

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door mr. C te D, en ASR Basis
Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht en ASR Aanvullende
Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht

Zaak : Geneeskundige zorg, oefentherapie, coxartrose heupen, supervisie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020 en 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.6
en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering
2020 en 2021, art. 20 Vo. nr. 883/2004, art. 7:941 BW

Zaaknummer : 202201086
Zittingsdatum : 19 april 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mr. C te D,

en

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 3 oktober 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 21 oktober 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 7 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 8 december 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 9 januari 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022050462) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 10 januari 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 april 2023 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.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de na het voorlopig advies ontvangen stukken zijn op 25 april 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 9 januari 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 2 mei 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Omdat het Zorginstituut ook nog inhoudelijk heeft gereageerd op de stellingen over de juistheid van het voorlopig advies, zijn partijen bij brief van 3 mei 2023 in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies van het Zorginstituut te reageren. Zij hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 en 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Vrije Keuze (Combinatie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ZorgGoed en Pechvogelhulp (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De verzekering ZorgGoed biedt dekking voor 9 behandelingen fysiotherapie en oefentherapie per jaar en hierover bestaat tussen partijen geen geschil. De aanvullende ziektekostenverzekering blijft daarom verder onbesproken.

- 3.2. Met ingang van 10 maart 2020 is verzoeker onder behandeling van een zorgaanbieder te Kinrooi, België. In maart, mei en juni 2020 vonden in totaal 10 behandelingen plaats à € 30,- per behandeling. Door de zorgaanbieder is op de nota vermeld dat het gaat om 'Fysio' en 'discopathie + hielspoor'. Een volgende nota ziet op de maanden juli, augustus, september, oktober, november en december 2020. Er vonden in die maanden 27 behandelingen plaats à € 30,- per behandeling. Op de nota is door de zorgaanbieder vermeld 'Fysio' en 'coxartrose beide heupen + discopathie L5-S1'. Een volgende nota heeft betrekking op behandelingen in januari, februari en maart 2021. Het gaat hierbij om in totaal 9 behandelingen à € 35,- per behandeling. Op de nota is door de zorgaanbieder vermeld 'Fysio' en 'coxartrose L + R + discopathie L5-S1'. Tot slot is er een nota betreffende de maanden maart, april, mei, juni en juli 2021. De nota ziet op 14 behandelingen à € 35,- per behandeling. De zorgaanbieder heeft vermeld 'Fysio' en 'coxartrose beide heupen + bewegingsbeperking'. Blijkens het briefhoofd heeft de Belgische zorgaanbieder een licentie voor kinesitherapeut en fysiotherapeut.
- 3.3. Van de eerste 37 behandelingen in 2020 zijn er 21 voor rekening van verzoeker gebleven. Van de resterende 16 zijn er 9 vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker heeft bij ongedateerd schrijven vergoeding van de laatste 7 geclaimd, ten laste van de zorgverzekering. Ter zake de behandelingen in 2021 heeft verzoeker vergoeding van 12 behandelingen geclaimd, wederom ten laste van de zorgverzekering. Tevens werd door verzoeker op 11 februari 2021 een aanvraag gedaan voor behandelingen in het buitenland.
- 3.4. Naar aanleiding van de declaratie van de 7 behandelingen in 2020, heeft de ziektekostenverzekeraar bij brieven van 15 maart 2021 verzocht om nadere informatie. Hierop volgde bij brief van 14 mei 2021 een afwijzing, omdat geen sprake was van een aandoening volgens Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekeringen (Bzv) en niet werd voldaan aan de voorwaarden voor oefentherapie. Verzoeker reageerde hierop bij e-mailbericht van 16 mei 2021. Een volgend e-mailbericht van zijn kant dateert van 25 mei 2021. De ziektekostenverzekeraar antwoordde bij e-mailbericht van 31 mei 2021, onder handhaving van zijn afwijzende beslissing. Bij e-mailbericht van diezelfde datum verzocht verzoeker om heroverweging van deze beslissing. De ziektekostenverzekeraar reageerde bij e-mailbericht van 2 juni 2021 opnieuw afwijzend. Een volgend verzoek om heroverweging werd door verzoeker bij e-mailbericht van 31 augustus 2021 gedaan. Hierna volgden verschillende pogingen van zijn kant om telefonisch in contact te komen met de ziektekostenverzekeraar. Op 2 oktober 2021 stuurde verzoeker een e-mailbericht. Bij brief van 5 oktober 2021 reageerde de ziektekostenverzekeraar hierop onder handhaving van zijn afwijzing voor 2020. Ook de vraag om vergoeding van 12 behandelingen in 2021 werd door hem afgewezen. Bij brief van 15 november 2021 vroeg verzoeker nogmaals aandacht voor zijn zaak. De ziektekostenverzekeraar reageerde opnieuw afwijzend en handhaafde dit standpunt in het daarop volgende verkeer per e-mail. Bij klachtenformulier van 23 juni 2022 werd de kwestie voorgelegd aan de SKGZ, waarna de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een wijziging van het standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. De Belgische zorgaanbieder heeft op 6 juni 2022 over verzoeker verklaard:

