

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie, indicatie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artf. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.6 en bijlage 1 Bzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer : 202101997
Zittingsdatum : 22 juni 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 8 december 2021 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 13 december 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 30 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 5 april 2022 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 25 mei 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022014394) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 27 mei 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster heeft op 9 juni 2022 haar pleitnota met een verklaring van de behandelend fysiotherapeut aan de commissie gezonden. Kopieën hiervan zijn op 10 juni 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 17 juni 2022 telefonisch meegedeeld dat hij alsnog een machtiging gaat afgeven voor de onderhavige fysiotherapie. De commissie heeft dit vervolgens telefonisch aan verzoekster doorgegeven. Zij gaf tijdens het gesprek aan dat zij de procedure toch wil voortzetten.
- 2.6. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 juni 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.7. Tijdens de hoorzitting is afgesproken dat partijen met elkaar in overleg gaan om na te gaan of de ziektekostenverzekeraar verzoekster nog verder tegemoet wil komen. Na dit overleg hebben partijen de commissie meegedeeld dat zij er onderling niet zijn uitgekomen. Verzoekster heeft op 30 juni 2022 en 4 juli 2022 schriftelijk gereageerd. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 juli 2022 en 15 juli 2022 schriftelijk gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn aan de respectieve wederpartij gestuurd.
- 2.8. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nadien ontvangen stukken zijn op 12 juli 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig

advies van 25 mei 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 12 juli 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

- 2.9. De commissie heeft bij brief van 13 september 2022 aanvullende vragen aan verzoekster gesteld en stukken bij haar opgevraagd. Verzoekster heeft op 16 en 22 september 2022 hierop gereageerd. Kopieën hiervan zijn op 29 september 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld te reageren op de informatie van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar heeft geen gebruik gemaakt van deze mogelijkheid.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de IZZ Basisverzekering Variant Natura (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZZ Zorg voor de Zorg en Extra 3 pakket (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster is bekend met astma en een longembolie. Zij heeft daarom van 3 mei 2021 tot en met 8 juli 2021 longrevalidatie gevolgd in een centrum in Hilversum. De kosten van de longrevalidatie zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Verzoekster moest na de longrevalidatie voor onderhoud en het eventueel uitbouwen van de algemene lichamelijke conditie ambulantly worden behandeld door een fysiotherapeut.
- 3.3. Bij brief van 12 juli 2021 heeft de behandelend longarts verzoekster voor behandeling verwezen naar de fysiotherapeut. De longarts heeft hierbij verklaard dat bij verzoekster sprake is van: *"Astma bronchiale, status na klinische longrevalidatiebehandeling, status na longembolie."* Als reden voor verwijzing werd hierbij vermeld: *"Onderhoud en eventueel uitbouw van algemene lichamelijke conditie na longrevalidatie"*.
- 3.4. Bij brief van 2 november 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van de fysiotherapie niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, omdat de gestelde indicatie niet voorkomt op bijlage 1 Bzv.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar - via de SKGZ - om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 22 november 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. De behandelend fysiotherapeut heeft in een ongedateerde brief het volgende verklaard:

"Wij zijn gestart met declareren op diagnosecode 002550 (CARA), dit is de diagnosecode waarop de declaratie eigenlijk zou moeten plaatsvinden omdat dit de precieze aanduiding van haar klachten is (astma). Dit is echter afgewezen door IZZ. Na telefonisch contact moest ik een andere diagnosecode proberen. Vervolgens hebben we de behandelingen ingediend op 002556. Ook dit is afgewezen door de zorgverzekeraar, terwijl deze indicatiecode wél op de chronische lijst staat. Telkens zijn de eerste 20 behandelingen vergoed (dit wordt ingediend op code 8), en vanaf de 21^e behandelingen niet meer (dan veranderd het naar code 1). Dit is vreemd omdat de zorgverzekeraar al weet dat we het indienen op chronisch, ivm code 8, maar het pas afwijzen bij het omzetten na code 1. We zijn dan al een aantal weken verder in het behandeltraject en moeten dan alsnog alles veranderen. Het grote probleem zit in het feit dat de zorgverzekeraar aan de klant wél aangeeft dat chronische fysiotherapie vergoed wordt (o.a. via de website en vaak ook telefonisch), maar dat wij als zorgverleners het niet kunnen declareren op chronisch. Naar mijn mening heeft mw recht op chronische fysiotherapie omdat de IZZ dit zelf aangeeft op hun website en moet IZZ dit mogelijk maken voor mw. IZZ blijft in dit geval naar mijn mening hierin in gebreke."

