de functie van de nek- en schouderspieren. Daarnaast ligt de aandacht bij het voorkómen van letsels bij het vallen. Dit wordt volgens verzoekster bereikt door cervicale en thoracale mobilisatie.  
De hulpvragen aan beide zorgaanbieders zijn volgens verzoekster dan ook verschillend. Door ongelukkige omstandigheden zijn de behandelingen echter door beide therapeuten gedeclareerd met dezelfde prestatiecode. Van de fysiotherapeut heeft verzoekster een verslag overgelegd, waarin de SMART-doelstellingen zijn verwerkt.
- 3.4. Verzoekster heeft verder verklaard dat zij tevens lijdt aan epilepsie, reuma en artrose. Zij heeft regelmatig uitvalsverschijnselen. Zij heeft dan problemen met het op woorden komen, haar concentratie, haar balans, evenwicht, coördinatie en er is gevaar voor bewustzijnsverlaging of -verlies. Verzoekster kan niet naar een reguliere sportschool, want tijdens een aanval moet zij gemonitord worden en als deze te lang duurt, moet er een aanvalsonderbreker worden toegediend. Dergelijke begeleiding mag een sportschool volgens verzoekster niet bieden.
- 3.5. Verzoekster heeft in haar brief van 22 augustus 2023 verklaard dat geen sprake is van twee behandelingen door twee verschillende therapeuten op dezelfde dag. Dit is éénmaal voorgevallen en zij heeft de betreffende factuur toen zelf betaald. Volgens verzoekster vallen de niet-vergoede behandelingen fysiotherapie wel onder de dekking van de zorgverzekering. Verzoekster heeft in dit verband gesteld dat uit het verslag van de fysiotherapeut blijkt dat de behandelingen meer zijn dan 'gewoon' fysiofitness. Er is sprake van behouden en onderhouden van hetgeen zij nog kan ten gevolge van haar fysieke beperkingen. Daarnaast is het van belang dat zij 24/7 direct oproepbare zorg nodig heeft. Zij heeft ter onderbouwing een verslag van 4 februari 2023 van TopzorgGroep, een verslag van 6 februari 2023 van de fysiotherapiepraktijk en een Wlz verklaring meegestuurd.
- 3.6. Bij brief van 26 januari 2024, gericht aan de commissie, heeft verzoekster verklaard dat de behandelingen fysiotherapie nodig zijn om zoveel als mogelijk mobiliteit, spierkracht, coördinatie en uithoudingsvermogen op te bouwen. Van medische fitness is geen sprake, aangezien één op één begeleiding noodzakelijk is. In verband met een hoog valrisico kan zij niet terecht in een reguliere sportschool. Volgens verzoekster blijkt uit de Wlz-indicatie van 2016 dat er na de epileptische aanvallen steeds meer klachten zijn ontstaan. Tevens zijn de door de ziektekostenverzekeraar gestelde vragen ten aanzien van de zelfredzaamheid en waarom de behandeling bij het SMC niet meer mogelijk is, duidelijk beantwoord. Verzoekster heeft verklaard dat de noodzakelijke zorg veel meer is dan reguliere cardiovasculaire fitness. Met haar brief heeft zij een behandelplan van haar fysiotherapeut overgelegd. Verder heeft verzoekster verklaard dat de wijze waarop de ziektekostenverzekeraar haar klacht heeft behandeld, haar geen goed heeft gedaan. De ziektekostenverzekeraar heeft lange tijd op geen enkele wijze gereageerd op de door haar of namens haar verstuurde brieven. Zij is al die tijd verstoken geweest van de noodzakelijke zorg, wat heeft geleid tot een terugval in haar algehele conditie.
- 3.7. Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopig advies aan de commissie een nader onderzoek geadviseerd. Verzoekster heeft hierop bij brief van 23 april 2024 verklaard dat het behandeltraject bij de fysiotherapiepraktijk was geïndiceerd. Zij heeft herhaald hetgeen de fysiotherapeut in zijn brief van 6 februari 2023 heeft meegedeeld. Verder heeft zij gesteld

dat van het voortzetten van het behandeltraject bij de fysiotherapiepraktijk geen sprake is. Vanaf het moment dat verzoekster van de ziektekostenverzekeraar had vernomen dat deze zorg (onderhouden van het cardiovasculaire systeem en spierkracht) niet meer voor vergoeding in aanmerking kwam, is zij met de behandelingen gestopt. Aan de fysiotherapeut is in het kader van het nader onderzoek alleen nog gevraagd het behandelplan SMART te formuleren. Hiermee is volgens verzoekster kostbare tijd verloren gegaan.

