

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.,  
beide te Houten  
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, manuele therapie, fysiotherapie  
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022  
Zaaknummer : 202200556  
Zittingsdatum : 1 maart 2023

## 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten,
  - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht en brief van 10 oktober 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 29 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 12 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 15 december 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 maart 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.4. Verzoeker heeft na afloop van de hoorzitting de nota van 17 februari 2023 overgelegd, waarmee de kosten zijn gefactureerd van de behandelingen fysiotherapie die hij heeft gehad van 25 februari 2022 tot en met 30 december 2022. Een kopie hiervan is op 6 maart 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 maart 2023 hierop gereageerd. Een kopie van die brief is op 17 maart 2023 ter kennisname aan verzoeker gezonden.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 en 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Topfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering en de eveneens ten behoeve van verzoeker afgesloten aanvullende verzekeringen Werldfit en Tandfit C zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker onderging in 2021 en 2022 behandelingen manuele therapie en fysiotherapie. Op 20 augustus 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar bij de zorgverlener aangekondigd een materiële controle uit te voeren. Bij brief van 15 november 2021 heeft verzoeker hiertegen bezwaar gemaakt. Tevens diende verzoeker op 17 november 2021 per e-mail een 'directieklacht' in. De (paramedisch adviseur van de) ziektekostenverzekeraar reageerde per e-mail, eveneens op 17 november 2021.  
Bij brief van 9 februari 2022 heeft de paramedisch adviseur aan de zorgverlener zijn voorlopige conclusie meegedeeld (deze was, kort gezegd, dat geen sprake is van doelmatig verleende zorg en dat de zorgverlener voor 2022 geen manuele therapie meer mag declareren. Wat betreft de

fysiotherapie is meegedeeld dat daarvoor een behandelplan conform de richtlijnen kon worden geleverd).

Bij e-mailbericht van 16 februari 2022 gaf de paramedisch adviseur een toelichting aan verzoeker. Verzoeker stuurde op 24 februari 2022 een reactie per e-mail. Bij e-mailbericht van 10 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard het advies van de paramedisch adviseur op te volgen, waarbij door hem is verwezen naar de SKGZ. Nadat verzoeker de kwestie had voorgelegd, is door de Ombudsman Zorgverzekeringen bemiddeld, echter zonder positief resultaat voor verzoeker.

#### 4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de behandelingen manuele therapie en fysiotherapie in 2022 volledig moet vergoeden.
- 4.2. Verzoeker heeft in dit verband toegelicht dat hij nierpatiënt is. In 1959 had hij een blaasontsteking, die heeft geresulteerd in een nierbekkenontsteking met littekenvorming in de nieren tot gevolg. Op advies van zijn behandelend nefroloog en de huisarts gebruikt hij in verband hiermee medicatie. Deze medicatie heeft ertoe geleid dat zijn gewicht is toegenomen van 97 kg naar 140 kg. Verzoeker heeft getracht af te vallen door meer te bewegen onder begeleiding van een coach, maar dit heeft geleid tot andere lichamelijke klachten, zodat hij hiermee moest stoppen. Daarnaast is verzoeker post-Covidpatiënt. De saturatie was op enig moment nog maar 88%. Ook kampt verzoeker met jicht.
- Door middel van de manuele therapie zijn de pijnklachten beheersbaar en blijft verzoekers conditie op peil. De behandeling is dan ook doelmatig. Graag zou hij terug willen naar een gewicht van 110, 120 kg. Zou hij stoppen met de medicatie, dan dreigt dialyse, met hogere kosten voor de ziektekostenverzekeraar tot gevolg.
- Verzoeker stelt dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor 50 behandelingen oefen-/fysiotherapie per jaar. Hij heeft voorgesteld dat de ziektekostenverzekeraar voor 2022 dit aantal behandelingen vergoedt - waartoe deze overigens contractueel verplicht is -, in welk geval verzoeker de extra kosten van de manuele therapie zelf zal betalen. Dit voorstel is door de ziektekostenverzekeraar evenwel verworpen.
- Volgens verzoeker kan het niet zo zijn dat zijn geval op afstand wordt beoordeeld, door iemand die niet bekend is met zijn medische situatie. Hij meent dat een second opinion door een onafhankelijk deskundige zou moeten plaatsvinden. Bij de materiële controle is zijn privacy geschonden.
- Verzoeker verwijst naar de verklaring van de manueel therapeut, waarin deze toelicht dat het voor hem niet mogelijk is een VAS-, PSK- of NPRS-score toe te voegen of SMART behandeldoelen te formuleren in het geval van verzoeker, omdat sprake is van klachten over het hele lichaam. Verzoeker wijst erop dat hij een door de minister van Financiën erkend assurantietussenpersoon is en dat hij dus weet waarover hij het heeft. De ziektekostenverzekeraar dient de belangen van zijn verzekerden voorop te stellen.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker, daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, verklaard dat het geschil de vergoeding van zowel de manuele therapie als de fysiotherapie in 2022 betreft. Verder heeft verzoeker, in aanvulling op wat hij eerder heeft geschreven, nog het volgende aangevoerd. De ziektekostenverzekeraar ziet de fysiotherapie ten onrechte los van de rest van zijn lijf. Verzoeker heeft benadrukt dat hij verschillende fysieke klachten heeft die invloed hebben op elkaar. Hij heeft de manuele therapie en de fysiotherapie nodig om mobiel te blijven. Verder is hij onder behandeling van een diëtist, gaat hij naar de sportschool en wordt hij begeleid door een lifestylecoach. Er is volgens verzoeker dus sprake van een multidisciplinaire behandeling. Als de ziektekostenverzekeraar verzoeker tijdig had verteld dat de onderhavige kosten niet meer zouden worden vergoed, had verzoeker zijn verzekering met ingang van 1 januari 2022 beëindigd. Eind 2021 leek het hem echter dat de fysiotherapie gewoon zou worden vergoed. Pas nadat de termijn om op te zeggen was verstreken, is aan hem meegedeeld dat deze kosten niet meer worden vergoed.