- 3.7. Bij brief van 25 mei 2022 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie het volgende verklaard:

"Verweerder heeft per brief d.d. 12 oktober 2021 aangegeven, dat de gestelde indicatie akkoord is volgens bijlage 1 van het Bzv, maar dat de diagnosecode in de aanvraag niet bij deze indicatie past. Verweerder geeft hierbij echter niet aan welke diagnosecode wel passend zou zijn. Verweerder ziet hierbij over het hoofd dat de chronische indicatie zoals bedoeld in artikel 1, lid 1, onder d, sub 5 van bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Bzv geen diagnose betreft, maar een situationele omschrijving. Bij deze chronische indicatie kunnen bij verschillende patiënten - afhankelijk van de reden voor opname in ziekenhuis, verpleeginrichting of instelling voor revalidatie, en de na ontslag volgende fysiotherapiebehandeling - vele verschillende diagnosecodes worden gebruikt, die passen bij de omschrijving van de diagnose waarvoor een bepaalde patiënt was opgenomen. Deze diagnosecodes hoeven niet als aparte items op de lijst van chronische indicaties van bijlage 1 bij artikel 2.6 Bzv voor te komen.

Op basis van voorgaande kan worden geconcludeerd dat verzoekster voldoet aan de indicatie zoals bedoeld in artikel 1, lid 1, onder d, sub 5 van bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Bzv.

(...)

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan aanspraak maken op vergoeding van fysiotherapie vanaf de 21ste behandeling ten laste van de basisverzekering. De beperking in behandelduur die bij deze indicatie is aangegeven is van toepassing."

- 3.8. De behandelend fysiotherapeut heeft in zijn ongedateerde verklaring, die verzoekster op 9 juni 2022 aan de commissie heeft gezonden, in aanvulling op zijn eerdere verklaring, het volgende toegelicht:

"Om toch vergoeding te krijgen voor de fysiotherapie heb ik uiteindelijk de code omgezet naar 002554. In de brief van het zorginstituut van 25 mei staat: "De fysiotherapeut geeft hiermee volgens verweerder zelf aan dat het geen chronische indicatie fysiotherapie betreft die vanuit de basisverzekering voor vergoeding in aanmerking komt."

Dit is echter onjuist. Het gebruiken van deze code is uit nood omdat [naam verzoekster] anders niet kan revalideren. Het punt dat ik vind dat [naam verzoekster] aanspraak kan maken op fysiotherapie na revalidatie vanuit de basisverzekering blijft echter overeind.

Het zorginstituut heeft in haar brief van 25 mei 2022 aangegeven dat de fysiotherapie van [naam verzoekster] wel vergoed had moeten worden en dat het probleem van vergoeden van revalidatie niet bij ons ligt, maar bij de zorgverzekeraar. Dit beaam ik voluit. We maken dit veel vaker mee dat revalidatie na opname niet vergoed wordt omdat dit volgens het coderingssysteem van de zorgverzekeraar niet kan."

- 3.9. De behandelend fysiotherapeut heeft bij ongedateerde brief het volgende verklaard:

"[naam verzoekster] zou, indien zij geen beperkingen in haar behandelingen zou hebben gehad, ruim 200 behandelingen hebben gehad. Mw traint 2x per week in de oefenzaal haar conditie en kracht, mw zou 1x per week oedeemtherapie hebben gehad ivm het oedeem in haar arm en 1x hydrotherapie. Per week dus 4 behandelingen."

4. **Het geschil**

- 4.1. Verzoekster heeft in eerste instantie aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar alsnog de kosten van fysiotherapie vanaf 8 juli 2021 aan haar moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

Na de behandeling ter zitting en gehoord het voorstel van de ziektekostenverzekeraar, heeft verzoekster haar verzoek aan de commissie gewijzigd. Zij vordert thans per toekomstige datum gedurende één jaar vergoeding van de kosten van fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft geen bezwaar gemaakt tegen deze wijziging van het verzoek.

5. **Bevoegdheid van de commissie**

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. **Beoordeling**

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over 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.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster moest na de klinische longrevalidatie worden behandeld door een fysiotherapeut. Zij verwijst naar artikel 1, eerste lid, sub d, onder 5, van bijlage 1 Bzv waarin het volgende is vermeld: *"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."* Zij heeft dus aanspraak op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar wil de kosten hiervan echter niet vergoeden. De code die wordt gebruikt bij het declareren zou 2550 moeten zijn, maar de ziektekostenverzekeraar herkent deze niet als code voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Hetzelfde geldt voor declaraties met code 2554 (diagnose COPD). Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om hulp gevraagd, maar deze is haar niet verleend.
- 6.3. Verzoekster heeft ter zitting ter aanvulling het volgende aangevoerd. Naast haar longproblemen heeft verzoekster sinds 2018 ook last van onbegrepen oedeem. Dit is chronisch en heeft ook gevolgen voor haar hart en longen. Tijdens de eerste lockdown in 2020 zijn zowel het oedeem als haar conditie sterk verslechterd, omdat fysiotherapie niet mogelijk was. Toen zij de fysiotherapie weer kon oppakken, had zij vier sessies per week. In overleg met de longarts is zij vervolgens gestart met de revalidatie. Verzoekster merkt op dat haar uit eerdere revalidatieperiodes is gebleken dat zij vooral in dat eerste jaar nog conditie kan opbouwen.

