

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

Zaaknummer: 202302272

Partijen

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

en

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

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is met terugwerkende kracht een akkoordverklaring te geven voor behandelingen fysiotherapie in Nederland. Daarnaast heeft verzoekster verzocht om een verklaring voor recht dat zij ook de komende jaren, behoudens wetswijzigingen, in aanmerking komt voor vergoeding van deze behandelingen fysiotherapie. Tot slot heeft verzoekster de commissie verzocht om toekenning van een in goede justitie te bepalen financiële tegemoetkoming en veroordeling van de ziektekostenverzekeraar in de kosten van deze procedure. Verzoekster heeft in dit verband aangevoerd dat met de akkoordverklaring van 29 september 2022 tevens akkoord is gegeven voor behandelingen fysiotherapie in Nederland, ten laste van de zorgverzekering.
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat ten onrechte een akkoordverklaring voor de behandelingen fysiotherapie op Tenerife is afgegeven. Deze akkoordverklaring betrof daarbij geen vergoeding ten laste van de zorgverzekering, maar de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar ziet geen grond om de behandelingen fysiotherapie in Nederland te vergoeden ten laste van de zorgverzekering, omdat verzoekster niet aan de daartoe geldende voorwaarden voldoet.
- 1.2. De commissie overweegt dat de akkoordverklaring ziet op een aanvraag voor fysiotherapie op Tenerife, Spanje. Hiermee wordt geen akkoord gegeven voor behandelingen fysiotherapie in Nederland.
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.
In zijn advies aan de commissie komt het Zorginstituut tot de conclusie dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet kan worden geconcludeerd dat verzoekster een verzekeringsindicatie heeft voor de aangevraagde behandelingen fysiotherapie in Spanje. Deze zorg komt derhalve ook niet voor vergoeding in aanmerking in Nederland. De commissie overweegt dat verzoekster onvoldoende heeft onderbouwd dat bij haar sprake is van een aandoening die voorkomt op Bijlage 1 van het Bzv en volgt daarom het advies van het Zorginstituut. Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van de aangevraagde behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.

De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor maximaal 20 behandelingen fysiotherapie per jaar. Partijen zijn hierover niet verdeeld. Over een mogelijke aanspraak in de toekomst kan de commissie geen uitspraak doen. Voor toekenning van het verzoek om een financiële tegemoetkoming bestaat geen grond, en hetzelfde geldt voor de door verzoekster gevorderde kostenveroordeling van de ziektekostenverzekeraar.

De commissie wijst het verzoek af.

- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 16 augustus 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 28 augustus 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 4 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 5 oktober 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 13 november 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023046261) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 14 november 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 februari 2024 door drie leden van de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Op 8 februari 2024 heeft de commissie contact opgenomen met het Zorginstituut met de vraag op welke informatie de tweede alinea op pagina twee van het voorlopig advies van 13 november 2023 is gebaseerd. Bij e-mailbericht van 20 februari 2024 heeft het Zorginstituut hierop gereageerd. Deze informatie is op 21 februari 2024 met partijen gedeeld. De aantekeningen van de hoorzitting zijn, eveneens op 21 februari 2024, aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 13 november 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 26 februari 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Daarnaast heeft het Zorginstituut duidelijkheid verschaft over het voorlopig advies. Een kopie van deze brief is, eveneens op 26 februari 2024, aan partijen gestuurd waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. De commissie heeft van partijen geen reactie ontvangen.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgkeuzepolis (restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Namens verzoekster is bij brief van 8 september 2022 door de behandelend fysiotherapeut een aanvraag ingediend. De behandelend fysiotherapeut verklaart voor zover hier relevant het volgende:

"Bij deze willen wij doorgeven dat de fysiotherapie behandelingen tijdens het verblijf in Spanje voortgezet moeten worden. Het is erg belangrijk dat de huidige belastbaarheid behouden blijft en dat de behandeling bestaat uit: manuele technieken wervelkolom, activatie en verbeteren belastbaarheid en littekentherapie".