De behandelend manueel- en fysiotherapeut is van mening dat in de situatie van verzoeker een SMART-benadering niet mogelijk is. Het e-mailbericht van de zorgverlener, waarin staat dat hij geen beter behandelplan kan opstellen, is sarcastisch bedoeld.

Verzoeker heeft benadrukt dat hij niet in persoon is gezien door de ziektekostenverzekeraar. Hij vindt dit onbegrijpelijk. Ook heeft verzoeker er bezwaar tegen dat de ziektekostenverzekeraar niet in persoon ter zitting is verschenen, maar via beeldbellen aan de zitting heeft deelgenomen.

- 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 hij materiële controles uitvoert bij zorgaanbieders, waarbij hij verwijst naar de wetgeving ter zake en het Protocol Materiële Controle van Zorgverzekeraars Nederland. Als verzoeker zich hierin niet kan vinden, kan hij bezwaar maken bij de Nederlandse Zorgautoriteit.

Als kader voor de materiële controle heeft de ziektekostenverzekeraar gehanteerd: de KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie) richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging 2011-2014, de KNGF richtlijn Fysiotherapeutische dossiervorming versie 2016, het beroepsprofiel Fysiotherapie KNGF, het beroepsprofiel Manuele therapie NVMT (Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie), de domeinomschrijving manuele therapie NVMT en de aanwezige inhoudelijke richtlijnen van de KNGF en CBO (Centraal Begeleidings Orgaan).

In het geval van verzoeker heeft de paramedisch adviseur geconcludeerd dat:

- hij onvoldoende houvast heeft gekregen met betrekking tot de gebruikte diagnostiek, klinimetrie, meetinstrumenten; de gegevens zijn niet duidelijk ten aanzien van de indicatiestelling;
- de beperkte analyse en conclusie van de onderzoekgegevens in onvoldoende mate het daarna gevolgde beleid ondersteunen;
- er in meerdere dossiers niet wordt gekozen voor de hantering van een KNGF richtlijn. In het EPD wordt niet aangegeven waarom men dan afwijkt van een richtlijn;
- bij gebruik van een KNGF richtlijn komt het daarna gevolgde beleid niet overeen met de aanbeveling;
- uit het EPD wordt onvoldoende duidelijk dat de fysiotherapeut een (bege)leidende en sturende rol heeft in het behandelproces, behorende bij de noodzakelijk geachte deskundigheid en de competenties van de zorgprofessional;
- onderbouwing voor doelmatigheid manuele therapie ontbreekt.

Daarnaar gevraagd heeft de behandelend manueel therapeut niet kunnen onderbouwen waarom in het geval van verzoeker een zo groot aantal behandelingen nodig is. De therapie, zoals hier toegepast, voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en past niet binnen de kaders voor manuele therapie. Aangewezen is de inzet van een lifestylecoach en eventueel medische fitness, om te komen tot gewichtsverlies en conditie-opbouw.