"(...)

Diagnose: artrose van heup en knie

Therapie: manuele massage

oefentherapie: coördinatie en stabilisatie

Frequentie: 1 x per maand

Prognose: - aanleren van functionele oefeningen

- spierversterkende thuis als onderhoud

Motivatie onder begeleiding is goed om zelfstandig te oefenen (fietsen + specifieke oefeningen).

(...)"

- 3.6. Bij brief van 9 januari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.7. Bij brief van 2 mei 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem de kosten van 7 behandelingen oefentherapie in 2020 (€ 210,-) en 12 behandelingen oefentherapie in 2021 (€ 420,-) te vergoeden.
- 4.2. In dit verband verwijst verzoeker naar het pakketadvies van het Zorginstituut en naar artikel 2.6, vijfde lid, Bzv. Er is bij hem sprake van coxartrose van beide heupen en bij deze indicatie bestaat aanspraak op maximaal 12 behandelingen oefentherapie per 12 maanden, zoals verzoeker ook door een andere zorgverzekeraar in het chatverkeer is meegedeeld. De indicatie blijkt uit de door verzoeker overgelegde verwijzing. Dat hij vanwege deze indicatie is behandeld door de Belgische zorgaanbieder wordt bevestigd in diens verklaringen van 6 januari 2022 en 6 juni 2022. Door de ziektekostenverzekeraar wordt ten onrechte gerefereerd aan artikel 2.6, tweede lid, Bzv.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat op pagina 2 van het advies van het Zorginstituut, net boven het kopje 'juridisch kader', wordt gesteld dat sprake is van onderhoudstherapie. Verzoeker heeft naar de stukken gekeken, en hierin staat duidelijk dat onderhoudstherapie het uiteindelijke doel is, maar niet de inhoud van de behandeling. De inhoud was oefentherapie en ter ondersteuning is massage en mobilisatie geboden. Er zou volgens het Zorginstituut geen gebruik worden gemaakt van de fitmethode. Verzoeker heeft dit nagevraagd bij de behandelaar, en die bevestigde dat dit wel wordt gebruikt. Het gaat om een methode die ook standaard in België wordt gebruikt. Verder merkt verzoeker op dat de geboden therapie onderhoudstherapie zou zijn om comfort te verbeteren. Ook dit is het einddoel en niet de inhoud van de behandeling. Hij leest verder in het advies van het Zorginstituut dat massage en mobilisatie worden afgeraden, maar deze keuze en afweging zijn aan de therapeut. In dit geval is dit ingezet ter ondersteuning, maar de kern van de behandeling is oefentherapie. Verzoeker is per 1 januari 2022 overgestapt naar een andere verzekeraar. De behandeling is doorgegaan, en deze behandelingen worden door deze verzekeraar gewoon vergoed. Dan is het vreemd dat er door de ziektekostenverzekeraar moeilijk wordt gedaan over de vergoeding. Verzoeker heeft toegelicht dat hij één keer per twee weken wordt behandeld. Deze frequentie is opgevoerd omdat het lopen steeds slechter gaat. Verzoeker heeft diverse keren gesproken met de ziektekostenverzekeraar, met de vraag contact op te nemen met de behandelaar, maar dit is nooit gebeurd.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aanvullende ziektekostenverzekering recht gaf op 9 behandelingen fysiotherapie per jaar. Deze behandelingen zijn aan verzoeker vergoed, zowel in 2020 als in 2021. Fysiotherapie vanuit de zorgverzekering komt alleen voor vergoeding in aanmerking als de therapie wordt ontvangen vanwege een aandoening genoemd in Bijlage 1 Bzv of als het gaat om oefentherapie in verband met artrose in heup of knie. Verzoeker heeft geen aandoening die voorkomt in Bijlage 1 Bzv, althans het is niet gebleken dat hij in verband hiermee fysiotherapie heeft ontvangen. Vast staat dat verzoeker artrose in zijn heupen heeft, maar de ziektekostenverzekeraar kan niet vaststellen of verzoeker hiervoor inderdaad oefentherapie heeft gehad. Uit de nota's van de fysiotherapeut blijkt dat verzoeker een groot aantal behandelingen heeft genoten voor verschillende aandoeningen en met een wisselende inhoud. In de nota's staat

