

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202500696

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 2 april 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 22 juli 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 9 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten de aanvraag voor behandelingen fysiotherapie in verband met de indicatie hypermobiel Ehlers Danlos Syndroom alsnog goed te keuren. Een kopie van deze brief is dezelfde dag aan verzoekster gestuurd, waarbij haar is gevraagd of het geschil hiermee is opgelost.
- 1.3. Verzoekster heeft de commissie op 11 september 2025 via de digitale omgeving meegedeeld dat het geschil niet is opgelost. Een kopie van dit bericht is op 12 september 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden en de procedure is naar de stand van dat moment voortgezet.
- 1.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 29 september 2025 een aanvullende reactie aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 30 september 2025 aan verzoekster en het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) gezonden.
- 1.5. Bij brief van 9 oktober 2025 heeft het Zorginstituut (zaaknummer: 2025021415) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 10 oktober 2025 aan partijen gezonden.
- 1.6. Verzoekster heeft op 4 november 2025 aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 5 november 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Verzoekster heeft tevens op 19 en 25 november 2025 aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Kopieën hiervan zijn op 25 november 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 november eveneens aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Kopieën hiervan zijn op 26 november 2025 aan verzoekster gestuurd.

- 1.7. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 december 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.8. Zoals ter zitting is afgesproken, heeft de ziektekostenverzekeraar op 11 december 2025 kopieën van zijn mailwisseling met het Zorginstituut aan de commissie gezonden. Kopieën hiervan zijn dezelfde dag naar verzoekster gestuurd, waarbij zij de mogelijkheid heeft gekregen hierop binnen 3 weken te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 23 december 2025 gebruik gemaakt van deze mogelijkheid. Kopieën van haar brief met bijlagen zijn op 9 februari 2026 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.9. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 24 december 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 9 oktober 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 30 december 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat hij geen adviestaak heeft in dit geschil.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster is sinds 1 januari 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Combinatie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Compact, OHRA Tand Sterk en OHRA Energiek (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster is bekend met het hypermobiel Ehlers Danlos Syndroom (hEDS). In verband hiermee wordt zij driemaal per week behandeld door een fysiotherapeut.
- 2.3. Bij brief van 3 februari 2025 heeft de huisarts verklaard dat de revalidatiearts op 24 augustus 2020 de diagnose hEDS bij verzoekster heeft gesteld. Tevens heeft hij verklaard dat zij baat heeft bij fysiotherapeutische behandeling.
- 2.4. Bij brief van 10 maart 2024 heeft de behandelend fysiotherapeut over verzoekster verklaard:

“Fysiotherapeutische diagnose:

(...) Chronische klachten als gevolg van EDS, langdurig beloop. Prognose blijvende fysiotherapie ter ondersteuning van kwaliteit van leven.

Behandelplan 2025:

Doelen:

- Binnen 1 jaar bevordering kwaliteit van leven met betrekking tot klachtenpatroon behorend bij EDS, zodat mevrouw grotendeels klachtenvrij en zelfverzekerd kan functioneren in ADL. Dit doel wordt per jaar opnieuw besproken en met kleine specifieke doelen aangepast en opnieuw opgesteld.

- Oefentherapie inrichten op persoonlijke doelen in ADL, zodat mevrouw zich zoveel mogelijk zelfstandig kan redden in ADL. Hierin worden ook indien nodig (bijv. naar aanleiding van operaties) aanpassingen doorgevoerd gedurende het jaar.

(...)

Interventies:

- Fysiotherapie

o Oefentherapie gericht op kracht, coördinatie, stabiliteit.

▪ Begeleiding en ondersteuning.

- Manuele therapie

o Mobilisatie gradatie III – tot ++ volgens Maitland

- CWK, CTO, TWK, costovertebrale verbindingen, LWK, SIG, heupen/bekken.

- Advies

- o Belasting & belastbaarheid in ADL.

- o Omgaan met de ongemakken van EDS.

Frequentie

- 3x per week

- o 1 zitting m.n. gericht op pijnbehandeling.

- o 2 zittingen m.n. gericht op oefentherapie.

Verdere toelichting en reden voortzetting

In de tijd dat wij samenwerken, hebben we veel tijd besteedt aan het verbeteren van kwaliteit van leven in ADL. Over het algemeen gaat het goed, maar er is regelmatig terugval (dit hoort bij EDS). Er zijn periodes waarin de pijnbehandeling vaker toegepast moet worden of juist oefentherapie een grotere rol kan krijgen. Dit kan te maken hebben met toename van klachten of specifieke hulpvragen die in een bepaalde week van toepassing zijn. Fysiotherapie helpt mevrouw om te leren hoe zij met een deel van de problemen die zij tegenkomt bij EDS kan omgaan. Verder geeft het verlichting van dagelijkse klachten en zorgt het voor een algehele fitheid die goed van pas komt als het weer wat minder goed gaat.