- 3.8. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat er twee behandeltrajecten (fysiotherapie en manuele therapie) naast elkaar bestonden. Op enig moment zijn die behandelingen op dezelfde dag gedeclareerd en toen heeft de ziektekostenverzekeraar de behandelingen van de fysiotherapeut niet meer vergoed. De vergoeding van de fysiotherapeutische behandelingen is op dit moment in geschil.
- Verzoekster heeft verteld dat zij met de gevolgen van niet aangeboren hersenletsel heeft te maken. Als gevolg van letsels door valincidenten en spieruitval wordt zij al jaren behandeld door verschillende (fysio)therapeuten en artsen. Zij maakt ook gebruik van verschillende hulpmiddelen, waardoor zij minder gebruik hoeft te maken van EHBO, ambulances en het ziekenhuis. Uit ervaring weet zij dat een gewone sportschool niet de begeleiding geeft die zij nodig heeft. Zij heeft verder toegelicht dat zij vanaf 2007 tot 2013 bij het Sport Medisch Centrum onder behandeling is geweest voor neurologische problemen. Er was dan altijd een begeleider aanwezig. Vanwege overprikkeling en de insulten moest zij stoppen. Zij werd doorverwezen naar Fysioplus, dichtbij huis en rolstoeltoegankelijk. Zij werd behandeld met balans-, coördinatie, kracht- en concentratie-oefeningen. In 2021 werd Fysioplus overgenomen door Topzorggroep Nederland. Bij de overdracht is er met de gegevensoverdracht iets niet goed gegaan, want er is van haar geen dossier. Verzoekster heeft verder verklaard dat zij in 2021 door de huisarts werd doorverwezen naar een manueel therapeut. In 2021 en 2022 werden zowel de fysiotherapiebehandelingen en de manuele therapiebehandelingen vergoed.
- Ter verduidelijking licht verzoekster toe dat een manueel therapeut en fysiotherapeut twee verschillende specialisten zijn. Een manueel therapeut heeft een master naast een fysiotherapie diploma. Een manueel therapeut adviseert niet bij fitnessapparatuur, maar een fysiotherapeut weer wel. Zij heeft altijd de manuele therapie en de fysiotherapie behandelingen parallel aan elkaar gevolgd. Totdat deze door de behandelaars op dezelfde dag werden gedeclareerd. Volgens verzoekster gaat het om de vraag of de fysiotherapiebehandelingen, die verzoekster eerder ontving en nu niet meer, voor vergoeding in aanmerking moeten komen. Zij vertelt dat de ziektekostenverzekeraar nooit een reden heeft gegeven waarom dit nu niet meer mag. Zij heeft verklaard - daarnaar door de commissie gevraagd - dat zij nog bij de manueel therapeut onder behandeling is, maar de nota's inmiddels zelf betaalt. De manueel therapeut heeft geen contract meer met de ziektekostenverzekeraar. Zij heeft de frequentie van behandelingen daarom verlaagd, maar behandelingen zijn nog steeds nodig. Verzoekster heeft desgevraagd meegedeeld dat zij eerder nog geen nota's van de manueel therapeut aan de ziektekostenverzekeraar heeft gestuurd. Met de fysiotherapiebehandeling is zij gestopt, omdat die niet meer werd vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster vertelt verder dat de initiële reactie van de ziektekostenverzekeraar was dat meer behandelingen wel op dezelfde dag kunnen, maar dan moeten er andere behandelplannen zijn. Verzoekster wordt volgens haar nu gemangeld tussen de fysiotherapeut en de ziektekostenverzekeraar. De fysiotherapeut van verzoekster heeft meegedeeld dat hij een behandelplan heeft opgesteld, zoals hij dat heeft geleerd. Verzoekster is er nu de dupe van dat de ziektekostenverzekeraar dat niet voldoende vindt. Volgens haar is direct contact tussen de ziektekostenverzekeraar en de fysiotherapeut efficiënter. Tijdens een gesprek kan dan worden toegelicht wat er nog nodig is.
- 3.9. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 18 september 2024 vijf facturen met een totaalbedrag van € 270,- van de manuele therapiebehandelingen overgelegd. Ook heeft verzoekster verklaard dat zij in de toekomst, indien mogelijk, zowel een traject manuele therapie als fysiotherapie vergoed wil krijgen. Mocht het volgen van beide trajecten niet mogelijk zijn, dan geeft zij de voorkeur aan vergoeding van de fysiotherapiebehandelingen.

3.10. Verzoekster heeft bij brief van 13 november 2024, door de commissie ontvangen op 26 en 27 november 2024, verklaard dat het gesprek met de fysiotherapeut eenzijdig is belicht, zij verwijst hierbij naar het door haar overgelegde verslag van 30 oktober 2024 van de fysiotherapeut. Verzoekster heeft gesteld dat de fysiotherapeut haar heeft behandeld voor al haar aandoeningen, zowel orthopedisch als neurologisch. Derhalve wordt zij niet enkel en alleen behandeld voor epilepsie. Het sporten met of zonder maatje is niet te vergelijken met de begeleiding van de fysiotherapeut. Verzoekster heeft de aanvraag waarmee zij in 2011 toegang kreeg tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg (voorheen AWBZ) overgelegd.

#### 4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 16 februari 2023 verklaard dat hij geen twee behandelingen fysiotherapie op dezelfde dag vergoedt. Hij verwijst hiervoor naar de verzekeringsvoorwaarden. De declaraties van de behandelingen op 26 september 2022, 3,10, 17 en 24 oktober 2022 en 22 november 2022 zijn om die reden afgewezen. De declaraties van de behandelingen manuele therapie zijn akkoord bevonden, maar die voor fysiotherapie niet. Volgens de ziektekostenverzekeraar ontvangt verzoekster bij de fysiotherapiepraktijk reeds enkele jaren twee maal per week fysiotherapie in de vorm van medische fitness. Fysiotherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden. Fysiofitness, sportfysio, medische trainingstherapie en dergelijke worden volgens de ziektekostenverzekeraar niet beschouwd als fysiotherapie die op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt. Hij verklaart verder dat het geven van instructies ten behoeve van het sporten tijdelijk een onderdeel kan zijn van fysiotherapie, waarna vervolgens op eigen kosten de training eventueel onder begeleiding kan worden voortgezet. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de reden hiervan volgens het Zorginstituut ligt in het feit dat het behoud van de conditie behoort tot algemeen gezond gedrag, ook als dat plaatsvindt in groepsverband onder deskundige begeleiding. Door de fysiotherapeut wordt twee maal per week een individuele behandeling fysiotherapie van € 38,50 in rekening gebracht. Deze praktijk biedt ook medische fitness tegen abonnementsstarieven. De ziektekostenverzekeraar verklaart om deze reden geen toestemming te geven voor voortzetting van de behandelingen na 1 maart 2023.

4.2. Bij brief van 12 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat in de situatie van verzoekster de zorgaanbieders beiden diagnosecode 9072 hebben gedeclareerd. Om de medische meerwaarde te kunnen beoordelen is bij de praktijken een SMART-behandelplan opgevraagd. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd hoe en met welke frequentie de behandelingen tussen beide praktijken wordt afgestemd en voor welke periode er gezamenlijk wordt behandeld. Aan de hand hiervan kan hij beoordelen of er een uitzondering kan worden gemaakt op het uitgangspunt dat de tweede behandeling op dezelfde dag niet declarabel is. Een uitzondering is volgens de ziektekostenverzekeraar mogelijk indien de aandoeningen waarvoor wordt behandeld verschillend van aard zijn. Na ontvangst van de behandelplannen heeft de ziektekostenverzekeraar de declaraties voor manuele therapie goedgekeurd.