verwarrende en tegenstrijdige informatie. Het doel van de behandelingen was onderhoudstherapie door middel van massage, oefeningen en mobilisatie. Dit is niet conform de KNGF-richtlijn 'Artrose heup-knie - Conservatieve pre- en postoperatieve behandeling'. Uit de nota's blijkt voorts dat verzoeker is behandeld aan heupen, rug en voet. Een uitsplitsing is door de zorgaanbieder niet gemaakt. De ziektekostenverzekeraar blijft daarom bij zijn afwijzing van vergoeding van de kosten van fysiotherapie vanuit de zorgverzekering.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de eventuele vergoeding door een andere verzekeraar door de ziektekostenverzekeraar niet is te beoordelen. Dit zegt niets over de vraag of ook in deze kwestie tot vergoeding moet worden overgegaan. De ziektekostenverzekeraar wil over het advies van het Zorginstituut opmerken dat men tot de conclusie komt dat niet tot vergoeding hoeft te worden overgegaan. Daarbij gaat het wel om een andere insteek, namelijk dat de zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, terwijl de ziektekostenverzekeraar heeft beoordeeld dat niet is voldaan aan een indicatie van Bijlage 1 Bzv. Op zich kan de ziektekostenverzekeraar het standpunt van het Zorginstituut volgen, maar het belangrijkste blijft dat er niet is voldaan aan een indicatie van Bijlage 1. De informatie van de fysiotherapeut is onduidelijk. De ene keer wordt gesproken over een frequentie van één keer per maand, dan weer over één keer per week. De omschrijving van de therapie moet duidelijk zijn, en er moet daar niet staan waar naartoe wordt gewerkt.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 9 januari 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Voor het toepassen van oefentherapie bij artrose van heup of knie heeft het KNGF een richtlijn ontwikkeld. In de richtlijn staat onder meer het volgende:

- Er wordt aanbevolen om patiënten met heup- en/of knieartrose oefentherapie aan te bieden in de conservatieve fase en daarbij de FITTfactoren te volgen.*
- Bij de behandeling van patiënten met heup- en/of knieartrose door de therapeut dienen voorlichting/adviezen en oefentherapie centraal te staan. De toepassing van andere, niet-oefentherapeutische interventies wordt in principe afgeraden.*
- Er wordt afgeraden de volgende niet-oefentherapeutische interventies aan te bieden bij patiënten met heup- en/of knieartrose ter verbetering van het fysiek functioneren: massage, TENS, continuous passive motion (na een gewrichts vervangende operatie), elektromagnetisch veld, low level lasertherapie, passieve mobilisaties, shockwave, taping, thermotherapie (warmte- en koudetherapie), ultrageluid.*
- De evaluatie en afsluiting vindt plaats volgens de vigerende 'KNGF-richtlijn Dossiervoering'.*
- Bij elk therapeut-patiëntcontact worden de relevante behandelgegevens geregistreerd volgens de SOAP (subjectief, objectief, analyse en plan) systematiek. Bij langer durende interventies wordt duidelijk afgesproken wanneer tussentijds geëvalueerd wordt in relatie tot het (de) gestelde behandeldoel(en). Waar mogelijk wordt gebruikgemaakt van meetinstrumenten.*

De fysiotherapeut geeft aan dat de geboden zorg betreft 'onderhoudstherapie om comfort te verbeteren', waarbij als therapie massage, oefeningen en mobilisatie is toegepast. Uit het behandelplan van de fysiotherapeut blijkt niet dat de geboden oefentherapie conform de aanbevelingen in de richtlijn is uitgevoerd, noch dat de FITT-criteria zijn toegepast, noch dat het behandelresultaat is gemonitord en geëvalueerd. Tevens blijkt dat enkele expliciet niet aanbevolen therapievormen (massage, mobilisatie) wel zijn toegepast, zonder dat is beargumenteerd waarom van de richtlijn is afgeweken.