Het betreft hier een collageen aandoening [die] [waarvoor] volgens de zorgverzekeringswet geen termijn is vastgesteld. Dit is zo opgenomen in de wet omdat het Ehlers Danlos Syndroom een aangeboren, multisysteemaandoening is met een progressief karakter. Herstel is niet mogelijk, enkel het voorkomen of remmen van achteruitgang. Dit betekent dat er geen einddatum vast te stellen is en doorlopende fysiotherapie van belang is.

Evaluatiemomenten:

Een opeenstapeling van (sub)luxaties, microtrauma's en andere bijkomende comorbiditeit zorgen ervoor dat de algehele toestand van mevrouw heel wisselend kan zijn. Hierdoor is er veel sprake van disbalans in energie en is een plan op maat van groot belang. Dit plan verandert bijna wekelijks. Dit omdat per dag gekeken moet worden hoe het gaat en hoe de dagen daarvoor effect hebben gehad op het lichaam. We werken met VAS scores en PSK. Deze komen wekelijks terug voor beoordeling. Verder evalueren we iedere week subjectief en objectief en maken een plan wat daarbij past."

- 2.5. Bij brief van 20 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor fysiotherapie is afgewezen.
- 2.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 2 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.7. Bij brief van 9 oktober 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.8. Bij brief van 30 december 2025 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 de aangevraagde fysiotherapeutische behandeling vanwege hEDS aan haar moet vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.

- 3.2. In het verzoek om heroverweging van 20 maart 2025 heeft verzoekster toegelicht dat hoewel hEDS geen genetisch bevestigd subtype heeft, het wel degelijk een bindweefselaandoening is die gepaard gaat met collageendysfunctie, en waarover de wetenschap het eens is dat sprake is van een genetische aandoening. De diagnose is bij haar door gespecialiseerde artsen klinisch vastgesteld. Het eisen van genetische bevestiging is niet in lijn met de medische realiteit en vormt een onrechtmatige belemmering van de toegang tot noodzakelijke zorg. Daarnaast is het in het algemeen met hEDS moeilijk om een consult met een klinisch geneticus te bewerkstelligen, aangezien de biomarkers van hEDS nog niet bekend zijn. Verzoekster merkt op dat hEDS internationaal wordt erkend als een aandoening die het bindweefsel aantast en leidt tot ernstige gewrichts- en systeemproblemen. De aandoening verloopt grillig, progressief en multisystemisch. Verzoekster heeft door hEDS ernstige bindweefselproblematiek, met onder andere gewrichtsinstabiliteit en -luxaties, SI-gewricht fixatie (rechts) en meerdere rughernia's, trage wondgenezing, autonome disfunctie en rolstoelafhankelijkheid door SI-instabiliteit en ernstige vermoeidheid.
- Fysiotherapie is internationaal de aanbevolen behandeling bij hEDS. Studies tonen aan dat fysiotherapie de spierkracht en gewrichtsstabiliteit verbetert, chronische pijn en vermoeidheid helpt verminderen en bijdraagt aan zelfmanagement en preventie van verdere achteruitgang. Deze onderhoudstherapie is voor verzoekster noodzakelijk. Volgens de ziektekostenverzekeraar is er evenwel onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van de behandeling en is het behandelplan niet SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden) geformuleerd. Dit is volgens verzoekster een bureaucratisch argument dat geen recht doet aan de medische realiteit.
- 3.3. Verzoekster heeft in het e-mailbericht van 2 april 2025, gericht aan de commissie, benadrukt dat fysiotherapie bij hEDS onder de dekking van de zorgverzekering valt, te weten onder de categorie 'collageenziekten', die is opgenomen in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Op grond hiervan bestaat ingevolge de zorgverzekering aanspraak op onbeperkte fysiotherapie. Verzoekster was tot 1 januari 2025 verzekerd bij een andere zorgverzekeraar. Deze zorgverzekeraar heeft aan haar wel een machtiging verleend voor fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft de aangevraagde machtiging geweigerd, als gezegd omdat het behandelplan niet SMART geformuleerd zou zijn en de doelmatigheid hierdoor niet zou zijn aangetoond. Dit is volgens verzoekster geen eerlijke beoordeling, omdat haar aandoening progressief is en complex, en er geen genezing mogelijk is. De behandeling door de fysiotherapeut is gericht op het behoud van functioneren, pijnvermindering, en voorkomen van verslechtering. Dit is ook zoals de wet het bedoelt. Het behandelplan is op maat, wordt wekelijks geëvalueerd, en is door zowel de revalidatiearts als de gespecialiseerde fysiotherapeut medisch onderbouwd.
- 3.4. Het is verzoekster bekend dat iemand met dezelfde diagnose, die onder behandeling is bij dezelfde zorgverlener, alleen een verwijzing van de huisarts hoefde over te leggen aan de ziektekostenverzekeraar om de fysiotherapie vergoed te krijgen. Bij verzoekster werd veel meer informatie opgevraagd en daarna werd de aanvraag afgewezen. Zij verwijt de ziektekostenverzekeraar daarom "medische discriminatie".
- 3.5. Verzoekster benadrukt dat sprake is van medische urgentie. Zonder fysiotherapeutische begeleiding verslechtert haar lichamelijke conditie snel. Zij is rolstoelgebonden en heeft meerdere sondes. Verzoekster probeert actief te blijven oefenen en te functioneren, maar dit lukt haar niet zonder hulp.
- 3.6. Verzoekster heeft op 11 september 2025, via de digitale omgeving, gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 9 september 2025. Zij is opgelucht dat haar aanvraag voor fysiotherapie alsnog is goedgekeurd, en dat eindelijk wordt erkend dat hEDS valt onder de collageenziekten in de zin van bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Het geschil is hiermee echter niet opgelost. Verzoekster heeft belang bij een bindend advies van de commissie, omdat zij