- 3.3. Bij brief van 29 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat zij een akkoordverklaring krijgt voor behandelingen fysiotherapie op Tenerife, Spanje. Op 6 oktober 2022 heeft verzoekster een e-mailbericht gestuurd aan de ziektekostenverzekeraar, waarbij zij heeft gevraagd om een akkoordverklaring voor behandelingen fysiotherapie in Nederland. Bij e-mailbericht van 30 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar de akkoordverklaring voor fysiotherapie op Tenerife ingetrokken.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 13 januari 2023 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 7 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij de intrekking van de akkoordverklaring bij e-mailbericht van 30 december 2022 ongedaan maakt en dat verzoekster toestemming heeft voor de behandelingen fysiotherapie op Tenerife. Bij e-mailbericht van 11 april 2023 heeft verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd te bevestigen dat de akkoordverklaring ziet op behandelingen fysiotherapie in het buitenland én Nederland. Op 12 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de akkoordverklaring (en daarmee de herstelde akkoordverklaring) enkel ziet op de behandelingen op Tenerife. Voorts wijst de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de behandelingen fysiotherapie in Nederland af. Verzoekster heeft om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 6 juli 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 13 november 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Op 20 februari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een e-mailbericht gestuurd.
- 3.7. Bij brief van 26 februari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is met terugwerkende kracht een akkoordverklaring te geven voor behandelingen fysiotherapie in Nederland. Daarnaast heeft verzoekster verzocht om een verklaring voor recht dat zij ook de komende jaren, behoudens wetwijzigingen, in aanmerking komt voor vergoeding van deze behandelingen fysiotherapie. Tot slot heeft verzoekster de commissie verzocht om toekenning van een in goede justitie te bepalen financiële tegemoetkoming en veroordeling van de ziektekostenverzekeraar in de kosten van deze procedure.
- 4.2. In haar brief van 16 augustus 2023 heeft verzoekster toegelicht dat zij onder meer is gediagnosticeerd met diabetes mellitus, astma, prikkelbaar darmsyndroom en fibromyalgie. Bij de geboorte is tevens een afwijking aan haar wervelkolom geconstateerd. Verder heeft zij blijvend littekenweefsel overgehouden aan een buikwandcorrectie. Ook heeft verzoekster enkele TIA's gehad en kent zij depressieve episodes. Ter behandeling van haar klachten krijgt verzoekster al jaren fysiotherapie. Meermaals heeft zij hiervoor van de ziektekostenverzekeraar een akkoordverklaring gekregen. Vanwege het warme klimaat verblijft verzoekster meerdere keren per jaar op Tenerife. Dankzij de hogere temperaturen had zij minder last van pijn en klachten.
- 4.3. Verzoekster heeft een aanvraag ingediend voor vergoeding van de fysiotherapiebehandelingen op Tenerife én in Nederland. Op 29 september 2022 heeft verzoekster een akkoordverklaring gekregen voor de behandelingen fysiotherapie op Tenerife. De kosten hiervan worden vergoed vanuit de zorgverzekering. Ten aanzien van de behandelingen fysiotherapie in Nederland heeft verzoekster geen akkoord van de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Bij de intrekking van de akkoordverklaring bij e-mailbericht van 30 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de aandoeningen van verzoekster niet voorkomen op de Lijst met aandoeningen

voor fysiotherapie en oefentherapie (hierna: de Lijst). Uiteindelijk is de intrekking bij brief van 7 maart 2023 herzien (i.e. ongedaan gemaakt). Er zou opnieuw zorgvuldig naar het dossier zijn gekeken. Vervolgens wordt echter niet ingegaan op de juistheid van de akkoordverklaring. In zijn brief van 12 april 2023 stelt de ziektekostenverzekeraar dat in het dossier van verzoekster geen medisch inhoudelijke beoordeling heeft plaatsgevonden, ondanks zijn eerdere mededeling dat 'opnieuw zorgvuldig' naar het dossier zal worden gekeken. In de brief van 12 april 2023 wordt vermeld dat uit de declaraties van de fysiotherapeut in 2022 kan worden afgeleid dat ook naar het oordeel van de behandelend fysiotherapeut geen sprake is van een aandoening die voorkomt op de Lijst.