In het afgelopen jaar heeft verzoekster moeten schuiven met de behandelingen fysiotherapie. Dit vanwege de vergoedingen hiervoor. Zij heeft de oedeemtherapie eenmaal per maand gehad. Dit is te weinig, en de oedeemklachten zijn hierdoor verergerd, maar anders kon zij niet tweemaal per week fysiofit volgen, wat op dit moment belangrijker is. De hydrotherapie heeft zij zelf betaald. Verzoekster hoopt dat zij alsnog een jaar lang onbeperkt fysiotherapie krijgt toegewezen, zodat zij haar conditie kan verbeteren.

Verzoekster wil duidelijkheid voor nu en de toekomst in een vergelijkbare situatie. Dit zowel wat betreft haar recht op fysiotherapie na een opname in een revalidatie-instelling als de wijze waarop de fysiotherapie moet worden gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Zij benadrukt dat haar door deze situatie nu één jaar zorg is onthouden. Zij heeft zorg moeten schrappen en de hydrotherapie zelf moeten betalen. Als de ziektekostenverzekeraar nu met terugwerkende kracht een machtiging verleent voor fysiotherapie heeft zij nog twee weken om hiervan gebruik te maken. Daar heeft zij dus niets aan.

- 6.4. Verzoekster heeft na de hoorzitting overleg gehad met de ziektekostenverzekeraar en haar fysiotherapeut. In haar e-mailbericht van 30 juni 2022 merkt verzoekster op dat zij het aanbod van de ziektekostenverzekeraar heeft afgewezen. Zij heeft het afgelopen jaar geen gebruik kunnen maken van de zorg waarop zij recht had. En als haar nu een machtiging met terugwerkende kracht wordt verleend, kan zij de gemiste behandelingen niet inhalen.

In haar brief van 4 juli 2022 licht verzoekster toe dat zij gedurende het afgelopen jaar niet de behandelingen heeft gevolgd waarop zij recht had. Zij kon immers niet van haar fysiotherapeut verwachten dat hij al die tijd niet zou worden betaald voor deze behandelingen. Zij had gedurende één jaar recht op fysiotherapie. Dit zijn 260 behandelingen, namelijk vijf dagen per week maal 52 weken. De behandelingen die zij in het afgelopen jaar heeft gemist, kan zij nu niet meer inhalen. Zij vordert daarom alsnog vergoeding van fysiotherapie gedurende één jaar per toekomstige datum.

- 6.5. In de toelichting die verzoekster op 16 september 2022 aan de commissie heeft gezonden, heeft zij ter aanvulling het volgende aangevoerd. Na haar revalidatie hebben zowel verzoekster als de behandelend fysiotherapeut verschillende keren contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om te vragen onder welke code de behandelingen fysiotherapie gedeclareerd moesten worden. De ziektekostenverzekeraar heeft de gevraagde code echter niet verstrekt. Pas tijdens het overleg, dat plaatsvond na de hoorzitting, heeft de ziektekostenverzekeraar deze code verstrekt. Verzoekster benadrukt dat zij de commissie niet vraagt om haar twee jaar vergoeding van fysiotherapie toe te wijzen. Zij wil vergoeding van het jaar fysiotherapie waarop zij recht had.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.6. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de fysiotherapie van verzoekster niet ten laste van de zorgverzekering, omdat de indicatie voor de behandeling niet voorkomt op bijlage 1 Bzv. De aanvraag vermeldde diagnosecode 2550, wat staat voor 'inwendige organen thorax'. Volgens de behandelaar was echter sprake van 'astma, status na klinische longrevalidatie en een longembolie'. Aangezien de medische indicatie niet paste bij de opgegeven diagnosecode, heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie opgevraagd. Uit deze informatie bleek dat sprake was van astma, status na klinische longrevalidatie, en dat de bijbehorende diagnosecode 2556 is. Deze aandoening komt niet voor op bijlage 1 Bzv. Daarom worden de kosten niet vergoed ten laste van de zorgverzekering.

De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat de fysiotherapeut de behandelingen declareert met codes 01/1500 en 04/1000 met CSI-code 009. Hiermee bevestigt de fysiotherapeut dat geen sprake is van een indicatie die voorkomt op bijlage 1 Bzv.

In 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar 37 behandelingen fysiotherapie aan verzoekster vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 6.7. Tijdens de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aangeboden aan verzoekster. Hij heeft toegelicht dat eerder onvoldoende is ingegaan op vragen die vanuit de commissie zijn gesteld. Er had destijds een machtiging voor fysiotherapie moeten worden afgegeven. Deze wordt alsnog afgegeven voor de periode van 12 juli 2021 tot en met 11 juli 2022. De nota's over deze

periode worden vergoed. Er zal contact worden opgenomen met de zorgaanbieder, zodat hij de nota's op de juiste wijze kan declareren.

Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegezegd dat hij nog zal overwegen hoe verzoekster kan worden gecompenseerd voor het feit dat onder andere de oedeemtherapie voor langere tijd niet kon worden gevolgd.

- 6.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 juli 2022 meegedeeld dat sinds medio november 2021 de behandelingen fysiotherapie vanaf 7 september 2021 zijn vergoed, omdat de behandelend fysiotherapeut de nota's toen onder een andere code declareerde. Over de periode van 12 juli 2021 tot 7 september 2021 heeft verzoekster geen vergoeding ontvangen. Zij heeft aangegeven dat zij als gevolg hiervan minder oedeembehandelingen kon ondergaan. Verzoekster schat dit aantal op achttien. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom aangeboden om uit coulance € 750,- onder voorwaarde van finale schikking te vergoeden: 18 x € 40,- en vervolgens het bedrag afgerond naar € 750,-. Verzoekster heeft dit aanbod niet geaccepteerd. Zij wil dat de toegezegde machtiging met één jaar wordt verlengd. De ziektekostenverzekeraar wijst dit af. Het is niet mogelijk om een machtiging voor twee jaar te verlenen, omdat op grond van de wet slechts aanspraak bestaat op één jaar.

Bij brief van 15 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd op de brief van verzoekster van 4 juli 2022. De ziektekostenverzekeraar is het niet eens met de weergave van verzoekster. Het is volgens hem aan de zorgaanbieder om de juiste code op te geven bij het declareren van de nota's. Daarnaast gaat verzoekster ten onrechte ervan uit dat zij recht zou hebben op 260 behandelingen in één jaar. Dat zou betekenen dat zij iedere dag behandeld zou moeten worden, met uitzondering van de weekenden. Dit acht de ziektekostenverzekeraar buitenproportioneel. Het is aan de zorgaanbieder om een behandelplan op te stellen met daarbij de periode en het aantal behandelingen, aan de hand van de gestelde indicatie.

Overwegingen commissie

Zorgverzekering

- 6.9. 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 27 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.10. Fysiotherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de indicaties die in bijlage 1 van het Bzv zijn omschreven. Hiertoe behoort de indicatie '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'. Uit het advies van het Zorginstituut van 25 mei 2022 blijkt dat de klinische longrevalidatie die verzoekster tijdens haar opname heeft gevolgd, is aan te merken als revalidatie zoals bedoeld in voornoemd artikel 1, eerste lid, onder d, sub 5, van bijlage 1 bij artikel 2.6 Bzv. Verzoekster heeft daarom aanspraak op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Dat de diagnose, in verband waarmee verzoekster is aangewezen op de fysiotherapeutische behandeling, niet apart is opgenomen op bijlage 1 Bzv, is hierbij niet van belang. Het genoemde artikel waaruit de aanspraak volgt, betreft een situationele omschrijving. Deze omvat onder meer de situatie dat de verzekerde, zoals in dit geval, in een instelling opgenomen is geweest. Er is een groot aantal diagnoses dat tot opname aanleiding kan geven. In artikel 5 van bedoelde bijlage is bepaald dat de duur van de aanspraak is beperkt tot maximaal twaalf maanden in aansluiting op de eerste behandeling na ontslag naar huis of beëindiging van de behandeling in de instelling.
- 6.11. Gezien het bovenstaande had verzoekster op grond van de zorgverzekering aanspraak op vergoeding van de kosten van fysiotherapie gedurende twaalf maanden in aansluiting op de

eerste behandeling, na het ontslag uit de revalidatie instelling. De eerste twintig behandelingen fysiotherapie zijn hierbij uitgesloten van vergoeding ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft inmiddels erkend dat verzoekster hierop aanspraak had, en heeft met terugwerkende kracht een machtiging verleend voor de periode van 12 juli 2021 tot en met 11 juli 2022.