Oefentherapie bij artrose van heup of knie is aangetoond effectief. De geboden fysiotherapeutische interventie is echter geen oefentherapie, maar 'onderhoudstherapie om comfort te verbeteren', waarbij als fysiotherapeutische interventies massage, oefeningen en mobilisatie zijn toegepast. De geboden oefentherapie is niet uitgevoerd conform de KNGF-richtlijn (noch is daar beargumenteerd van afgeweken) en tevens zijn andere niet-aanbevolen therapievormen toegepast, waarvan de effectiviteit niet is onderbouwd. De geboden zorg voldoet derhalve niet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'.

Het Zorginstituut merkt ten overvloede op dat het aantal behandelingen dat vanwege heupartrose is gegeven onduidelijk is aangezien op de nota's verschillende indicaties zijn aangegeven. Dit is echter niet meer relevant nu de zorg niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat de fysiotherapie behandelingen van verzoeker niet voldoen aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' en daarom niet voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op de vergoeding van de gedeclareerde fysiotherapie behandelingen ten laste van de basisverzekering. De behandelingen behoren niet tot het verzekerde pakket. (...)"

- 6.2. In het definitief advies van 2 mei 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. Dit geldt ook voor de stellingen over de juistheid van het voorlopig advies. In het advies heeft het Zorginstituut zich gebaseerd op de informatie die in het dossier beschikbaar is. Tijdens de hoorzitting is geen nieuwe gedocumenteerde informatie aangevoerd die op onjuistheid van het advies zou wijzen.

U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen. (...)"

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 17 (2020 en 2021) 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) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over fysiotherapie en oefentherapie alsmede die uit Vo. nr. 883/2004 en het Burgerlijk Wetboek (BW) 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. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, te weten België, gegaan om daar behandelingen door een kinesitherapeut/fysiotherapeut te ondergaan. Het betreft hier planbare zorg waarop artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 ziet. Op grond van dit artikel kan een verzekerde zich met toestemming van het bevoegde orgaan wenden tot een zorgaanbieder in een andere lidstaat. Door verzoeker

is een ingevuld aanvraagformulier voor zorg in het buitenland overgelegd, door hem ondertekend op 11 februari 2021. Een deel van de behandelingen had toen al plaatsgevonden, terwijl daarnaast van een na die datum door de ziektekostenverzekeraar gegeven toestemming niet is gebleken. Waar het er om gaat of de gevraagde toestemming verzoeker terecht is onthouden, is in de eerste plaats van belang dat met de verordening geen uitbreiding van de verzekerde prestaties is beoogd. In dit verband is door de ziektekostenverzekeraar gesteld dat verzoeker niet in aanmerking komt voor vergoeding van de in België gemaakte kosten, omdat (i) de nota's niet zijn uitgesplitst, zodat niet duidelijk is wanneer verzoeker voor welke indicatie is behandeld, en (ii) voor zover het de behandeling van coxartrose van de beide heupen betreft, niet is voldaan aan de voorwaarde van gesuperviseerde oefentherapie. De commissie overweegt dienaangaande als volgt.