Hierbij wordt opgemerkt dat de fysiotherapeut in een telefoongesprek op 4 april 2023 heeft bevestigd dat verzoekster geen aandoening heeft die op de Lijst voorkomt. Het is voor verzoekster niet duidelijk of de ziektekostenverzekeraar haar aanvraag medisch inhoudelijk heeft beoordeeld. De ziektekostenverzekeraar doet allerlei aannames, mede op basis van declaraties. Een gedegen onderzoek lijkt te ontbreken. Verzoekster bestrijdt dat de fysiotherapeut heeft verklaard dat niet blijkt van een chronische aandoening die op de Lijst is vermeld. Zij heeft een verklaring van de behandelend fysiotherapeut overgelegd waaruit blijkt dat "de huidige belastbaarheid behouden dient te blijven middels manuele technieken aan de wervelkolom, activatie en verbetering van de belastbaarheid en littekentherapie".

- 4.4. Bij verzoekster is een aangeboren afwijking aan het bewegingsapparaat vastgesteld, te weten aan haar wervelkolom, zoals bedoeld Bijlage 1, onderdeel b, sub 1, van het Bzv. Tevens bestaat volgens haar behandelend orthopedisch chirurg een indicatie vanwege artrose in de rechterknie, zoals bedoeld in artikel 2.6, vijfde lid, Bzv. Enkel voor de artrose geldt een maximaal aantal behandelingen van twaalf per evenveel maanden. Het is voor verzoekster niet te begrijpen dat de ziektekostenverzekeraar persisteert in zijn standpunt dat zij geen indicatie heeft voor behandelingen fysiotherapie. Het had op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen zo nodig om specifieke (medische) informatie te verzoeken dan wel een medisch advies in te winnen ter beoordeling van de voorhanden medische gegevens. Bovendien is het standpunt van de ziektekostenverzekeraar onbegrijpelijk, gelet op de eerdere akkoordverklaringen dan wel toezeggingen.
- 4.5. Volgens verzoekster zijn de stellingen van de ziektekostenverzekeraar onvoldoende onderbouwd en wordt geen inzage gegeven in zijn gedachtegang. Waar eerst, ondanks "zorgvuldige bestudering", niet inhoudelijk werd ingegaan op de akkoordverklaring, wordt vervolgens gesteld dat er geen inhoudelijke beoordeling heeft plaatsgevonden. Daarentegen verwijst de ziektekostenverzekeraar naar declaraties en een telefoongesprek met de fysiotherapeut zonder hierover informatie te verstrekken. Zo hadden de declaraties overgelegd kunnen worden, althans specifiek kunnen worden aangeduid, zodat een en ander kon worden geverifieerd. Ook is niet duidelijk door wie en waarom een telefoongesprek met de behandelend fysiotherapeut is gevoerd en welke informatie daar over en weer werd gedeeld. Kortom, verzoekster kan zich niet aan de indruk onttrekken dat zij niet met open vizier tegemoet wordt getreden.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoekster opgemerkt dat het probleem in dit dossier zit in het kader van de Zvw. Hierbij is ook haar leeftijd van belang. De wetgever heeft gekozen voor een limitatieve lijst met beperkingen of aandoeningen die aanspraak geven op vergoeding van fysiotherapie. Voor beperkingen of aandoeningen die niet op de lijst staan, wordt fysiotherapie niet vergoed. Partijen zijn hieraan gebonden. Echter, verzekerden moeten ook aanspraak kunnen maken op zorg die zij nodig hebben.
- De ziektekostenverzekeraar heeft alleen gekeken naar zijn eigen informatie en naar de informatie van de fysiotherapeut. Uit de declaratiegeschiedenis van de fysiotherapeut maakt de ziektekostenverzekeraar op dat geen declaraties zijn ingediend voor fysiotherapie voor beperkingen of aandoeningen die op de lijst staan. Een verzekerde heeft geen kennis van wat de zorgverlener declareert. Bij verzoekster is fysiotherapie jarenlang vergoed. Nu wordt zij geconfronteerd met het feit dat de fysiotherapeut codes heeft gebruikt die haar niet ten gunste komen. De ziektekostenverzekeraar had contact kunnen opnemen met andere behandelaren, zoals de huisarts. Hij heeft aanleiding gezien contact op te nemen met de fysiotherapeut, maar werpt

verzoekster vervolgens tegen dat de fysiotherapeut geen indicatie kan stellen en niet kan zorgen voor een machtiging.