4.3. Naar aanleiding van het door hem ontvangen behandelplan van de fysiotherapeut heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat er mogelijk geen sprake is van verzekerde zorg. De indicatie voor fysiotherapie ontbreekt namelijk. De ziektekostenverzekeraar twijfelde al aan de indicatie, omdat enkel werd beschreven dat bij verzoekster sprake is van epilepsie met valrisico, een neuropathie en spierzwakte/-atrofie. Een parese is niet beschreven. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar het behandelplan. Het behandelplan bevat volgens de ziektekostenverzekeraar ook geen fysiotherapeutische behandelstelling. Het onderhouden van het cardiovasculaire systeem en de spierkracht, gericht op het functioneren in het ADL en het behoud van conditie wordt niet gezien als een fysiotherapeutische indicatie. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de behandelingen fysiotherapie niet voor vergoeding in aanmerking komen, nu geen sprake is van fysiotherapie zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden. Aangezien er werd behandeld voor dezelfde aandoening, werd bovendien het verzoek voor twee behandelingen op één dag door verschillende zorgaanbieders afgewezen.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens nogmaals bij de fysiotherapeut vragen gesteld over de fysiotherapeutische indicatie, het ontbreken van een SMART-behandelplan en de toegevoegde waarde ten opzichte van de manuele therapie. Naar aanleiding van de informatie die de ziektekostenverzekeraar hierop heeft ontvangen is besloten de afwijzing te handhaven. Hij verwijst hiervoor naar artikel B8.1 van de verzekeringsvoorwaarden. Fysiotherapie en/of oefentherapie voor personen van 18 jaar of ouder kan ten laste van de zorgverzekering worden vergoed als sprake is van een aandoening die voorkomt op de 'lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie'. Dit betreft artikel 1 van Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de fysiotherapeut heeft meegedeeld dat bij verzoekster sprake is van een indicatie - te weten parese als gevolg van een cerebrovasculair accident met niet aangeboren hersenletsel als gevolg - die op de lijst met aandoeningen voorkomt. Het behandelplan van de fysiotherapiepraktijk ziet evenwel primair op het behoud van cardiovasculaire conditie, gericht op het behoud van spierkracht of conditie. Dit wordt volgens de ziektekostenverzekeraar gezien als medische fitness en levert op zich geen fysiotherapeutische indicatie op. Het werken aan verbetering of behoud van de conditie behoort tot algemeen gezond gedrag. Dit wordt niet anders indien professioneel verantwoorde elementen van fysiotherapie onderdeel vormen van medisch fitness. Dit zou enkel kunnen zijn indien deze in een SMART-behandelplan duidelijk en conform de vereisten voor SMART-behandel doelstellingen worden gekoppeld aan de gestelde chronische indicatie. De fysiotherapeut is hierin naar de opvatting van de ziektekostenverzekeraar niet geslaagd. Zonder nadere duiding is het de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk wat wordt bedoeld met een 'lichamelijk stabiel niveau'. Bovendien ontbreken enige klinimetrische gegevens. Daardoor is het behandelplan onvoldoende objectief en hoewel er frequent behandelingen plaatsvinden, ontbreekt een tijdpad waarbinnen de behandel doelstellingen moeten worden behaald. In het behandelplan worden de doelstellingen onvoldoende gerelateerd aan de gestelde chronische indicatie. Bovendien blijkt uit het behandelplan niet op welke wijze wordt gewerkt aan zelfstandige voortzetting van het oefenen. De ziektekostenverzekeraar herhaalt dat uit het huidige behandelplan niet kan worden opgemaakt dat het zorg betreft zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar stelt voorts dat het toedienen van een aanvalsonderbreker geen zorg is zoals fysiotherapeuten plegen te bieden. Zonder nadere motivering is het onduidelijk waarom de behandeling bij de fysiotherapeut juist om deze reden noodzakelijk is. Bovendien betwist de ziektekostenverzekeraar de noodzaak voor een aanvalsonderbreker, indien dit tot het fysiotherapeutisch domein zou behoren.
- 4.6. De ziektekostenverzekeraar verklaart verder dat de fysiotherapeutische behandeling ook door een manueel therapeut kan worden verleend, waardoor in beginsel geen noodzaak is voor behandeling bij twee praktijken. Hij verwijst hiervoor naar de brief van 6 september 2013 van een fysiotherapeut, waarin staat dat de behandeling toen bestond uit het verbeteren van de conditie, alsmede manuele mobilisatie en 'rek-,schouder- en nek-musculatuur en triggerpoint behandeling'. Hieruit blijkt dat het destijds mogelijk was beide behandelingen te laten plaatsvinden in dezelfde praktijk. Het enkele gegeven dat beide behandelaars sindsdien verschillende behandel doelen hebben geformuleerd, vindt de ziektekostenverzekeraar onvoldoende. De klachten die worden behandeld hebben namelijk betrekking op dezelfde aandoening. Er is immers door beiden ook dezelfde diagnosecode gedeclareerd.
- 4.7. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 februari 2024, gericht aan de commissie, verklaard dat het dossier nogmaals is voorgelegd aan de paramedisch adviseur en dat met name de brief met bijlagen van 26 januari 2024 in de beoordeling is meegenomen.

De paramedisch adviseur heeft verklaard:

*"I//e betwisten niet dat er aanspraak zou kunnen zijn obv het CVA dat is doorgemaakt op 6-jarige leeftijd. Echter moet er voor het vergoeden van fysiotherapie op deze aanspraak wel sprake zijn van fysiotherapeutische behandel doelen aan de hand van een SMART behandelplan én moet duidelijk zijn dat de fysiotherapeutische hulpvraag direct gekoppeld is aan de indicatie (hier*



het CVA). Dat is ons nog onvoldoende duidelijk aangezien het niet duidelijk is of de epilepsie en uitval direct het gevolg zijn van het CVA, dit blijkt niet uit het dossier en wordt pas later op die manier gekoppeld. Medische fitness is geen fysiotherapie. De ingezette therapie is volgens ons onderhoudsbehandeling en zou intermitterend van aard moeten zijn (en zou langdurige ingezet kunnen worden indien hier een medische noodzaak toe is en doelmatig is aangezien een CVA een aandoening is van bijlage 1 van bzv). De doelmatigheid moet echter nog aangetoond worden en een SMART behandelplan is er nu onvoldoende. Daarnaast kunnen we niet uit het behandelplan/dossier opmaken dat er gewerkt wordt volgens de vigerende CVA richtlijnen omdat accurate klinimetrie hierbij ontbreekt."