- 8.3. Op basis van artikel 18.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering (2020 en 2021) bestaat aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie. In genoemd artikel is bepaald dat maximaal 12 behandelingen oefentherapie bij artrose van de heup of knie gedurende een periode van maximaal 12 maanden worden vergoed. Dit strookt met artikel 2.6, vijfde lid, Bzv. In laatstgenoemde bepaling is opgenomen dat het dient te gaan om gesuperviseerde oefentherapie. Artikel 2 van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt dat de zorgverzekering is gebaseerd op de Zvw en de toelichtingen. Deze in de wet opgenomen voorwaarde maakt aldus deel uit van de verzekeringsovereenkomst.
- 8.4. Tussen partijen bestaat geen verschil van mening over het feit dat bij verzoeker sprake is van coxartrose van beide heupen. Daarmee vormt het bestaan van een verzekeringsindicatie een gegeven. Vervolgens is de vraag of verzoeker ook is behandeld in verband met deze indicatie. Dit is met name van belang voor de start van de termijn van twaalf maanden, en daarnaast om te kunnen nagaan of binnen die termijn het maximum van twaalf is bereikt. Uit de nota's valt dit alles niet op te maken, aangezien deze niet alleen 'coxartrose' vermelden, maar ook 'hielspoor' en 'discopathie L5-S1'.
- 8.5. Artikel 8 van de voorwaarden van de zorgverzekering (2020 en 2021) bepaalt dat de verzekerde en de verzekeringnemer verplicht zijn de ziektekostenverzekeraar alle medewerking te verlenen bij het verkrijgen van informatie die hij nodig heeft, met inachtneming van privacy wet- en regelgeving. Uit de door verzoeker in de procedure overgelegde informatie blijkt niet op welke momenten hij vanwege welke van de genoemde indicaties is behandeld. De verklaring van de zorgaanbieder van 6 juni 2022, waarin deze bij 'Frequentie' in algemene zin vermeldt: '1 x per maand', overtuigt in dit kader niet. Startdatum en aantal behandelingen van de heupen vanwege coxartrose zijn daarom niet bepaalbaar, en daarmee is niet voldaan aan artikel 7:941, tweede lid, BW. Zonder de desbetreffende informatie is het voor de ziektekostenverzekeraar immers niet mogelijk zijn uitkeringsplicht te beoordelen.
- 8.6. Uit het voorgaande volgt dat de vraag of sprake is geweest van daadwerkelijk gesuperviseerde oefentherapie geen beantwoording meer behoeft. Op grond van de zorgverzekering was de ziektekostenverzekeraar niet tot vergoeding gehouden. Een eventueel ten onrechte onthouden toestemming op grond van de verordening kan om die reden evenmin ertoe leiden dat behandelingen moeten worden vergoed.
- 8.7. Verzoeker heeft nog aangevoerd dat hij inmiddels elders is verzekerd, en dat deze verzekeraar hem de kosten van de behandelingen volledig vergoedt. Hij heeft hiertoe evenwel geen stukken overgelegd, zodat niet is te controleren hoe deze vergoeding tot stand is gekomen. Overigens heeft de commissie hiervoor geoordeeld dat de ziektekostenverzekeraar op de juiste wijze tot zijn afwijzende beslissing is gekomen.

Slotsom

- 8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 mei 2023,

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. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.6

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.

Voorschrijver

Tenzij wij andere afspraken hebben gemaakt met je zorgverlener, moeten de ter hand gestelde geneesmiddelen op voorschrift zijn van:

- huisarts;
- bedrijfsarts;
- jeugdarts;
- medisch specialist;
- tandarts;
- tandarts-specialist;
- verloskundige;
- specialistisch verpleegkundige;
- Physician Assistant;
- Specialist Ouderengeneeskunde
- Arts Verstandelijke Gehandicapten

Terhandstelling staat onder verantwoordelijkheid van een apotheekhoudende.

Wij vergoeden geen:

- farmaceutische zorg waarvan de minister heeft besloten dat het geen verzekerde zorg is of waaraan de minister bepaalde voorwaarden heeft gesteld waaraan niet is voldaan;
- geneesmiddelen voor ziekterisico bij reizen;
- geneesmiddelen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
- geneesmiddelen waarvoor een aanvraag om een handelsvergunning bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) is ingediend, of waarmee nog klinische proeven gaande zijn en dat bij ministeriële regeling te stellen voorwaarden beschikbaar is gesteld voor gebruik in schrijvende gevallen;
- eigen bijdrage(n) voor geneesmiddelen tot € 250,-;
- eigen bijdrage(n) voor geneesmiddelen die onder het eigen risico vallen;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) zit, met uitzondering van apotheekbereidingen van geneesmiddelen die op Bijlage 3A van de Rzv zijn opgenomen;
- homeopathische en antroposofische producten en geneesmiddelen;
- voedingssupplementen en niet als geneesmiddel geregistreerde vitaminen;
- andere kosten (bijvoorbeeld administratie- of verzendkosten).

Reglement farmaceutische zorg

In het Ditzo Reglement farmaceutische zorg Vrije Keuze hebben wij nadere voorwaarden vermeld over de beoordeling van de aanspraak op vergoeding van farmaceutische zorg. Dit betreft onder andere:

- toestemmingsvereisten;
- afleverhoeveelheden;
- specifieke bepalingen voor geneesmiddelen;
- vergoeding van geneesmiddelen.

Het Ditzo Reglement farmaceutische zorg Vrije Keuze kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen.

Artikel 18.9 Fysiotherapie en oefentherapie

Fysiotherapie en oefentherapie zijn behandelingen die zijn gericht op verbetering van je manier van bewegen en je houding bij lichamelijke klachten.