Verder heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar niet transparant heeft gecommuniceerd. Vanaf januari 2023 is verzoekster al bezig met deze zaak. Pas in april 2023 kwam er een inhoudelijke beslissing van de ziektekostenverzekeraar. In de tussentijd heeft de ziektekostenverzekeraar niet of tegenstrijdig gereageerd. In zijn brief van 7 maart 2023 verklaart de ziektekostenverzekeraar dat hij geen inhoudelijke beoordeling zal geven, terwijl er juist een inhoudelijk oordeel nodig is. Hierdoor verkeert verzoekster al geruime tijd in onzekerheid. Daarbij komt dat verzoekster in eerste instantie een schriftelijke bevestiging kreeg dat haar aandoening op de lijst voor aanspraak op fysiotherapie stond. Vervolgens is dit weer ingetrokken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 april 2023 verklaard dat verzoekster van hem geen akkoordverklaring krijgt voor de behandelingen fysiotherapie in Nederland. Hij heeft toegelicht dat hij verzoekster op 7 maart 2023 heeft laten weten dat de eerder afgegeven en nadien ingetrokken akkoordverklaring voor fysiotherapie op Tenerife, met betrekking tot de periode van 9 september 2022 tot en met 8 september 2023, van kracht blijft. Hierbij is het dossier niet medisch inhoudelijk beoordeeld, maar is uitsluitend de akkoordverklaring hersteld. De ziektekostenverzekeraar heeft te laat geconstateerd dat de akkoordverklaring onterecht werd afgegeven. Het akkoord ziet enkel op de behandelingen op Tenerife.
- 5.2. In de voorwaarden van de zorgverzekering staat dat fysiotherapie kan worden vergoed voor een indicatie die in de Lijst is opgenomen. Sommige indicaties op de Lijst hebben een maximale behandelingsduur. Hiervoor heeft de overheid gekozen. Naast een artsenverklaring of een verklaring van een fysiotherapeut waaruit de aandoening blijkt, kan de ziektekostenverzekeraar uit de ingediende declaraties afleiden of een verzekerde wordt behandeld voor een chronische aandoening die voorkomt op de Lijst. Indien hiervan sprake is, wordt een behandeling namelijk gedeclareerd ten laste van de zorgverzekering. De behandelend fysiotherapeut declareerde in 2022 individuele zittingen reguliere fysiotherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hieruit heeft de ziektekostenverzekeraar afgeleid dat, ook naar het oordeel van de behandelend fysiotherapeut, geen sprake is van een aandoening die voorkomt op de Lijst. Uit de verklaring van de fysiotherapeut waarin hij verzoekt om voortzetting van de behandelingen fysiotherapie tijdens het verblijf op Tenerife tot behoud van de huidige belastbaarheid, blijkt evenmin van een chronische aandoening die voorkomt op de Lijst. De behandelend fysiotherapeut heeft dit bovendien tijdens een telefonisch onderhoud op 4 april 2023 bevestigd. De ziektekostenverzekeraar ziet daarom geen grond de behandelingen fysiotherapie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Verzoekster voldoet niet aan de daartoe geldende voorwaarden
- 5.3. In zijn brief van 4 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat uit de brief van de behandelend orthopedisch chirurg van 17 maart 2023 blijkt dat verzoekster tweemaal een passagière cerebrale ischemie/TIA heeft doorgemaakt. Een TIA is een passagière en niet opgenomen in Bijlage 1 van het Bzv. Derhalve bestaat ook vanwege deze indicatie geen aanspraak op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Daarnaast kan uit de toegezonden medische gegevens en de voorgeschiedenis niet worden opgemaakt dat sprake is van een aangeboren afwijking van de wervelkolom, zoals door verzoekster is gesteld. Indien dit aan de orde was, had dit aangetoond moeten zijn met een verwijzing van een medisch specialist met vermelding van de afwijking waar het om gaat. Voor de behandeling van littekenweefsel geldt dat dit alleen onder aanspraak van Bijlage 1 van het Bzv valt bij een afwijkend herstel en/of een ernstige bewegingsbeperking. Uit het dossier blijkt dit niet het geval te zijn. Voor gonartrose in de rechterknie bestaat aanspraak op twaalf sessies gesubsidieerde oefentherapie ten laste van de zorgverzekering. Het is aangetoond dat oefentherapie onder supervisie van een fysio- of oefentherapeut werkt bij artrose van heup en knie. Voor oefentherapie onder supervisie van een fysio- of oefentherapeut bij reuma is niet aangetoond dat deze behandeling werkt. Eerstelijns fysio- en oefentherapie bij fibromyalgie