- 4.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat op enig moment dubbele declaraties op dezelfde dag zijn ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft beoordeeld wat er gedeclareerd werd. Meestal is het niet doelmatig om twee trajecten naast elkaar te volgen. Er is op dit moment onvoldoende informatie om te beoordelen dat het volgen van twee trajecten wel doelmatig is. Er zou aanspraak kunnen zijn, maar dat is nu volgens de ziektekostenverzekeraar niet voldoende helder. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat de paramedisch adviseur een onderbouwde uitleg van de fysiotherapeut nodig heeft. De behandelaar moet de doelmatigheid met SMART-doelen kunnen onderbouwen. Er ontbreken ook nog meetgegevens. Als het niet doelmatig is, dan mag de ziektekostenverzekeraar niet betalen. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat de manuele therapie volledig is vergoed. Bij zijn weten is er geen vordering ten aanzien van de manuele therapie. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat vergoeding van fysiotherapiebehandelingen in de toekomst mogelijk zou kunnen zijn als er actuele gegevens zijn van de fysiotherapeut. De vragen die de paramedisch adviseur heeft over de doelmatigheid en de SMART-doelen bestaan nog steeds. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard met zijn paramedisch adviseur te overleggen of het mogelijk is contact met de fysiotherapeut op te nemen. Verder heeft hij toegelicht dat vergoeding van de nota's van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder niet per definitie worden afgewezen. Er wordt over het algemeen wel een lager tarief vergoed voor niet gecontracteerde zorg. Dit kan voor verzoekster alsnog worden beoordeeld. Dit neemt echter niet weg dat verzoekster een keuze zal moeten maken welk traject ze wil gaan volgen en vergoed wenst te krijgen.
- 4.9. Bij brief van 9 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij de vijf ingestuurde facturen van de manueel therapeut alsnog vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster heeft vergoed. Verder heeft hij verklaard dat de paramedisch adviseur telefonisch contact heeft gehad met de fysiotherapeut van verzoekster. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft de fysiotherapeut meegedeeld dat hij verzoekster behandelt vanwege epilepsie. Zij is niet in staat zelfstandig te sporten vanwege het risico op aanvallen. Hij gebruikte de 'chronische' code voor CVA 9072 van bijlage 1 Zvw, omdat hij - zo heeft de fysiotherapeut meegedeeld - geleerd heeft dat je daarop levenslang aanspraak hebt. Hij is van mening dat verzoekster levenslang fysiotherapie nodig heeft om op niveau te blijven. De paramedisch adviseur heeft hem toegelicht dat het klopt dat de ongelimiteerde aandoeningen van bijlage 1 Zvw niet opnieuw gedrempeld worden als deze eenmaal zijn gedeclareerd. Er moet echter wel sprake zijn van een geneeskundig doel. Het levenslang doorbehandelen is niet doelmatig en in de situatie van verzoekster is de behandeling door een fysiotherapeut ook niet noodzakelijk. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat op basis van het behandelplan - dat onvoldoende SMART is - de medische noodzaak van de fysiotherapiebehandeling niet duidelijk is.

## 5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 3 april 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*"(...) Plegen te bieden criterium*

*In beginsel behoort fysio- of oefentherapie bij patiënten met de chronische indicatie cerebrovasculair accident tot zorg zoals fysio- en oefentherapeuten plegen te bieden. De beroepsorganisatie heeft een richtlijn beschikbaar waarin dit fysiotherapeutisch handelen*

uitgebreid is beschreven. In de richtlijn staat over toepassing van fysiotherapie in de chronische fase (langer dan zes maanden) het volgende:

"Deze fase wordt gekenmerkt door ondersteuning en begeleiding van patiënt ('support', i.e. behoud en preventie), om maatschappelijk functioneren, het ondersteunen van het verwerkingsproces en leren omgaan met beperkingen te optimaliseren, fysieke fitheid te behouden en kwaliteit van teven te monitoren. In geval van functionele verbetering of verslechtering wordt gericht ingezet op respectievelijk (tijdelijk) continueren van de therapie of het opnieuw bereiken van het na de initiële revalidatie bereikte niveau van functioneren. Let op: De behandeling is eindig. Ze wordt beëindigd indien de behandeldoelen zijn gerealiseerd of indien de fysiotherapeut van mening is dat fysiotherapie geen toegevoegde waarde meer heeft, dan wel inschat dat de patiënt de doelstellingen zelfstandig kan bereiken zonder fysiotherapeutische begeleiding."

*De richtlijn geeft een groot aantal interventie-opties die evidence-based kunnen worden aangeboden bij specifieke problemen bij een patiënt met status na een beroerte. Hieronder worden niet specifiek manueel therapeutische interventies benoemd. Ook beveelt de richtlijn meetinstrumenten aan die kunnen worden ingezet om het resultaat van de behandeling te monitoren.*

*Op basis van de beperkte beschikbare informatie in het dossier is onduidelijk of sprake is van fysiotherapie die in voldoende mate gebaseerd is op de richtlijn. De zorg zoals beschreven in het eerste behandelplan van Topzorg Groep is door verweerder beoordeeld als medische fitness, hetgeen geen zorg is zoals fysio- en oefentherapeuten plagen te bieden.*

*Het eerste behandelplan vermeldt als fysiotherapeutische indicatie een cerebrovasculair accident op 6-jarige leeftijd, waardoor verzoekster niet aangeboren hersenletsel heeft opgelopen. Daarnaast heeft verzoekster vaker per week (grote) epileptische aanvallen die haar lichamelijk aantasten, en hierdoor zowel een slappe als een spastische parese opgelopen en verlies van kracht. De handknijpkracht is zwaar ondermaats door spieren die niet meer goed functioneren. Dit is meermaals meetbaar gemaakt met een handknijpkrachtmeter (13,8 kN). Het behandelplan bestaat uit twee keer per week conditietraining op de loopband en roeimachine en krachttraining met fitnessapparatuur om op een lichamelijk stabiel niveau te blijven, hetgeen elke drie maanden wordt gemeten met een zes minuten wandeltest en een IR.M test.*

*In het later toegevoegde (ongedateerde) behandelplan met verwijzdatum zomer 2013 en verwijzdiagnose niet aangeboren hersenletsel, epilepsie, spieruitval en neuropathie door complicaties bij mammacarcinoom, staat als hulpvraag geformuleerd: 'Hulp bij het behouden van neurologische achteruitgang met spieruitval en valrisico als voornamelijkste verschijnselen. Mevrouw geeft ook aan steeds meer rolstoelafhankelijk te worden. Ook is na behandeling van een mammacarcinoom een neuropathie ontstaan in de armen/handen. Hierdoor kan ze deze moeilijker gebruiken. Belangrijkste functioneringsproblemen zijn vermindering van kracht, uithoudingsvermogen, balans en coördinatie met als gevolg dat de patiënt moeite heeft met activiteiten, veilig lopen en het uitvoeren van taken in het algemeen dagelijks leven (ADL).'*

*De volgende behandeldoelen worden vermeld:*

- Door middel van twee keer per week spierkrachttraining zal de kracht in de armen en benen na zes maanden het lopen en uitvoeren van activiteiten verbeteren met een PSK (lopen) van +1 of meer. Ook zal door langdurige training de kwaliteit van deze activiteiten niet minder afnemen dan PSK 4.*
- Door middel van twee keer per week conditietraining zal het lopen in zes maanden worden verbeterd, getest met een 6-MWT. De verbetering bedraagt minimaal +50 meter.*
- Door middel van twee keer per week kracht, uithoudingsvermogen, balans en coördinatie training zal achteruitgang van neurologische klachten worden beperkt. Dit wordt meetbaar gemaakt met een PSK (dagelijkse taken).*

*Er zijn geen uitgangswaarden voor de metingen aangegeven.*



Het behandelplan benoemt geen specifieke relatie tussen de chronische indicatie, de daardoor veroorzaakte klachten en beperkingen en daarop gerichte behandelcomponenten. Ook is het behandelplan onvoldoende SMART opgesteld en ontbreken klinimetrische uitgangsgesgevens. Dit wil echter niet zeggen dat de zorg die geboden is geen zorg is zoals fysiotherapeuten plegen te bieden of dat de zorg geschaard kan worden onder medische fitness.