- 6.12. Verzoekster heeft na de hoorzitting haar verzoek aan de commissie gewijzigd. Zij wil gedurende één jaar vergoeding van de kosten van fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering, maar dan per toekomstige datum.
- Ten aanzien hiervan overweegt de commissie dat inmiddels als vaststaand kan worden aangenomen dat verzoekster vanwege de indicatie 'status na opname' aanspraak had op behandelingen fysiotherapie. Tevens staat vast dat zij - voor zover het de zorgverzekering betreft - als gevolg van de discussie tussen de behandelend fysiotherapeut en de ziektekostenverzekeraar, niet alle behandelingen heeft gekregen waarop zij was aangewezen. Door alsnog een machtiging met einddatum 11 juli 2022 te verstrekken wordt verzoekster weliswaar in de gelegenheid gesteld kosten te declareren, maar hiermee worden mogelijk niet genoten behandelingen niet vergoed, en het zou bovendien betekenen dat de ziektekostenverzekeraar een financieel voordeel behaalt door zijn opstelling in deze kwestie.
- Anderzijds geldt dat de wetgever niet zomaar heeft gekozen voor de termijn van één jaar. Naar moet worden aangenomen is de toegevoegde waarde van behandelingen fysiotherapie na ommekomst van die termijn minder. De commissie is daarom van oordeel dat aan verzoekster geen machtiging kan worden verleend voor de duur van één jaar te rekenen vanaf 12 juli 2022.
- 6.13. Naar het oordeel van de commissie zou, alles afwegende, het aantal geïndiceerde maar niet genoten behandelingen - die daarmee ook niet zijn vergoed - in redelijkheid kunnen worden bepaald door uit te gaan van de indicatie 'status na opname' en de frequentie van de behandelingen zoals vastgelegd in het behandelplan onder aftrek van de behandelingen die wel zijn genoten en vergoed. De commissie heeft daarom bij brief van 13 september 2022 onder meer het behandelplan opgevraagd bij verzoekster. Verzoekster heeft op 16 september 2022 en 22 september 2022 aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Hierbij was evenwel geen behandelplan gevoegd. De behandelend fysiotherapeut heeft in zijn ongedateerde brief verklaard dat verzoekster, in het geval de machtiging tijdig was verleend, viermaal per week fysiotherapie zou hebben gehad, inclusief éénmaal oedeemtherapie. De commissie merkt op dat deze oedeemtherapie niet valt onder de indicatie 'status na opname'. Verzoekster had immers al voor de opname oedeemtherapie in verband met de indicatie 'onbegrepen oedeem'. Wat betreft het tweemaal per week trainen van conditie en kracht in de oefenzaal en de hydrotherapie heeft de fysiotherapeut geen nadere toelichting gegeven.
- Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 4 juli 2022 verklaard dat de behandelingen fysiotherapie die verzoekster heeft genoten vanaf 7 september 2021 door hem zijn vergoed. Verzoekster heeft dit niet weersproken, daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan. De commissie overweegt dat - op grond van de beschikbare informatie - over de periode vanaf 7 september 2021 niet valt vast te stellen hoeveel extra behandelingen verzoekster mogelijk zou hebben ondergaan op grond van de indicatie 'status na opname'. Voor de periode van 12 juli 2021 tot 7 september 2021 geldt dat de ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat hij verzoekster over deze periode ten onrechte geen vergoeding heeft verleend. Ook voor deze periode geldt echter dat niet is onderbouwd hoeveel behandelingen fysiotherapie verzoekster zou hebben gehad op grond van de indicatie 'status na opname'. De ziektekostenverzekeraar heeft na de hoorzitting aan verzoekster een vergoeding aangeboden van € 750,-. De commissie acht dit, al het bovenstaande in aanmerking genomen, een redelijk aanbod. De commissie ziet geen mogelijkheid aan verzoekster een aanvullende vergoeding toe te kennen, aangezien niet is gebleken dat zij kosten heeft gemaakt voor fysiotherapie in verband met de indicatie 'status na opname' die nog niet zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar.

Aanvullende ziektekostenverzekering

6.14. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor maximaal 52 behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar. Verzoekster heeft daarom aanspraak op vergoeding van de eerste twintig behandelingen fysiotherapie die hebben plaatsgevonden na het ontslag uit de revalidatie-instelling, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, en voor zover het maximum aantal van 52 behandelingen per kalenderjaar nog niet is verbruikt.

6.15. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) verzoekster op grond van de zorgverzekering aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van fysiotherapie in verband met de indicatie 'status na opname' over de periode van 12 juli 2021 tot en met 11 juli 2022 met uitzondering van de eerste twintig behandelingen;
- (ii) verzoekster op grond van de zorgverzekering geen aanspraak heeft op vergoeding, per toekomstige datum dan wel met ingang van 12 juli 2022, van de kosten van fysiotherapie gedurende twaalf maanden in verband met de indicatie genoemd onder i);
- (iii) verzoekster voorts ter zake van de indicatie als genoemd onder i) aanspraak heeft op vergoeding van de eerste twintig behandelingen fysiotherapie, voor zover deze daadwerkelijk hebben plaatsgevonden na het ontslag uit de revalidatie-instelling en het totaal aantal behandelingen het maximum aantal van 52 behandelingen per kalenderjaar niet overschrijdt, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering;
- (iv) de ziektekostenverzekeraar gehouden is de bij brief van 4 juli 2022 aangeboden vergoeding van € 750,- aan verzoekster te betalen;
- (v) verzoekster geen aanspraak heeft op een aanvullende vergoeding;
- (vi) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 30 januari 2023,