is geen passende zorg en kan daarom niet worden vergoed vanuit de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar verwijst hierbij naar het 'Standpunt Eerstelijns fysio- en oefentherapie bij fibromyalgie'. Uit onderzoeken blijkt dat niet is aangetoond dat iemand met fibromyalgie na deze behandeling fysiek beter functioneert of een betere kwaliteit van leven ervaart.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat de akkoordverklaring geen betrekking heeft op behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering, maar ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De akkoordverklaring is aangepast, omdat uit de toegezonden gegevens bleek dat geen sprake was van een aandoening die voorkomt op Bijlage 1 van het Bzv.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de declaratiegeschiedenis van verzoekster in zijn brief van 4 oktober 2023 wordt beschreven. Hier worden declaratiecodes genoemd. De ziektekostenverzekeraar heeft onderzocht of verzoekster in het verleden een beperking of aandoening had die op de lijst staat. Hiervoor heeft hij de declaratiegeschiedenis gebruikt. Er bestaan ook aandoeningen of beperkingen op de lijst waarbij een verzekerde fysiotherapie krijgt voor langere duur. Daarom is er teruggekeken. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat het gaat om de vraag of verzoekster een aandoening of beperking heeft die aanspraak geeft op vergoeding van fysiotherapie. Volgens de fysiotherapeut is dit niet het geval. De fysiotherapeut weet wanneer welke codes moeten worden gedeclareerd. Dit is voor de ziektekostenverzekeraar richtinggevend. Als andere zorgverleners van oordeel zijn dat er andere codes moeten worden gedeclareerd, dan is het aan verzoekster om hierover informatie te verschaffen en aan te leveren. De ziektekostenverzekeraar gaat ervan uit dat verzoekster geen beperking of aandoening heeft die op de lijst staat. Dit blijkt ook uit het advies van het Zorginstituut. De Zvw voorziet niet in vergoeding van behandelingen van alle klachten. Voor de aanspraak op fysiotherapie bestaat een limitatieve lijst en alleen in die gevallen vindt vergoeding plaats. Voor overige gevallen is een verzekerde aangewezen op een aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat in het geval van verzoekster enige onduidelijkheid bestaat, omdat een machtiging verkeerd is afgegeven. De machtiging voor fysiotherapie op Tenerife is afgegeven op grond van de zorgverzekering in plaats van de aanvullende ziektekostenverzekering. Deze machtiging is ingetrokken. Voor verzoekster is dit vervelend, maar dit maakt niet dat de beoordeling voor de aanspraak op fysiotherapie in Nederland anders uitpakt. De vraag is of een verzekeringsindicatie bestaat en dat is niet het geval.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 13 november 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Uit de declaraties van de fysiotherapeut blijkt dat er twee keer sprake is geweest van een behandeltraject in verband met heupartrose en knieartrose. Deze aandoening wordt genoemd in artikel 2.6 lid 5 van het Bzv, en omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste twaalf behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden. In 2018 is eenmaal sprake geweest van een aandoening genoemd op Bijlage 1 van het Bzv, het betreft postoperatieve fysiotherapie. Dit ging om een postoperatieve behandeling na een total hip prothese die noodzakelijk was vanwege een trauma. Bij deze indicatie is een maximum behandelduur van 12 maanden vastgesteld. Deze drie behandeltrajecten zijn gedeclareerd ten laste van de basisverzekering.