#### Indicatievoorwaarden

Verzoekster voldoet aan de indicatievoorwaarden voor een fysiotherapeutisch behandeltraject op grond van de chronische indicatie cerebrovasculair accident, die voorkomt op de lijst van chronische indicaties voor fysio- of oefentherapie (bijlage 1 Bzv). Hierdoor zijn epileptische insulden veroorzaakt die in de loop van de tijd tot fysieke en cognitieve beperkingen hebben geleid. Door andere aandoeningen die niet op de lijst van chronische indicaties staan, zoals neuropathieën als gevolg van chemotherapie wegens mammacarcinoom en spierklachten als gevolg van 'reuma' of fibromyalgie, is de fysieke situatie van verzoekster verder achteruitgegaan. Deze andere aandoeningen vormen afzonderlijk geen indicatie voor fysiotherapie, maar compliceren de gezondheidstoestand van verzoekster en de behandeling wel.

#### Redelijkerwijs aangewezen op

Verzoekster volgt twee fysiotherapeutische behandeltrajecten tegelijkertijd, bij Jij Natuurlijk en Topzorg Groep. In eerste instantie volgde verzoekster een behandeltraject bij Topzorg Groep, en later is zij ook een behandeltraject bij Jij Natuurlijk gaan volgen. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier lijken deze behandeltrajecten vergelijkbaar te zijn. Het zijn beide fysiotherapie behandelingen, ook al is er een manueeltherapeut betrokken bij het behandeltraject van Jij Natuurlijk. Het behandeltraject bij Jij Natuurlijk is door verweerder vergoed.

#### Nader onderzoek

Het is op basis van de beschikbare informatie onduidelijk waarom verzoekster een tweede behandeltraject bij Jij Natuurlijk is gestart. Het Zorginstituut kan op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet beoordelen of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op twee behandeltrajecten tegelijkertijd, en dus op het behandeltraject bij Topzorg Groep. Er dient informatie aan het dossier toegevoegd te worden met betrekking tot de indicatie voor een tweede behandeltraject:

\* Waarom was een tweede behandeltraject bij Jij Natuurlijk geïndiceerd?

\* Waarom is het eerste behandeltraject bij Topzorg Groep ook doorgezet?

#### Advies

Het Zorginstituut adviseert nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande."

- 5.2. In het nader advies van 30 mei 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"(..) Er is geen informatie aan het dossier toegevoegd met betrekking tot de vraag waarom verzoekster aanvullend op het al lopende behandeltraject aangewezen was op het tweede behandeltraject. Er wordt enkel herhaald wat de fysiotherapeute van Jij Natuurlijk als behandeldoelen heeft gesteld en hoe het behandelplan er globaal uitzag. In de brief van Jij Natuurlijk staat: "Het overleg met de behandelaar [naam] van Topzorggroep standaard 1x per jaar plaats zal vinden i.v.m. de chronische indicatie van mevrouw en dat er naar verwachting geen grote ingrijpende veranderingen plaats zullen vinden". Hiermee is onduidelijk of de behandeling van Jij Natuurlijk voor een andere indicatie is ingesteld dan de chronische indicatie waarop de behandeling door Topzorg Groep zich richtte, of voor dezelfde indicatie. Terwijl het geschil is ontstaan omdat beide behandelingen zijn ingezet vanwege dezelfde chronische indicatie. Wel blijkt hieruit dat de behandelaar van Topzorg Groep op de hoogte was van het nieuw gestarte behandeltraject bij Jij Natuurlijk, maar het is op basis van het dossier onduidelijk of de behandelaar een afweging heeft gemaakt of dit voor het continueren van het Topzorg Groep-behandeltraject consequenties zou moeten hebben.

Op basis van de aanvullende informatie is gelet op het voorgaande niet duidelijk waarom het eerder gestarte behandeltraject bij Topzorg Groep ook is doorgezet, naast het als tweede gestarte behandeltraject bij Jij Natuurlijk. Volgens verzoekster is het behandeltraject bij Topzorg Groep stopgezet nadat verweerder aangaf dat dit traject niet meer voor vergoeding in aanmerking komt. Deze mededeling van verweerder kwam echter later, waardoor de behandelingen geruime tijd naast elkaar hebben doorgelopen en het geschil over de vergoeding in 2022 van het Topzorg Groep-traject is ontstaan.

#### Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op twee fysiotherapeutische behandeltrajecten tegelijkertijd, bij Jij Natuurlijk en Topzorg Groep. Het is nog steeds onduidelijk waarom verzoekster een tweede behandeltraject bij Jij Natuurlijk is gestart en in welke mate de behandeltrajecten van elkaar verschillen. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering van twee fysiotherapeutische behandeltrajecten tegelijkertijd.

#### Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster is niet redelijkerwijs aangewezen op twee fysiotherapeutische behandeltrajecten tegelijkertijd."

- 5.3. In het definitief advies van 9 december 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*"Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen."*

## 6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over paramedische zorg, 'plegen te bieden' en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, de van belang zijnde bepaling uit het wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. De zorgverzekering biedt dekking voor fysiotherapie voor verzekerden van 18 jaren en ouder als zij een beperking of aandoening hebben die voorkomt op Bijlage 1 van het Bzv. Deze dekking omvat niet de eerste twintig behandelingen. Dit is bepaald in artikel B.8 van de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende verzekeringen. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.6, tweede lid, Bzv.
- 7.3. Bij verzoekster is sprake van een doorgemaakt CVA (cerebrovasculair incident), een indicatie die vóórkomt op Bijlage 1 van het Bzv. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster, in verband met deze indicatie, redelijkerwijs is aangewezen op behandelingen fysiotherapie. Verzoekster was onder behandeling bij een fysiotherapeut, maar is daarnaast een behandeling gestart bij een andere praktijk, waar zij manuele therapie ondergaat. De ziektekostenverzekeraar heeft

de kosten hiervan vergoed. De behandelingen fysiotherapie zijn - tijdelijk - voortgezet, en de ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding hiervan geweigerd. In dat verband is zijn meest vérgaande stelling dat het bij dit fysiotherapeutisch behandeltraject feitelijk gaat om medische fitness en niet om fysiotherapie zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden. Daarom zou geen sprake zijn van verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering.