anders het risico loopt dat zij bij een vervolgaanvraag opnieuw vertraging en onzekerheid zal ervaren.

Verzoekster licht toe dat het ziektebeeld van hEDS per definitie grillig en progressief verloopt. Om die reden is het onmogelijk de fysiotherapeutische behandeling vooraf volledig en sluitend vast te leggen, zoals de ziektekostenverzekeraar verlangt met zijn eis van een SMART geformuleerd behandelplan. Haar situatie vereist flexibiliteit, omdat zij bijvoorbeeld direct naar de fysiotherapeut moet kunnen gaan als spontaan een gewricht luxeert. Dit is een reëel en terugkerend probleem. Verzoekster benadrukt nogmaals dat op grond van bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering bij collageenaandoeningen aanspraak bestaat op een onbeperkt aantal behandelingen fysiotherapie, terwijl voor andere aandoeningen dit aantal of de behandelduur is beperkt. De wetgever heeft dus onderkend dat het gaat om een chronische en blijvende aandoening, waarbij een beperking van het aantal behandelingen of de behandelduur ondoelmatig en onredelijk zou zijn.

Verzoekster merkt verder op dat zij in het afgelopen jaar twee grote buikoperaties heeft ondergaan. Het vermoeden bestaat dat door verzwakking van haar rompspieren inmiddels een nieuwe lage rughernia is ontstaan. In deze situatie is fysiotherapeutische begeleiding essentieel om verdere schade en achteruitgang te voorkomen. Door het langdurig traineren en afwijzen van noodzakelijke zorg door de ziektekostenverzekeraar wordt verzoekster ernstig in haar herstel belemmerd.

- 3.7. Verzoekster heeft in haar brief van 4 november 2025 onder meer aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar aan het Zorginstituut heeft gemeld dat de aanvraag is goedgekeurd, waarop het Zorginstituut concludeerde dat sprake is van verzekerde zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft aan haar echter gecommuniceerd dat de toekenning slechts uit coulance is verleend. Verzoekster is van mening dat zij op grond van de zorgverzekering aanspraak heeft op fysiotherapie. Dit wordt bevestigd door zowel de behandelend revalidatiearts als de patiëntenvereniging. Verzoekster merkt verder op dat de behandelend fysiotherapeut heeft deelgenomen aan het internationale ECHO-programma van The Ehlers-Danlos Society. Dit programma richt zich op evidence-based behandeling van Ehlers Danlos-syndromen, inclusief hEDS, en omvat modules over diagnostiek, echogeleide oefentherapie, stabilisatie, pijnmanagement en multidisciplinaire samenwerking. Het ECHO-programma en recente systematische reviews bevestigen de effectiviteit van oefentherapie bij hEDS.
- 3.8. Ter zitting heeft verzoekster opgemerkt dat zij weet dat de uitspraak van de commissie de aanvraag over het jaar 2025 betreft, maar de toekomst is voor haar een punt om het geschil voort te zetten. Verzoekster heeft nogmaals benadrukt dat de diagnose hEDS door een medisch specialist is vastgesteld. En anders dan door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd, hoeft dit niet door een klinisch geneticus te gebeuren. hEDS is een klinische diagnose die wordt vastgesteld aan de hand van een criterialijst. Dat betekent niet dat er geen genetische oorzaak is; deze is alleen nog niet gevonden. Verzoekster merkt op dat bij haar niet alleen sprake is van hypermobiliteit, maar ook van allerlei andere symptomen en op grond van het geheel is de diagnose hEDS gesteld. Een arts schrijft niet voor niets een verwijzing. Dus zij is redelijkerwijs aangewezen op fysiotherapie. Zij heeft zowel van de huisarts als de revalidatiearts een verwijzing gekregen. Verder heeft verzoekster toegelicht dat zij in het afgelopen jaar twee operaties heeft ondergaan, waaronder een buikoperatie. Deze was het gevolg van de darmproblemen die zij ondervindt door hEDS. Daarbij is bij hEDS sprake van een vertraagde wondgenezing en een groter risico op complicaties. Het is dus een systeemziekte. Daarnaast is vooraf niet te voorspellen hoe het verloop gedurende het jaar zal zijn. Daarom is een SMART-behandelplan heel lastig op te stellen. Verzoekster concludeert dat de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot vergoeding op grond van een advies van het Zorginstituut, en dat haar indicatie dus wordt erkend. Maar in de brief die aan haar is gestuurd, staat dat een vergoeding uit coulance is toegekend. Dit voelt voor haar niet als erkenning. Verzoekster merkt verder op dat zij veel vertrouwen heeft in de behandelend fysiotherapeut, omdat hij zich heeft verdiept in hEDS en ook gerichte opleidingen op dit terrein heeft gedaan.