J.W. Heringa

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.6

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°. zevenentwintig behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden na aanvang van de behandeling, en
 - 2°. drie behandelingen per twaalf maanden in de daarop volgende jaren;
 - c. indien sprake is van klasse B van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties en van een hoge ziektelast en een beperkte fysieke capaciteit of indien sprake is van klasse C of D van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties:
 - 1°. zeventig behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden na aanvang van de behandeling, en
 - 2°. tweeënvijftig behandelingen per twaalf maanden in de daarop volgende jaren.
- 7.** Voor verzekerden jonger dan achttien jaar bestaat fysiotherapie en oefentherapie in andere gevallen dan het tweede lid tevens uit ten hoogste negen behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met ten hoogste negen behandelingen.
- 8.** Logopedie omvat zorg zoals logopedisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.
- 9.** Ergotherapie omvat zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden, mits deze als doel heeft de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van tien behandeluren per kalenderjaar.
- 10.** Diëtetiek omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft, tot een maximum van drie behandeluren per kalenderjaar.

Besluit zorgverzekering

Bijlage 1. van het Besluit zorgverzekering

Bijlage behorende bij artikel 2.6, tweede lid.

1. De aandoeningen, bedoeld in artikel 2.6, tweede lid, betreffen:
 - a. een van de volgende aandoeningen van het zenuwstelsel:
 - 1°. cerebrovasculair accident;
 - 2°. ruggemergaandoening;
 - 3°. multipele sclerose;
 - 4°. perifere zenuwaandoening indien sprake is van motorische uitval;
 - 5°. extrapyramidale aandoening;
 - 6°. motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel en hij jonger is dan 17 jaar;
 - 7°. aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel;
 - 8°. cerebellaire aandoening;
 - 9°. uitvalsverschijnselen als gevolg van een tumor in de hersenen of het ruggenmerg dan wel als gevolg van hersenletsel;
 - 10°. radiculair syndroom met motorische uitval;
 - 11°. spierziekte;
 - 12°. myasthenia gravis;
 - b. of een van de volgende aandoeningen van het bewegingsapparaat:
 - 1°. aangeboren afwijking;
 - 2°. progressieve scoliose;
 - 3°. juveniele osteochondrose en hij jonger is dan 22 jaar;
 - 4°. reflexdystrofie;
 - 5°. [vervallen;]
 - 6°. fractuur als gevolg van morbus Kahler, botmetastase of morbus Paget;
 - 7°. frozen shoulder (capsulitis adhaesiva);
 - 8°. [vervallen;]
 - 9°. [vervallen;]
 - 10°. [vervallen;]
 - 11°. [vervallen;]
 - 12°. [vervallen;]
 - 13°. hyperostotische spondylose (morbus Forestier);
 - 14°. collageenziekten;
 - 15°. status na amputatie;
 - 16°. whiplash;
 - 17°. postpartum bekkeninstabiliteit;
 - 18°. 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.

Ontving u GGZ op basis van de Jeugdwet en heeft u hiervoor geen verwijfsbrief van een hierboven genoemde verwijzer? Dan heeft u een nieuwe verwijfsbrief nodig.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor gespecialiseerde GGZ met verblijf (zie artikel 37, Verblijf). Verstrekt binnenkort de termijn waarvoor toestemming is gegeven? Dan moet u opnieuw toestemming aanvragen. U kunt samen met uw zorgaanbieder een toestemmingsformulier gespecialiseerde GGZ invullen. Het formulier vindt u op onze website. Vraag de toestemming ten minste 2 maanden voor het verstrijken van de termijn aan. Dan weet u zeker dat uw aanvraag op tijd wordt verwerkt. Voorin deze voorwaarden vindt u waar u de aanvraag naar toe kunt sturen. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

PARAMEDISCHE ZORG

Artikel 27. Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

Jonger dan 18 jaar

- U heeft vanaf de eerste behandeling recht op behandeling van aandoeningen waarvoor een langdurige of chronische behandeling nodig is. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn.
- Heeft u een aandoening die niet op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie staat? Dan heeft u per kalenderjaar recht op maximaal 9 behandelingen per aandoening. Als u na deze 9 behandelingen nog last heeft van de aandoening, dan heeft u nog recht op maximaal 9 extra behandelingen voor die aandoening. In totaal heeft u dus recht op maximaal 18 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

18 jaar en ouder

Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie

U heeft eenmalig recht op de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.

Oefentherapie bij etalagebenen

U heeft recht op maximaal 37 behandelingen oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut (looptraining) bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen) in een periode van maximaal 12 maanden.

Oefentherapie bij artrose heup- of kniegewricht

U heeft recht op maximaal 12 behandelingen oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij artrose van heup- of kniegewricht in een periode van maximaal 12 maanden.