De commissie volgt in dit verband het Zorginstituut in zijn conclusie in het voorlopig advies van 3 april 2024 dat het behandelplan van de fysiotherapeut weliswaar tekortkomingen kent, maar dat hieruit niet de gevolgtrekking valt te maken dat het medische fitness betreft of dat geen sprake is van fysiotherapie zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts aangevoerd dat de voorwaarden van de zorgverzekering eraan in de weg staan dat twee behandeltrajecten fysiotherapie worden vergoed. De commissie overweegt ten aanzien daarvan als volgt.

- 7.4. Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopig advies van 3 april 2024 opgemerkt dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier de behandeltrajecten bij beide zorgaanbieders vergelijkbaar lijken. Het zijn beide fysiotherapiebehandelingen, ook al is er een manueel therapeut betrokken bij het als tweede gestarte behandeltraject. Dat behandeltraject is door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Het behandeltraject bij de eerste zorgverlener is daarnaast voortgezet. Door het Zorginstituut kon niet worden beoordeeld of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op twee fysiotherapeutische behandeltrajecten en daarom werd de commissie geadviseerd nader onderzoek te verrichten. Na ontvangst van aanvullende informatie heeft het Zorginstituut in zijn nader advies van 30 mei 2024 opgemerkt dat geen informatie aan het dossier is toegevoegd met betrekking tot de vraag waarom verzoekster aanvullend op het al lopende fysiotherapeutisch behandeltraject aangewezen was op het tweede behandeltraject. Op basis van de aanvullende informatie is niet duidelijk waarom het eerder gestarte behandeltraject ook is doorgezet, naast het als tweede gestarte behandeltraject. Het Zorginstituut concludeert dat verzoekster op basis van de beschikbare informatie niet redelijkerwijs is aangewezen op twee fysiotherapeutisch behandeltrajecten en adviseert tot afwijzing van het verzoek. De commissie ziet in het door verzoekster gestelde geen aanleiding van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken. Zij overweegt in dit verband, gelet op artikel 150 Rv, dat het aan verzoekster is te stellen en te onderbouwen dat zij voldoet aan de voorwaarden voor een tweede fysiotherapeutisch behandeltraject. Zij heeft hiertoe, in het kader van het verzoek om nader onderzoek zoals geadviseerd door het Zorginstituut, de mogelijkheid gekregen maar is hierin niet geslaagd. De commissie beslist, gelet op het voorgaande, dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van een tweede fysiotherapeutisch behandeltraject. Aan de vraag naar de doelmatigheid wordt daarom niet toegekomen.

#### *Slotsom*

- 7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
8. **Bindend advies**
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 januari 2025,

mr. J.J.M. Linders

**Informatie voor partijen**

*Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.*

*Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

**BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

---

# Besluit zorgverzekering

---

## Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

## Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
  - a. de zorg niet omvat:
    - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
    - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
      - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
      - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
    - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
    - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
    - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
  - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
  - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
  - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
  - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
  - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.



---

# 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.

## 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

---

### Artikel 2.6

1. Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefen therapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek.
2. Fysiotherapie of oefen therapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefen therapieuten 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 oefen therapie 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 oefen therapie 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 oefen therapie bij chronic 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 en van een matige ziektelast of een voldoende fysieke capaciteit:
    - 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 B van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties en van een hoge ziektelast en een beperkte fysieke capaciteit of 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 oefen therapie 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.

ook zelf betalen.

- De maximum vergoeding en de wettelijke eigen bijdrage blijft hetzelfde, ongeacht of sprake is van 1 kind of een meerling.
- In een aanvullende verzekering kan de wettelijke eigen bijdrage van deze zorg en/of extra zorg die met de bevalling te maken heeft verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorbeeld:

Stel, u bevalt in het ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische indicatie, zonder opname:

- Wij vergoeden voor moeder en kind dus 2x € 134,-. De totale vergoeding is € 268,- voor deze bevalling.
- Maar wij trekken daar voor beiden € 19,- aan wettelijke eigen bijdragen vanaf; dat is € 38,-.
- U krijgt dus € 268,- minus € 38,- = € 230,- van ons.

### Voorwaarden

#### Algemeen

Onder bevalling verstaan wij het einde van de zwangerschap na de 16e week.

#### Zorgverlener

De bevalling met medische indicatie wordt verleend door een medisch specialist.

Een bevalling zonder medische indicatie kan ook worden verleend door een verloskundige of een huisarts.

#### Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling is een verwijzing van een huisarts of verloskundige nodig voor een bevalling op medische indicatie.

#### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

#### Tarieven

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

## B.7. Zorg na de bevalling

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Zorg na de bevalling omvat:

- kraamzorg voor moeder en kind(eren);
- verloskundige zorg voor moeder en kind en eventueel opname in een instelling;
- tijdens de periode van opname: medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de medisch specialistische zorg horen.

De kraamzorg volgt direct op de bevalling en is alleen bedoeld voor:

- degene die is bevallen, of

- de verzorg(st)er (als degene die is bevallen ontbreekt) en
- het geboren kind (of kinderen).

Uw aantal dagen kraamzorg en uw aantal uren per dag worden vastgesteld tijdens de intake voor kraamzorg (B.5.4.). Na de bevalling stelt de verloskundige of medisch specialist opnieuw vast hoeveel kraamzorg geïndiceerd is. Deze afspraken staan in het 'landelijk indicatieprotocol Kraamzorg'. U kunt dit protocol bij ons opvragen of vinden op onze website.

Kraamzorg thuis voor moeder en kind duurt normaal gesproken 8 dagen. Om medische redenen kunnen hieraan nog 2 extra dagen toegevoegd worden. Het extra aantal uren/dagen en het aantal uren/dagen kraamzorg elders hangt af van het oordeel van de verloskundige of medisch specialist. Zij overleggen hierover met de instelling of de persoon die de kraamzorg gaat leveren.