- 3.9. Verzoekster heeft bij brief van 22 december 2025 gereageerd op de brief met bijlagen van de ziektekostenverzekeraar van 11 december 2025. Verzoekster merkt op dat uit de nagezonden correspondentie blijkt dat het Zorginstituut herhaaldelijk en consistent het standpunt heeft ingenomen dat hEDS, bij juiste toepassing van de klinische criteria, kan worden beschouwd als een variant binnen het EDS-spectrum die onder de indicatie collageenziekten kan vallen. Het geschil draait daarmee niet om onduidelijkheid vanuit het Zorginstituut, maar om het feit dat de ziektekostenverzekeraar dit standpunt inhoudelijk blijft betwisten.
- Volgens verzoekster onderbouwt de ziektekostenverzekeraar zijn afwijkende standpunt met medische redeneringen die de grens overschrijden tussen een verzekeringsrechtelijke beoordeling en een medisch-inhoudelijke duiding. Bijvoorbeeld het argument dat hEDS geen collageenaandoening kan zijn, omdat er geen mutaties zijn aangetoond in collageenstructuurgenen. Dit criterium strookt niet met de medische classificatie van Ehlers-Danlos-syndromen. Binnen het EDS-spectrum zijn meerdere erkende typen bekend waarbij de genetische oorzaak niet is gelegen in COL-genen, maar in andere genen die betrokken zijn bij de organisatie, stabiliteit en functie van bindweefsel en extracellulaire matrix. In de medische literatuur bestaan tevens histologische en ultrastructurele studies waarin bij hEDS structurele afwijkingen in collageenorganisatie worden beschreven, ondanks het ontbreken van een geïdentificeerd genetisch collageendefect. Verder is de interpretatie van de ziektekostenverzekeraar van het door hem aangehaalde UpToDate-artikel volgens verzoekster onjuist. Het artikel beschrijft hEDS juist als een aandoening met structurele gewrichtsinstabiliteit en benoemt fysiotherapie en ergotherapie expliciet als primaire behandelinterventies, gericht op stabiliteit, kracht, proprioceptie en motorische controle. De ziektekostenverzekeraar herinterpreteert medische literatuur en medische criteria om tot een andere conclusie te komen dan het Zorginstituut. Op basis hiervan hanteert hij een onjuist zorgkader.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in de heroverweging van 2 april 2025 toegelicht dat hij bij de behandelaar een SMART-behandelplan heeft opgevraagd. Dit heeft hij echter niet mogen ontvangen. Het behandelplan is niet (patiënt)specifiek, niet meetbaar, en niet tijdsgebonden. De ziektekostenverzekeraar licht toe: *“Er wordt niet toegewerkt naar een zekere mate van zelfstandigheid die, gegeven de beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is en er wordt niet gewerkt aan zelfmanagement. Er wordt geen specifieke relatie gelegd tussen de (medische) indicatie, de daardoor ontstane klachten en beperkingen, en de daarop gerichte behandeling. Hierdoor kan niet worden ingeschat of de behandeling doelmatig is. Om die reden is de behandeling afgewezen.”*
- 4.2. In de brief van 9 september 2025, gericht aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat hij heeft besloten de aanvraag alsnog goed te keuren. Tijdens intern overleg bleek dat een verschil van inzicht bestond over het antwoord op de vraag of de diagnose hEDS kan worden aangemerkt als een collageenziekte zoals bedoeld in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft hierover op 16 mei 2025 advies ontvangen van het Zorginstituut en volgt dit advies.
- De ziektekostenverzekeraar handhaaft evenwel zijn stelling dat het voorliggende behandelplan niet SMART is geformuleerd. Er is onduidelijkheid over de ingezette interventies, de wijze van evaluatie, de mate waarin sprake is van een situatie waarin verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de zorg, het aantal behandelingen, en de behandelduur. De ziektekostenverzekeraar zal in overleg treden met de betrokken fysiotherapeut, om te waarborgen dat bij een eerste aanvraag tijdig de noodzakelijke informatie wordt verstrekt, en bij vervolgaanvragen duidelijk is welke informatie wordt verwacht.