Alle overige declaraties zijn ingediend ten laste van de aanvullende zorgverzekering. De hierbij gehanteerde codes wijzen op spier- of peesklachten rond de wervelkolom door overbelasting of degeneratie, en overige reumatische en collageenaandoeningen, waarmee waarschijnlijk

fibromyalgie is bedoeld. Deze aandoeningen worden niet genoemd in artikel 2.6 van het Bzv en staan niet op Bijlage 1 van het Bzv. Voor deze aandoeningen bestaat geen aanspraak op fysiotherapie op grond van de basisverzekering.

Voor de aanspraak op fysio- of oefentherapeutische zorg is niet alleen van belang dat de aandoening waarvoor die zorg wordt verleend is genoemd in artikel 2.6 Bzv of Bijlage 1 van het Bzv, maar ook dat de verzekerde redelijkerwijs op deze zorg is aangewezen. Een verzekerde is bijvoorbeeld redelijkerwijs aangewezen op fysiotherapie, omdat door de aandoening veel klachten, stoornissen of beperkingen worden veroorzaakt. Uit de dossiervoering van de fysiotherapeut behoort dan te blijken om welke aandoening het gaat, welke klachten, stoornissen of beperkingen daardoor worden veroorzaakt en welke zorginterventie(s) daarvoor wordt/worden ingezet. De declaraties door de fysiotherapeut reflecteren zowel de aandoening via de diagnosecodering, als de bron voor vergoeding (aanvullende zorgverzekering of basisverzekering) via de CSI-codering.

Verzoekster heeft aangegeven dat bij haar sprake is van drie andere aandoeningen, die mogelijk aanspraak geven op vergoeding van fysiotherapie vanuit de basisverzekering. Bij haar geboorte zou een afwijking aan haar ruggenwervel zijn geconstateerd. Dit kan vallen onder de indicatie 'aangeboren afwijking' genoemd op Bijlage 1 van het Bzv. Hierover is echter in het dossier geen medisch inhoudelijke informatie beschikbaar, zoals bijvoorbeeld een diagnose die gesteld is door een medisch specialist of informatie van de huisarts over de voorgeschiedenis. Het is daarom onduidelijk welke afwijking aan een ruggenwervel dit is geweest en of dit destijds of recentelijk gepaard is gegaan met klachten, stoornissen of beperkingen. Sommige aandoeningen van ruggenwervels verlopen asymptomatisch of veroorzaken slechts tijdelijk klachten, stoornissen of beperkingen. De fysiotherapeut heeft blijkbaar geen aanleiding gezien om het behandeltraject voor spier- of peesklachten rond de wervelkolom in verband te brengen met deze aangeboren afwijking aan een ruggenwervel en om die reden het behandeltraject te declareren ten laste van de basisverzekering.

Als tweede aandoening noemt verzoekster het littekenweefsel na een buikwandcorrectie. De aandoening 'littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma' wordt genoemd op Bijlage 1 van het Bzv. Uit het dossier blijkt echter niet dat verzoekster hier klachten of beperkingen door heeft ondervonden, noch dat zij hiervoor behandeld is. De fysiotherapeut heeft bij de declaraties geen diagnosecodes toegepast die hiermee in verband kunnen staan.