Is sprake van een medische indicatie dan bent u vanaf de dag van de bevalling ook verzekerd voor opname en verloskundige en medisch specialistische zorg in een instelling voor medisch specialistische zorg. Uw kraamzorg is inbegrepen in die opname. Aan de hand van het aantal opnamedagen wordt uw aantal resterende uren/dagen kraamzorg vastgesteld.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Voor kraamzorg is in de volgende gevallen een wettelijke eigen bijdrage van toepassing:
  - in het kraamhotel of thuis geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 4,70 per uur;
  - voor kraamzorg zonder medische noodzaak in een instelling voor medisch specialistische zorg, een geboortecentrum of in een kraamhotel moet u voor moeder en kind(eren) een bedrag van € 19,- per persoon per dag zelf betalen (wettelijke eigen bijdrage);
  - als er meer dan € 134,- per persoon per dag wordt gevraagd door de instelling, moet u het bedrag boven de € 134,- ook zelf betalen;
  - de maximale vergoeding voor moeder en één kind is dus € 230,-. (2 x maximaal € 134,- minus 2 x € 19,-.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Eigen risico is niet van toepassing.

## Voorwaarden

### Algemeen

U regelt zelf uiterlijk in de 20<sup>ste</sup> week van uw zwangerschap de kraamzorg. Heeft u advies of hulp nodig bij het regelen van de kraamzorg, dan kunt u contact met ons opnemen.

### Zorgverlener

Postnatale verloskundige zorg (kraambedcontroles) tijdens de kraamperiode wordt geleverd door een verloskundige of medisch specialist (de laatste als daarvoor medische noodzaak bestaat).

Kraamzorg wordt verleend door:

- een instelling die kraamzorg verleent; of;
  - 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.

## 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 website 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.
- Deze zorg wordt verrekend met 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 voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener gaat.Op uw polisblad kunt u zien of u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten.
- In alle andere situaties wordt de zorg wel verrekend met 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 website 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.
- Eigen risico is niet van toepassing.

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

##### Algemeen

- Deze voorwaarden gelden voor verzekerden van alle leeftijden.
- 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.
- De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is. Dit moet blijken uit de verwijzing.

##### 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 Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) 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 Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) 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 Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) 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 Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) 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 Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) 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 voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener, 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 van ons is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.

Als de behandeling wordt gedaan door een niet gecontracteerde zorgverlener, is een akkoordverklaring van ons 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.
- een akkoordverklaring is nodig als meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op een dag nodig is.
- 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.

### 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 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 Chronisch ZorgNet; en
  - u naar een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener gaat.
- Op uw polisblad kunt u zien of u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten.
- In alle andere situaties wordt de zorg wel verrekend met het eigen risico.
- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.

#### Voorwaarden

##### Algemeen

- U bent 18 jaar of ouder.
- De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is. Dit moet blijken uit de

verwijzing.

#### 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 Chronisch ZorgNet aangesloten zorgverlener die wij hebben gecontracteerd voor deze zorg beoordeelt namens ons op de verwijzing of er sprake is van perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.

Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is een akkoordverklaring van ons nodig (zie artikel A.18.).

- een akkoordverklaring is nodig als meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op een dag nodig is.
- Hebt u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of wordt u door 2 verschillende fysiotherapeuten behandeld, is ook een akkoordverklaring (zie artikel A.18.1.) nodig.

#### Tarieven

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

### 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.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.

#### Voorwaarden

##### Algemeen

- U bent 18 jaar of ouder.
- De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is. Dit moet blijken uit de



verwijzing.

### **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 voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener beoordeelt namens ons op de verwijzing of er sprake is van artrose van heup- of kniegewricht. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.

Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig (zie artikel A.18.).

- een akkoordverklaring is nodig als meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op een dag nodig is.
- 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.

## **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 B1 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 B2, 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 website.

### **Let op!**

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

### **Voorwaarden**

#### **Algemeen**

- U bent 18 jaar of ouder.
- De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is. Dit moet blijken uit de verwijzing.

#### **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 voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener beoordeelt namens ons op de verwijzing of er sprake is van COPD stadium II of hoger en om welke klasse het gaat. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.
- Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan is wel een akkoordverklaring van ons nodig (zie artikel A.18.).
- Een akkoordverklaring is ook nodig als meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op een dag nodig is.

#### **Tarieven**

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

## **B.9. Ergotherapie**

### **Zorg: waar bent u voor verzekerd?**

Ergotherapie omvat maximaal 10 behandeluren per jaar en bestaat uit advisering, instructie, training of behandeling met als doel om uw zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.

### **Let op!**

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.

- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook extra en/of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

### Voorwaarden

#### Algemeen

De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is.

#### Zorgverlener

Een ergotherapeut verleent de zorg.

#### Verwijzing

- Is niet nodig als de behandeling wordt gegeven door een gecontracteerde zorgverlener.
- Als de behandeling wordt gegeven door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is voor aanvang van de behandeling een verwijzing nodig van een huisarts, verpleegkundige (niveau 5), arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

#### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

#### Tarieven

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

## B.10. Logopedie

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat logopedie, die een geneeskundig doel heeft en tot verbetering of herstel van de spraakfunctie of het spraakvermogen leidt. Deze zorg omvat ook de behandeling van stotteren.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
  - behandelingen met een onderwijskundig doel;
  - behandeling van een taalstoornis en/of articulatieprobleem in verband met dialect en anderstaligheid;
  - dyslexiezorg;
  - stottertherapie volgens de methode Del Ferro, B.O.M.A. of I.N.S. (zie daarvoor artikel D.5.).

### Voorwaarden

#### Algemeen

De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is.

#### Zorgverlener

Een logopedist verleent de zorg.

#### Verwijzing

- Is niet nodig als de behandeling wordt gegeven door een gecontracteerde zorgverlener aan verzekerden vanaf 18 jaar.
- Als de behandeling wordt gegeven door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is voor aanvang van de behandeling een verwijzing nodig van een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist, klinisch fysicus audioloog van het audiologisch centrum, of verpleegkundig specialist.

#### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is nodig als meer dan één behandeling op een dag nodig is.

#### Tarieven

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

## B.11. Diëtetiek

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat diëtetiek met een geneeskundig doel:

- tot een maximum van 3 behandelingen per jaar, of
- 100% als de zorg wordt verleend in de vorm van ketenzorg. Dan moet sprake zijn van:
  - Diabetes Mellitus Type II (DM Type II) bij verzekerden van 18 jaar of ouder; of
  - Verhoogd Vasculair Risico (VRM); of
  - chronische longaandoening, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD); of
  - Astma.