- Ten aanzien van de opmerking over “medische discriminatie” merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij hierover geen inhoudelijk standpunt kan innemen. Zonder verwerking van specifieke persoonsgegevens is het niet mogelijk een dossieronderzoek te verrichten.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 29 september 2025 gereageerd op het bericht van verzoekster dat het geschil, wat haar betreft, niet is opgelost. Hij verzoekt het Zorginstituut thans zich uit te laten over de vraag in hoeverre hEDS kan worden aangemerkt als een collageenaandoening in de zin van bijlage 1, lid 1, sub b, onder 14 van het Besluit zorgverzekering. De paramedisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft hierover namelijk een andere opvatting en acht het, in het belang van dit dossier en eventuele vervolgdossiers, wenselijk dat dit nader wordt geduid. Uit het meegestuurde e-mailbericht van de paramedisch adviseur van 5 september 2025 blijkt dat deze van mening is dat de fysiotherapeutische behandeling van hEDS niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Verder stelt de paramedisch adviseur dat bij hEDS mogelijk bindweefselproblematiek bestaat, maar dat dit niet betekent dat sprake is van een collageenziekte. Hij is daarom van mening dat hEDS geen indicatie is die voorkomt op bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Bzv).
- 4.4. In zijn brief van 25 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop toegelicht dat uit het advies van het Zorginstituut van 16 mei 2025 volgt dat bindweefselziekten worden geplaatst in de categorie collageenziekten. Hiermee bevestigt het Zorginstituut dat hEDS kan worden aangemerkt als aandoening die valt onder bijlage 1 Bzv. Aangezien het Zorginstituut adviseert over de inhoud en reikwijdte van het verzekerde pakket, heeft de ziektekostenverzekeraar dit advies gevolgd. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat voorafgaand aan het geschil niet is betwist dat de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De kernvraag was of verzoekster was aangewezen op de aangevraagde behandeling en of deze doelmatig was. De ziektekostenverzekeraar heeft gezien het advies van het Zorginstituut en het langlopende karakter van het geschil besloten de aanvraag goed te keuren. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat het vereiste van een SMART-behandelplan volgt uit professionele richtlijnen en dient om behandeldoelen en evaluatiemomenten vast te leggen.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop toegelicht dat de medisch-inhoudelijke discussie met het Zorginstituut, over de vraag of hEDS een collageenaandoening is, nog loopt. De ziektekostenverzekeraar vindt de onderbouwing van het Zorginstituut op dit punt onvoldoende. In de tussentijd zouden verzekerden hiervan niet de dupe moeten worden. De aanvraag van verzoekster is destijds afgewezen op basis van de doelmatigheid en het behandelplan. De jurist van de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de aanvraag alsnog goed te keuren, omdat volgens het Zorginstituut aanspraak bestond op grond van de indicatie. De vraag over de doelmatigheid zou volgens hem moeten spelen tussen de medisch adviseur en de behandelaar. Bij een nieuwe aanvraag zal dit opnieuw worden beoordeeld. De toekenning is niet gedaan op basis van coulance. In de brief staat *“uit coulante houding”*, en later in de brief staat dat de vergoeding op basis van de zorgverzekering plaatsvindt. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat *“het advies van het Zorginstituut”*, waarnaar hij eerder heeft verwezen, e-mailberichten van het Zorginstituut aan hem betreft. Hiermee heeft het Zorginstituut geantwoord op de adviesaanvraag van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft de onderbouwing van het Zorginstituut doorgenomen, maar komt tot een andere conclusie. De kwestie ziet alleen op de vraag of hEDS een collageenaandoening is. Voor fysiotherapie gelden bijzondere criteria, omdat in bijlage 1 Bzv is geregeld wanneer aanspraak bestaat. Als een indicatie voorkomt op bijlage 1, dan wordt niet toegekomen aan gelaagdheid van de andere criteria. Daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, zegt de ziektekostenverzekeraar toe de e-mailberichten van het Zorginstituut aan de commissie te sturen. De diagnose hEDS staat niet ter discussie. Er wordt ook niet bestreden dat verzoekster zorg nodig heeft. De ziektekostenverzekeraar heeft echter, op grond van de verzekeringsvoorwaarden, geconcludeerd dat bij hEDS geen aanspraak bestaat op fysiotherapie, omdat het geen collageenziekte is. hEDS is volgens de ziektekostenverzekeraar een bindweefsel-aandoening, maar geen collageenaandoening.