Algemeen

Het gaat om zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. De behandeling kan (deels) op afstand worden gegeven in de vorm van videoconsulten. Dit kan alleen wanneer je hier toestemming voor hebt gegeven. Voor een behandeling op een andere locatie dan de praktijk van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld aan huis of in een instelling, is een verklaring van een huisarts of medisch specialist nodig.

Fysiotherapie in het kader van gzsp

Indien je zorg ontvangt in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp), dan dient de zorg geleverd te worden volgens de voorwaarden zoals omschreven in artikel 18.11.

Bij jonger dan 18 jaar

Wij vergoeden fysiotherapie en oefentherapie:

- Wij vergoeden fysiotherapie en oefentherapie:

- als je aandoening wel wordt genoemd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering:
 - Je wordt behandeld door een (kinder)fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkenfysiotherapeut of oedeemtherapeut. Je hebt een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig. De in bijlage 1 genoemde behandelduur mag niet worden overschreden. Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut;
- als je aandoening niet wordt genoemd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering:
 - maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Je wordt behandeld door een (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar of oedeemtherapeut. Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut;
 - bij ontoereikend resultaat maximaal 9 extra behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Je hebt hiervoor een verklaring van een arts of medisch specialist nodig.

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen.

Bij 18 jaar of ouder

Wij vergoeden fysiotherapie en oefentherapie:

- als je aandoening wordt genoemd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering:
 - de behandelingen vanaf de 21ste behandeling. Je wordt behandeld door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkenfysiotherapeut, oedeemtherapeut of geriatrisch fysiotherapeut. Je hebt een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig. De in bijlage 1 genoemde behandelduur mag niet worden overschreden. Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut;
- maximaal negen behandelingen bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie. Je wordt behandeld door een bekkenfysiotherapeut. Je hebt een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig;
- maximaal de eerste 37 behandelingen bij de indicatie etalagebenen (fase 2 claudicatio intermittens) gedurende een periode van maximaal 12 maanden. Je hebt een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig;
- maximaal 12 behandelingen oefentherapie bij artrose van de heup of knie gedurende een periode van maximaal 12 maanden;
- afhankelijk van je klasse maximaal 5 (klasse A), 27 (klasse B1) of 70 behandelingen (klasse B2, C en D) gesuperviseerde oefentherapie bij COPD gedurende een periode van maximaal 12 maanden. Als na het startjaar nog onderhoudsbehandelingen nodig zijn, dan worden er maximaal 3 (klasse B1) of 52 behandelingen (klasse B2, C en D) per 12 maanden vergoed. Je hebt een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig.

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kun je vinden op www.ditzo.nl/zorgverzekering/reglementen.

Artikel 18.10 Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)

Gecombineerde Leefstijl Interventie is advies en begeleiding bij voeding, beweging en gedrag voor patiënten vanaf een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico. Het doel is een gezondere leefstijl voor de patiënt.

Vergoeding

Alleen de door het RIVM vanaf het niveau 'eerste aanwijzingen voor effectiviteit' erkende GLI-programma's komen in aanmerking voor vergoeding. Hierbij stellen wij als voorwaarden dat:

- je bent doorverwezen door je huisarts;
- alle zorgaanbieders van de GLI met minimaal de erkenning van leefstijlcoach zijn opgenomen in het register van Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN) of de aantekening leefstijlcoach hebben in Vektis;
- een zorgaanbieder van de GLI het zorgproces coördineert en fungeert als eerste aanspraakpunt voor de verzekerde;
- er een geldige indicatie is conform de beleidsregel met verwijzing van de huisarts (een aantoonbaar (matig) verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR);
- het programma moet door het RIVM op voldoende niveau van effectiviteit beoordeeld zijn in het erkenningstraject.

De behandeling kan (deels) op afstand worden gegeven in de vorm van videoconsulten. Dit kan alleen wanneer je hier toestemming voor hebt gegeven.

Artikel 18.11 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)

De geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp) is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare verzekerden die (nog) thuis wonen met (hoog) complexe problematiek. De specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten zijn meestal regiebehandelaar voor deze zorg.

De zorgvraag van verzekerden met gzsp is veelzijdig en kan liggen op het lichamelijke, psychische en/of gedragsmatige gebied. Voor een verzekerde met complexe problematiek of meerdere aandoeningen is het van belang dat de zorg op