Deze zorg wordt geleverd volgens de geldende zorgstandaarden voor deze aandoeningen. Zie hiervoor artikel A.17.3.

Ketenzorg omvat multidisciplinaire, regionale zorgverlening door meerdere zorgverleners die zijn aangesloten bij een hoofdaannemer (bijvoorbeeld een zorggroep of gezondheidscentrum). De zorgverleners werken als schakels in een keten met elkaar samen. De ketenzorg heeft de vorm van een totaal zorgprogramma, dat is afgestemd op uw situatie en omstandigheden.

---

## **Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering**

---

### **Artikel 150**

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

# Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor fysiotherapie - BR/REG-22106

## Artikel 5 Algemene bepalingen

1. De patiënt moet vooraf geïnformeerd zijn over het doel, de kosten en de inhoud van elke prestatie alsmede over het feit dat er, gezien onderstaande uitzonderingen, meerdere prestaties op één dag gedeclareerd kunnen worden.

2. Patiëntgerichte werkzaamheden, zoals verslaglegging, communicatie en correspondentie, zowel mono- als multidisciplinair, maken onderdeel uit van de zitting/behandeling. Indirecte tijd kan derhalve niet in rekening worden gebracht bij de patiënt en/of bij de verzekeraar.

3. Elk behandeltraject start met de prestatie:

- Screening: beoordelen of een patiënt in aanmerking komt voor fysiotherapie (prestatie a), gevolgd door Intake en onderzoek na screening: uitvoeren van een fysiotherapeutisch onderzoek en opstellen behandelplan na screening (prestatie b); of
- Screening, intake en onderzoek: beoordelen of een patiënt in aanmerking komt voor fysiotherapie, uitvoeren fysiotherapeutisch onderzoek en opstellen behandelplan bij een patiënt zonder verwijzing (prestatie c); of
- Intake en onderzoek na verwijzing: uitvoeren van een fysiotherapeutisch onderzoek en opstellen behandelplan na verwijzing (prestatie d).

4. Per dag kan per patiënt één prestatie in rekening gebracht worden. Hierop gelden de onderstaande uitzonderingen:

a. De volgende prestaties of een combinatie van deze prestaties kunnen wel meerdere keren per dag in rekening gebracht worden indien er een medische noodzaak bestaat voor meerdere prestaties op één dag, gesteld door een arts of de regiebehandelaar in het kader van de gzsp:

- Individuele zitting reguliere fysiotherapie (prestatie f);
- Individuele zitting kindfysiotherapie (prestatie g);
- Individuele zitting manuele therapie (prestatie h);
- Individuele zitting oedeemtherapie (prestatie i);
- Individuele zitting bekkenfysiotherapie (prestatie j);
- Individuele zitting psychosomatische fysiotherapie (prestatie k);
- Individuele zitting geriatrie fysiotherapie (prestatie l);
- Lange zitting (prestatie m);
- Groepszitting voor behandeling van twee personen prestatie n);
- Groepszitting voor behandeling van drie personen (prestatie o);

- Groepszitting voor behandeling van vier personen (prestatie p);
- Groepszitting voor behandeling van vijf tot en met tien personen (prestatie q);
- Groepszitting voor behandeling van meer dan tien personen (prestatie r);

b. Wanneer een patiënt één of meerdere zorgvragen heeft, waaruit verschillende behandeltrajecten met een bij het behandeltraject behorend behandelplan voortvloeien;

c. De prestatie 'instructie/overleg ouders/verzorgers van de patiënt' (prestatie s) kan in combinatie met andere prestaties worden gedeclareerd;

d. De prestaties:

- Intake en onderzoek na screening: uitvoeren van een fysiotherapeutisch onderzoek en opstellen behandelplan na screening (prestatie b);
- Screening, intake en onderzoek: beoordelen of een patiënt in aanmerking komt voor fysiotherapie, uitvoeren fysiotherapeutisch onderzoek en opstellen behandelplan bij een patiënt zonder verwijzing (prestatie c);
- Intake en onderzoek na verwijzing: uitvoeren van een fysiotherapeutisch onderzoek en opstellen behandelplan na verwijzing (prestatie d),

kunnen op dezelfde dag met de navolgende prestaties worden gedeclareerd:

- Individuele zitting reguliere fysiotherapie (prestatie f);
- Individuele zitting kinderfysiotherapie (prestatie g);
- Individuele zitting manuele therapie (prestatie h);
- Individuele zitting oedeemtherapie (prestatie i);
- Individuele zitting bekkenfysiotherapie (prestatie j);
- Individuele zitting psychosomatische fysiotherapie (prestatie k);
- Individuele zitting geriatrie fysiotherapie (prestatie l);
- Lange zitting (prestatie m);

e. De prestaties:

- Toeslag voor zorg aan huis (prestatie t);
- Toeslag voor zorg in een instelling (prestatie u);
- Toeslag voor zorg op de werkplek (prestatie v),

kunnen alleen in combinatie met één van de volgende prestaties in rekening worden gebracht:

- Screening: beoordelen of een patiënt in aanmerking komt voor fysiotherapie (prestatie a);
- Intake en onderzoek na screening: uitvoeren van een fysiotherapeutisch onderzoek en opstellen behandelplan na screening (prestatie b);
- Screening, intake en onderzoek: beoordelen of een patiënt in aanmerking komt voor fysiotherapie, uitvoeren fysiotherapeutisch onderzoek en opstellen behandelplan bij een patiënt zonder verwijzing (prestatie c);
- Intake en onderzoek na verwijzing: uitvoeren van een fysiotherapeutisch onderzoek en opstellen behandelplan na verwijzing (prestatie d);
- Eenmalig onderzoek (prestatie e);
- Individuele zitting reguliere fysiotherapie (prestatie f);
- Individuele zitting kinderfysiotherapie (prestatie g);
- Individuele zitting manuele therapie (prestatie h);
- Individuele zitting oedeemtherapie (prestatie i);
- Individuele zitting bekkenfysiotherapie (prestatie j);
- Individuele zitting psychosomatische fysiotherapie (prestatie k);
- Individuele zitting geriatrie fysiotherapie (prestatie l);
- Lange zitting (prestatie m);
- Instructie/overleg ouders/verzorgers van de patiënt (prestatie s);

f. Indien de zorgverlener en zorgverzekeraar het wenselijk achten dat de prestatie 'Facultatieve prestatie' (prestatie fp) gezamenlijk met andere prestaties in rekening kan worden gebracht, dienen zij dit in een overeenkomst vast te leggen.