- 4.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 december 2025 de mailwisseling tussen hem en het Zorginstituut gestuurd. Daarnaast deelt hij mee dat na de zitting is overeengekomen dat de eerder afgegeven akkoordverklaring van 26 september 2025 met één jaar wordt verlengd. In het geval in de loop van 2026 mocht blijken dat de ziektekostenverzekeraar het niet langer houdbaar acht om de behandeling te blijven vergoeden, zal hij verzoekster hierover tijdig informeren.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 9 oktober 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Het Zorginstituut heeft het dossier beoordeeld. De conclusie is dat het Zorginstituut in dit geschil geen adviestaak heeft.

Het geschil gaat over vergoeding van fysiotherapie bij de hypermobiele variant van het syndroom van Ehlers-Danlos (hEDS). In de brief van 29 september 2025 heeft verweerder het Zorginstituut verzocht om zich uit te laten over de vraag of hEDS kan worden aangemerkt als een collageenaandoening in de zin van bijlage 1, lid 1, sub b, onder 14 van het Besluit zorgverzekering. Op 9 september 2025 heeft verweerder de aanvraag van verzoekster echter goedgekeurd.

Gelet op artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Niet in geschil is of sprake is van verzekerde zorg en/of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Met het goedkeuren van de aanvraag erkent verweerder dat sprake is van verzekerde zorg en dat verzoekster redelijkerwijs aangewezen is op de gevraagde zorg. Het Zorginstituut heeft daarom geen adviestaak en brengt in dit geschil geen advies uit.”

- 5.2. In het definitief advies van 30 december 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“(…) Het Zorginstituut heeft in zijn brief van 9 oktober 2025 aangegeven in dit geschil geen adviestaak te hebben, omdat verweerder de aanvraag van verzoekster alsnog heeft goedgekeurd.

Zoals vermeld in voornoemde brief adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties (artikel 11 Zvw). Niet in geschil is of sprake is van verzekerde zorg en/of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Met het goedkeuren van de aanvraag erkent verweerder dat sprake is van verzekerde zorg en dat verzoekster redelijkerwijs aangewezen is op de gevraagde zorg. Het Zorginstituut heeft daarom geen adviestaak en brengt in dit geschil geen advies uit. Het op 24 december 2025 toegezonden hoorzittingsverslag en de aanvullende informatie brengen daarin geen verandering. Ook uit deze informatie blijkt namelijk niet dat in geschil is of sprake is van verzekerde zorg en/of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg.”

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 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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 de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, het redelijkerwijs zijn aangewezen op’, en fysiotherapie zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 7.2. De zorgverzekering biedt dekking voor fysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar 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 uitgewerkt in artikel B.8.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.3. Fysiotherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de indicaties die in bijlage 1 van het Bzv zijn omschreven. In artikel 1, eerste lid, onder 14, van bijlage 1 Bzv is de indicatie collageenziekten vermeld. In het e-mailbericht van 5 september 2025 heeft de paramedisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar gesteld dat (i) fysiotherapie ter behandeling van hEDS niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ – zodat geen sprake is van verzekerde zorg – en (ii) dat hEDS daarnaast geen collageenziekte is. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 9 september 2025 heeft meegedeeld dat hij heeft besloten de aanvraag van verzoekster alsnog goed te keuren. Aanvullend heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 25 november 2025 aangegeven dat niet in geschil was de vraag of de behandeling voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en de praktijk’. Wel in geschil was de vraag of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op fysiotherapie en of het behandelplan voldoende SMART is. De ziektekostenverzekeraar heeft, op basis van de door hem gevraagde zienswijze van het Zorginstituut, besloten deze te volgen en ervan uit te gaan dat verzoekster een indicatie heeft die voorkomt op bijlage 1 Bzv. In zijn zienswijze merkt het Zorginstituut hEDS aan als een bindweefselziekte die onder de noemer van collageenziekten valt. Voorts wordt niet langer bestreden dat verzoekster redelijkerwijs op de behandelingen fysiotherapie is aangewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 25 november 2025 ook opgemerkt dat bij de goedkeuring van de aanvraag bewust in het midden is gebleven of de volledige omvang van de behandeling doelmatig is, terwijl een doelmatigheidstoets hem wel toekomt. De commissie constateert dat ook dit geschilpunt daarmee feitelijk is komen te vervallen. De commissie heeft er in dit verband goede nota van genomen dat de ziektekostenverzekeraar hierover nog het gesprek zal aangaan met de behandelend fysiotherapeut, en dat hij in zijn brief van 11 december 2025 heeft toegezegd dat de eerder afgegeven akkoordverklaring van 26 september 2025 met één jaar wordt verlengd.
- 7.4. In de artikelen 2 tot en met 7 van bijlage 1 Bzv is bepaald bij welke indicaties de duur van de aanspraak is beperkt. De indicatie collageenziekten, opgenomen in artikel 1, eerste lid, onder 14 van deze bijlage, wordt hierin echter niet vermeld. Dit betekent dat er in bijlage 1 Bzv geen beperking is opgenomen voor de behandelduur bij de indicatie collageenziekten. Verzoekster heeft dus aanspraak op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering, in ieder geval gedurende de periode waarop de aanvraag ziet en de toegestane verlenging met één jaar. Bij toekomstige aanvragen staat het de ziektekostenverzekeraar vrij de doelmatigheid van de zorg in zijn beoordeling te betrekken.