Als derde aandoening noemt verzoekster dat zij tweemaal een TIA heeft gehad. Kenmerk van een TIA is dat patiënten hiervan zonder restklachten herstellen, hiervoor is geen fysiotherapie geïndiceerd. Een TIA kan niet gelijkgesteld worden aan een CVA (cerebrovasculair incident), een CVA staat wel op Bijlage 1 van het Bzv. De fysiotherapeut heeft bij de declaraties geen diagnosecodes toegepast die hiermee in verband kunnen staan.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet worden geconcludeerd dat verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft voor de aangevraagde fysiotherapeutische behandelingen in Spanje. Deze zorg komt derhalve ook niet voor vergoeding in aanmerking in Nederland. Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van aangevraagde fysiotherapeutische behandelingen ten laste van de basisverzekering.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Verzoekster kan geen aanspraak maken op de vergoeding van de aangevraagde fysiotherapeutische behandelingen ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 26 februari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting ontvangen.

Uit het verslag 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.

Uit het verslag van de hoorzitting blijkt dat onduidelijkheid bestaat over de herkomst van de informatie in de tweede alinea op de tweede pagina van het voorlopig advies. Deze alinea is gebaseerd op de brief van 4 oktober 2023 van verweerder. De genoemde jaartallen komen uit de brief d.d. 17 maart 2023 van de orthopedisch chirurg ('Huisartsenbrief CortoClinics')."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. 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 voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over paramedische zorg en die over het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' 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.
- 8.2. Verzoekster verblijft meerdere keren per jaar in Spanje, meer in het bijzonder op Tenerife. Zij heeft fysiotherapie in Spanje en in Nederland. Verzoekster heeft, desgevraagd, op 29 september 2022 een akkoordverklaring van de ziektekostenverzekeraar gekregen voor behandelingen fysiotherapie op Tenerife. Deze akkoordverklaring betrof de periode van 9 september 2022 tot en met 8 september 2023. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn akkoordverklaring bij e-mailbericht van 30 december 2022 ingetrokken. Bij brief van 7 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar deze intrekking vervolgens weer ongedaan gemaakt. Hierdoor bleef de akkoordverklaring van 29 september 2022 van kracht. Partijen zijn hierover niet (meer) verdeeld. Hetgeen hen thans nog verdeeld houdt is of uit deze verklaring volgt dat verzoekster - ook - aanspraak heeft op behandelingen fysiotherapie in Nederland.
- 8.3. Verzoekster heeft aangevoerd dat op grond van de akkoordverklaring van 29 september 2022 de behandelingen fysiotherapie in zowel Spanje als Nederland dienen te worden vergoed, aangezien deze verklaring is gevolgd op een aanvraag die betrekking had op fysiotherapie in Spanje én Nederland. De commissie overweegt dat uit de aanvraag van 8 september 2022 met zoveel woorden blijkt dat is gevraagd om toestemming voor "het voortzetten van fysiotherapiebehandelingen tijdens het verblijf in Spanje". Met de brief van 29 september 2022 is dan ook uitsluitend akkoord gegeven op een aanvraag voor behandelingen fysiotherapie in Spanje, meer in het bijzonder op Tenerife.
Verzoekster heeft gesteld dat de akkoordverklaring werd afgegeven voor behandelingen ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel bestreden dat de verklaring zag op de zorgverzekering en nadrukkelijk vermeld dat het ging om behandelingen fysiotherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie concludeert dan ook dat verzoekster niet aannemelijk heeft gemaakt dat uit de akkoordverklaring van 29 september 2022 de aanwezigheid van een verzekeringsindicatie op grond van de zorgverzekering kan worden afgeleid.
- 8.4. Volgens verzoekster had het op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen om, in het kader van het herstel van de ingetrokken akkoordverklaring, een inhoudelijke beoordeling uit te voeren, naar de commissie aanneemt tegen de achtergrond van haar hiervoor besproken stelling dat de aanvraag mede zag op behandelingen fysiotherapie in Nederland. De ziektekostenverzekeraar

heeft verklaard destijds geen inhoudelijke beoordeling te hebben uitgevoerd. In deze procedure is hij echter wel op de door verzoekster gestelde verzekeringsindicaties ingegaan, waarbij hij heeft geconcludeerd dat deze geen aanspraak geven op behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.