Oefentherapie bij COPD

U heeft recht op oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) GOLD klasse II en hoger. Het aantal behandelingen is afhankelijk van de ernst van de klachten en het risico op longaanvallen volgens de GOLD groep A, B, C of D. Groep B wordt vervolgens onderverdeeld in:

- B1: matige ziektelast of een voldoende fysieke capaciteit
- B2: hoge ziektelast en beperkte fysieke capaciteit

Groep	A	B1	B2 en C	D
Eerste 12 maanden Het aantal behandelingen in de periode van 12 maanden na de start van de behandeling is maximaal	5	27	70	70
Na 12 maanden Het aantal behandelingen voor iedere periode van 12 maanden na het eerste jaar is maximaal	0	3	52	52

Behandeling van chronische aandoeningen

U heeft vanaf de 21e behandeling recht op behandeling van aandoeningen waarvoor een langdurige of chronische behandeling nodig is. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn.

Chronische lijst

De lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie wordt ook wel de 'Chronische lijst' genoemd. Deze naam dekt eigenlijk niet de lading, omdat niet alle chronische aandoeningen op deze lijst staan. Aandoeningen die wel op de lijst staan, zijn onder andere bepaalde aandoeningen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat, bepaalde long- en vaat-aandoeningen, lymfoedeem, weke delen tumoren en littekenweefsel van de huid. Het gaat in sommige gevallen ook om de behandeling van een aandoening na een opname in een ziekenhuis ter bespoediging van het herstel. Twijfelt u of uw aandoening op deze lijst voorkomt? Neem dan vooraf contact met ons op. U vindt ons telefoonnummer op onze website. U vindt de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) op onze website. U kunt deze lijst ook telefonisch bij ons opvragen. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

Alle leeftijden

Voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg gefinancierd door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) omvat fysiotherapie ook:

- van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023 langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen
- van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023 langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen.

Fysiotherapie en oefentherapie na ernstige COVID-19

Na ernstige COVID-19 kunt u tot 1 augustus 2021 aanspraak maken op:

- Maximaal 50 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie in een periode van maximaal 6 maanden na de eerste behandeling. U heeft hiervoor een verwijsbrief nodig van een huisarts of een medisch specialist. De verwijsbrief moet uiterlijk vier maanden na het acute ziektestadium van ernstige COVID-19 zijn afgegeven. U moet binnen een maand nadat uw huisarts of medisch specialist de verwijsbrief heeft afgegeven, starten met de fysiotherapie en/of oefentherapie.
Bent u voor 1 november 2020 gestart met de zorg? En had u geen voorafgaande verwijsbrief? Dan kan de huisarts of medisch specialist ook na aanvang van de zorg een verklaring afgeven. De verklaring hoeft niet binnen vier maanden na het acute ziektestadium te zijn afgegeven. U hoeft ook niet binnen een maand na afgifte van de verklaring te zijn gestart met de zorg.
- Maximaal 50 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie in een periode van maximaal nog eens zes maanden in aansluiting op de periode bedoeld onder a. U heeft hiervoor een verwijsbrief nodig van een medisch specialist. U moet binnen een maand nadat de medisch specialist de verwijsbrief heeft afgegeven, starten met de fysiotherapie en/of oefentherapie.

U moet deelnemen aan onderzoek en voor zover van toepassing een aanvullende analyse van de zorgverlening. Of als het onderzoek en de analyse nog niet zijn gestart, moet u bereid zijn daaraan deel te nemen. Ook moet u toestemming geven voor het verzamelen van aanvullende gegevens aan de hand van vragenlijsten en extra onderzoeken. U moet ook toestemming geven voor het geanonimiseerd delen van uw behandelgegevens. Alleen wanneer u aan al deze voorwaarden voldoet, heeft u recht op deze zorg. Onder onderzoek wordt verstaan hoofdonderzoek naar

de effectiviteit van de zorg gefinancierd door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) en aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht.

U heeft geen recht op

- Arbocuratieve zorg. Dit is zorg die zich richt op genezing en behandeling van arbeidsgerelateerde acute en chronische lichamelijke aandoeningen;
- Re-integratietrajecten. Re-integratie is het geheel aan maatregelen dat erop gericht is om de arbeidsongeschikte werknemer terug te laten keren in het arbeidsproces;
- Behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

1. Bij een fysiotherapeut, heilgymnast-masseur, kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of manueel therapeut
2. Bij een oefentherapeut Cesar/Mensendieck of kinderoefentherapeut
3. Oedeemtherapie mag alleen worden verleend door een oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

ParkinsonNet

Heeft u de ziekte van Parkinson en heeft u fysiotherapie of oefentherapie nodig? Dan kunt u terecht bij fysiotherapeuten of oefentherapeuten aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie op onze website.

Chronisch ZorgNet

Heeft u oefentherapie (looptraining) nodig vanwege etalagebenen (claudicatio intermittens)? Dan kunt u terecht bij fysiotherapeuten of oefentherapeuten aangesloten bij Chronisch ZorgNet. Kijk voor meer informatie op onze website.