Entreegeld

- 7.5. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure alsnog heeft besloten de aanvraag goed te keuren, dient hij het door verzoekster betaalde klachtgeld van € 37,-- aan haar te vergoeden.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie beslist dat:
- (i) verzoekster aanspraak heeft op fysiotherapie over de periode van 1 januari 2025 tot 26 september 2026;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het klachtgeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist 2 maart 2026,

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 er 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
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

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, 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 of oefentherapie omvat voor verzekerden van achttien jaar of ouder tevens gesuperviseerde oefentherapie bij chronic obstructive pulmonary disease, indien sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie.
7. Fysiotherapie of oefentherapie omvat tevens een valpreventieve beweeginterventie voor personen met een hoog valrisico die als gevolg van onderliggende of bijkomende somatische of psychische problemen zijn aangewezen op begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut. Deze zorg omvat ten hoogste één valpreventieve beweeginterventie per twaalf maanden.
8. Fysiotherapie of oefentherapie omvat voor verzekerden van achttien jaar of ouder tevens langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. Diëtetiek omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft, tot een maximum van drie behandelingen per kalenderjaar.

Besluit zorgverzekering

Bijlage 1. van het Besluit zorgverzekering

Bijlage behorende bij artikel 2.6, tweede lid.

1. De aandoeningen, bedoeld in artikel 2.6, tweede lid, betreffen:
 - a. een van de volgende aandoeningen van het zenuwstelsel:
 - 1°. cerebrovasculair accident;
 - 2°. ruggemergaandoening;
 - 3°. multipale 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 de eerste behandeling na 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.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Fysiotherapie en oefentherapie volgens de Lijst met aandoeningen vanaf 18 jaar (artikel B.8.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Fysiotherapie en oefentherapie
Hieronder verstaan we fysiotherapie, oefentherapie of erkende gespecialiseerde fysiotherapie of oefentherapie.

Wat is uw vergoeding?

- U bent 18 jaar of ouder, vanaf de 21ste behandeling: vergoeding van 100% voor fysiotherapie en oefentherapie volgens de Lijst met aandoeningen vanaf 18 jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U heeft een CVA (cerebrovasculair accident) gehad.
 - U heeft een ruggemergaandoening als gevolg van een aandoening in het zenuwstelsel.
 - U heeft MS (multiple sclerose).
 - U heeft een perifere zenuwaandoening met motorische uitval.
 - U heeft een extrapyramidale aandoening.
 - U heeft een aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel.
 - U heeft een cerebellaire aandoening.
 - U heeft neurologische uitvalsverschijnselen als gevolg van hersenletsel of een tumor in de hersenen of het ruggenmerg.
 - U heeft een spierziekte als gevolg van een aandoening van het zenuwstelsel.
 - U heeft Myasthenia gravis.
 - U heeft een aangeboren afwijking van het bewegingsapparaat.
 - U heeft een progressieve scoliose.
 - U heeft reflexdystrofie.
 - U heeft een fractuur als gevolg van botmetastase, ziekte van Kahler of ziekte van Paget.
 - U heeft de ziekte van Forestier (hyperostotische spondylose).
 - U heeft een collageenziekte.
 - U heeft een amputatie gehad.
 - U heeft een aangeboren afwijking van de tractus respiratorius.
 - U heeft lymfoedeem.
 - U heeft littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma.
 - U heeft een diffuse interstitiele longaandoening bij ventilatoire beperking of diffusiestoornis.