Zorgverzekering

- 8.5. 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 opgenomen in artikel B.8.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is gebaseerd op artikel 2.6, tweede lid, Bzv. Daarnaast biedt de zorgverzekering dekking voor fysiotherapie en oefentherapie bij artrose van heup- of kniegewricht vanaf 18 jaar. Dit is opgenomen in artikel B.8.5. van de voorwaarden van de zorgverzekering, welke bepaling is gebaseerd op artikel 2.6, vijfde lid, Bzv.
- 8.6. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij bekend is met artrose aan haar rechterknie en met verschillende aandoeningen die voorkomen op Bijlage 1 van het Bzv. Hiertoe concludeert het Zorginstituut in zijn advies aan de commissie van 13 november 2023 dat verzoekster het maximumaantal van tweemaal twaalf behandelingen fysiotherapie voor de indicatie artrose van de knie en heup al heeft genoten. Voor de door verzoekster genoemde aandoeningen, restklachten in verband met twee TIA's, fibromyalgie, aangeboren afwijking van de wervelkolom en littekenweefsel na een buikwandoperatie, geldt dat deze hetzij niet voorkomen op Bijlage 1 van het Bzv (fibromyalgie, TIA) hetzij, zo daarop voorkomend, een onderbouwing ontbreekt waaruit blijkt dat verzoekster redelijkerwijs op de zorg is aangewezen (de behandeling van de aangeboren afwijking aan de wervelkolom en van het littekenweefsel). Dit laatste is aan de orde als door de aandoening veel klachten, stoornissen of beperkingen worden veroorzaakt. Volgens het Zorginstituut blijkt hiervan niet uit de door de behandelend fysiotherapeut gehanteerde diagnosecodes. Het Zorginstituut adviseert de commissie het verzoek af te wijzen. De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd geen aanleiding hiervan af te wijken. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor maximaal 20 behandelingen fysiotherapie per jaar. Partijen zijn hierover niet verdeeld.

Aanspraak in de toekomst

- 8.8. Ten aanzien van een mogelijke aanspraak in de toekomst merkt de commissie op dat zij hierover geen uitspraak kan doen. Indien een nieuwe aanvraag wordt ingediend, moet deze worden beoordeeld aan de hand van de alsdan geldende wet- en regelgeving, verzekeringsvoorwaarden, en de situatie van verzoekster op dat moment.

Financiële tegemoetkoming

- 8.9. Verzoekster heeft de commissie verzocht aan haar een financiële tegemoetkoming toe te kennen. Hiervoor bestaat geen grond, gelet op hetgeen hiervoor is overwogen. Hetzelfde geldt voor de door verzoekster gevorderde kostenveroordeling van de ziektekostenverzekeraar, nog daargelaten dat het uitgangspunt van de onderhavige procedure is dat ieder van de partijen haar eigen kosten draagt en geen redenen zijn aangevoerd die afwijking hiervan rechtvaardigen.

Slotsom

- 8.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 maart 2024,

A.I.M. van Mierlo

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 ernstige gebreken. 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 omvat tevens gesuperviseerde oefentherapie bij chronisch obstructive pulmonary disease, indien sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste:
 - a. indien sprake is van klasse A van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties: vijf behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden;
 - b. indien sprake is van klasse B van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties en van een matige ziektelast of een voldoende fysieke capaciteit:
 - 1°. zeventwintig 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 oefentherapie in andere gevallen dan het tweede lid tevens uit ten hoogste negen behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met ten hoogste negen behandelingen.
8. Logopedie omvat zorg zoals logopedisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.
9. Ergotherapie omvat zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden, mits deze als doel heeft de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van tien behandelingen per kalenderjaar.
10. Diëtetiek omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft, tot een maximum van drie behandelingen per kalenderjaar.

Bijlage 1. van het Besluit zorgverzekering

Bijlage behorende bij artikel 2.6, tweede lid.

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

de duur van de behandeling maximaal twaalf maanden in aansluiting op 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.

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.

Voorwaarden

Algemeen

U regelt zelf uiterlijk in de 20^{ste} 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.