Toestemming

U heeft alleen vooraf onze toestemming nodig als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). U heeft een verklaring nodig van uw huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist of physician assistant waaruit blijkt dat u behandeld moet worden voor een aandoening die is opgenomen in deze lijst. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 28. Logopedie

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op zorg zoals logopedisten deze plegen te bieden, als deze zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

U heeft geen recht op logopedische behandelingen in verband met:

- Dyslexie
- Taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid
- Spreken in het openbaar
- Voordrachtskunst.

Artikel 10. Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en oedeemtherapie

Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

1. fysiotherapie
2. oefentherapie Cesar/Mensendieck
3. oedeemtherapie

Instap	Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
<ul style="list-style-type: none"> • maximaal 6 behandelingen per kalenderjaar 	<ul style="list-style-type: none"> • maximaal 16 behandelingen per kalenderjaar; • voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar. 	<ul style="list-style-type: none"> • maximaal 16 behandelingen per kalenderjaar; • voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar. 	<ul style="list-style-type: none"> • maximaal 24 behandelingen per kalenderjaar; • voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar. 	<ul style="list-style-type: none"> • maximaal 52 behandelingen per kalenderjaar; • voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar.

Dit krijgt u niet vergoed

- Arbocuratieve zorg en re-integratietrajecten;
- Behandelingen en behandelprogramma's om de conditie te verbeteren, zoals medische trainingstherapie, fysio-fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

Let op

De behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet vergoed uit uw aanvullende verzekering. Dat geldt voor:

Jonger dan 18 jaar

Chronische aandoeningen: alle behandelingen.

Niet-chronische aandoeningen: de 1e 18 behandelingen.

18 jaar en ouder

Chronische aandoeningen: vanaf de 21e behandeling.

Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie: de 1e 9 behandelingen

Oefentherapie:

- Bij etalagebenen: de 1e 37 behandelingen
- Bij artrose van heup- of kniegewricht: de 1e 12 behandelingen
- Bij COPD vanaf stadium Gold II: de zorgverzekering vergoedt een maximum aantal behandelingen oefentherapie.

De behandelingen oedeemtherapie die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet uit uw aanvullende verzekering vergoed. Dit geldt voor:

18 jaar en ouder

- Chronische aandoeningen: vanaf de 21e behandeling.

De chronische aandoeningen staan in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). U vindt deze Lijst op onze website.

Hier kunt u terecht

1. Fysiotherapie: bij een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of manueel therapeut
2. Oefentherapie Cesar/Mensendieck: bij een oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kinderoefentherapeut of psychosomatisch oefentherapeut
3. Oedeemtherapie: bij een oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben of gaat u naar een niet door ons gecontracteerde zorgverlener in het buitenland, die vergelijkbare zorg levert? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling (zitting) in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen' en 'Lijst maximale vergoedingen buitenland' op onze website. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Let op

Wij hebben voor fysiotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

Artikel 11. Intake arbeidsfysiotherapie**Dit krijgt u vergoed**

De kosten van de intake, als onderdeel van het Protocol Participatieve Werkaanpassing (PPAW). Dit protocol is een preventieprogramma dat door (Stichting) IZZ in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Bedrijfs- en arbeidsfysiotherapeuten (NVBF) is opgesteld voor de aanpak van arbeidsgerelateerde klachten.

Instap	Zorg voor de Zorg	Zorg voor de Zorg + Extra 1	Zorg voor de Zorg + Extra 2	Zorg voor de Zorg + Extra 3
geen vergoeding	maximaal € 43,60 per kalenderjaar	maximaal € 43,60 per kalenderjaar	maximaal € 43,60 per kalenderjaar	maximaal € 43,60 per kalenderjaar

Dit krijgt u niet vergoed

U heeft geen recht op behandelingen die niet als fysiotherapie of ergotherapie worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:

- arbocuratieve zorg. Dit is zorg om arbeidsgerelateerde acute en chronische lichamelijke aandoeningen te behandelen of te genezen. Voorbeelden hiervan zijn werkplekonderzoek en driegesprek als onderdeel van het Protocol Participatieve Werkaanpassing (PPAW). Alleen het onderdeel Intake door de arbeidsfysiotherapeut als onderdeel van het Protocol Participatieve Werkaanpassing (PPAW), zoals beschreven in dit artikel, is hiervan uitgezonderd;
- re-integratietrajecten. Re-integratie is het geheel aan maatregelen dat erop gericht is om de arbeidsongeschikte werknemer terug te laten keren in het arbeidsproces;
- behandelingen en behandelprogramma's om de conditie te verbeteren, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

Hier kunt u terecht

Bij een door ons aangewezen zorgverlener. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door ons aangewezen zorgverleners vindt u op onze website.

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.