Wat zijn de voorwaarden?

- Behandeling kan in groepsverband als de groep niet groter is dan 10 personen
- Het genoemde aantal behandelingen of het genoemde termijn is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut of oefentherapeut en eventueel uw verwijzer bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn
- Behandeling kan bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is en dit blijkt uit de verwijzing

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts

- Arts verstandelijk gehandicapten
- Specialist ouderengeneeskunde
- Jeugdarts
- Tandarts
- Bedrijfsarts
- Verpleegkundig specialist
- Medisch specialist

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of uw aandoening voorkomt op de 'Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie'. 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 heeft u wel een akkoordverklaring van ons nodig.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door 2 of meer zorgverleners voor dezelfde indicatie
In de aanvraag moet staan waarom dit medisch noodzakelijk is.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig als u meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op één dag nodig heeft

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Fysiotherapeut verleent fysiotherapie
Uw zorgverlener is als fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent oefentherapie
Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck die aangesloten is bij ParkinsonNet als het gaat om de diagnose ziekte van Parkinson
- Huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut verleent oedeemfysiotherapie
De huidtherapeut heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en heeft bij de start van de behandeling een geldige AGB-code.
De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderfysiotherapeut verleent kinderfysiotherapie
Dit is een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent kinderoefentherapie
Uw zorgverlener heeft als kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Manueel therapeut verleent manuele therapie
Dit is een fysiotherapeut die als manueel therapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).
- Geriatriefysiotherapeut verleent geriatriefysiotherapie
Dit is een fysiotherapeut die als geriatriefysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Of worden bepaald door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Wat betekent dit? Er moet genoeg bewijs zijn dat de zorg die u krijgt goed en veilig is. Ook op de lange termijn. Het gaat daarbij om medisch, wetenschappelijk objectief bewijs. Als het nodig is kijken we ook naar de specifieke situatie. Voor zorg uit uw aanvullende verzekering is medisch, wetenschappelijk objectief bewijs niet nodig. De omvang van de zorg staat in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook in andere communicatiemiddelen kunt u lezen tot hoeveel u vergoed krijgt. Bij de betreffende zorg staat het verzekerde maximale bedrag, aantal of de periode. We vergoeden nooit meer dan wat op de nota staat.
- Op grond van uw medische indicatie bent u naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op de betreffende zorg. En de zorg moet doelmatig en passend in uw individuele situatie zijn. Wat betekent dit? Het moet logisch zijn dat u met uw klachten of ziekte die betreffende zorg krijgt: er moet dus een medische indicatie zijn die past bij de zorg die u krijgt. Nieuwe technische ontwikkelingen vormen geen reden voor vervanging van een hulpmiddel binnen de gebruikstermijn.
- De zorg mag niet onnodig duur zijn en ook niet onnodig uitgebreid of veel. Als de zorg te duur of te uitgebreid is, dan is die zorg in uw situatie niet doelmatig. De zorg valt dan niet onder uw basisverzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Zorgbemiddeling

Kunt u zorg die u medisch gezien nodig heeft niet goed of niet op tijd krijgen? Of is kwalitatief goede, veilige zorg alleen ver weg van uw woonplaats (of vaste verblijfplaats)? Dan heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Wij zoeken voor u waar de betreffende zorg binnen een acceptabele tijd beschikbaar is. Meer informatie over zorgadvies en zorgbemiddeling vindt u op onze website.

Werelddekking

Uw verzekering heeft een werelddekking.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

Ingang van uw verzekering en adres

U kunt zich bij ons aanmelden voor een basisverzekering en een of meer aanvullende verzekeringen.

Uw verzekering gaat in op de datum dat wij uw aanvraag ontvangen. Of op een latere datum als u daar om vraagt.

In uw aanvraag staat uw adres zoals dat in de Basisregistratie Personen staat.

Staat uw adres niet in de Basisregistratie Personen of staat daar een verkeerd adres? Dan gaat uw verzekering alleen in als u er niets aan kunt doen dat het adres waar u woont anders is dan het adres dat in de Basisregistratie Personen staat. U moet ons dan wel een goede uitleg en reden sturen die wij kunnen aannemen.

Afwijkend adres

Is het adres dat u aan ons doorgeeft bij uw aanvraag anders dan het adres dat staat in de Basisregistratie Personen? Dan hebben wij van u nodig:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift van maximaal één maand oud met daarop:
 - de ingangsdatum van uw dienstverband;
 - inhouding van loonbelasting omdat u in Nederland of op het continentaal plat werkt (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg).
- of een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank dat u verzekerd bent volgens de Wet langdurige zorg.