De zorgverlener is in de gelegenheid gesteld een onderbouwing te leveren voor het grote aantal behandelingen, maar hierop is geen bevredigend antwoord gekomen. Het e-mailbericht van 16 maart 2022, waarin opnieuw vragen werden gesteld aan de zorgverlener, bleef onbeantwoord. Ook is door de ziektekostenverzekeraar gesuggereerd een oordeel over de kwestie te vragen van de NVMT of HCA, maar hierop werd niet gereageerd.

De ziektekostenverzekeraar concludeert, onder verwijzing naar het gestelde op bladzijde 14 van de Algemene regels en vergoedingen, dat de behandeling niet doelmatig is en dat in 2022 daarom geen vergoeding meer wordt verleend. Deze conclusie betreft uitsluitend de behandelingen manuele therapie en niet de behandelingen fysiotherapie. De zorgverlener kan hiervoor een SMART-geformuleerd behandelplan aanleveren.

Ten onrechte neemt verzoeker aan dat hij zonder meer recht heeft op vergoeding van 50 behandelingen fysiotherapie. Als assurantietussenpersoon zou juist hij beter moeten weten. Vergoeding is alleen aan de orde in geval van een medische noodzaak tot behandeling. Hierbij gelden de (verslagleggings)richtlijnen, protocollen en standaarden van de beroepsvereniging als uitgangspunt.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, verklaard dat alle kosten uit 2021 zijn vergoed. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de fysiotherapie in 2022 kan worden vergoed als er een behandelplan aan ten grondslag ligt. Dit is tot op heden echter niet gebleken. De behandelaar heeft verklaard dat hij dit niet kan organiseren. In dat geval kan ook niet de zorg worden geleverd volgens de geldende standaard. Voor de manuele therapie geldt dat deze niet voor vergoeding in aanmerking komt, omdat deze niet voldoet aan de voorwaarden. De ziektekostenverzekeraar heeft in 2021 aangegeven dat de controle mogelijk gevolgen zou hebben voor de vergoeding van de behandelingen. Er is wel gezegd dat verzoeker zich geen zorgen hoefde te maken over de vergoeding van de behandelingen die lopende het controletraject zouden plaatsvinden. Dit controletraject is medio februari 2022 afgerond. Daarom kunnen de kosten van de behandelingen fysiotherapie die hebben plaatsgevonden tot 16 februari 2022 nog worden vergoed. Verzoeker moet hiervoor de betreffende nota's ter declaratie indienen bij de ziektekostenverzekeraar.
- 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.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 maart 2023 herhaald dat verzoeker de kosten van fysiotherapie over de periode van 1 januari 2022 tot en met 16 februari 2022 alsnog ter declaratie kan indienen. De nadien gemaakte kosten van fysiotherapie worden niet vergoed zolang de ziektekostenverzekeraar geen correct behandelplan heeft ontvangen.

## 6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 78 van de Algemene regels van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 7. Beoordeling

- 7.1. De relevante verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Uit de stukken blijkt dat verzoeker in de jaren 2015 tot en met 2021, en in de eerste twee maanden van 2022, behandelingen fysiotherapie (totaal 199) en manuele therapie (totaal 102) heeft ondergaan. Partijen zijn er niet over verdeeld dat bij verzoeker geen indicatie volgens Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aan de orde is. De commissie neemt daarom als vaststaand aan dat - voor zover eerder behandelingen fysiotherapie en manuele therapie zijn vergoed - dit is gebeurd ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Gelet op het bepaalde op bladzijde 117 van de verzekeringsvoorwaarden van 2022 bestond in dat jaar aanspraak op maximaal 50 behandelingen oefen-/fysiotherapie, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie, per kalenderjaar. Daarnaast is in artikel 24 van de Algemene regels van de verzekeringsvoorwaarden bepaald dat alleen aanspraak bestaat op zorg waarop betrokkene naar aard en omvang redelijkerwijs is aangewezen, waarbij is vermeld dat de zorg doelmatig moet zijn.
- 7.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in 2022, naar aanleiding van de resultaten van een bij de zorgverlener uitgevoerde materiële controle, waarbij ook het dossier van verzoeker was betrokken, geoordeeld dat verzoeker geen aanspraak heeft op verdere behandelingen manuele therapie. Ten aanzien van de fysiotherapie heeft de ziektekostenverzekeraar geoordeeld dat de vergoeding

hiervan kan worden voortgezet als de behandelaar een SMART-geformuleerd (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden) behandelplan overlegt.

- 7.4. De eerste vraag die moet worden beantwoord, is of verzoeker in 2022 aanspraak had op eerder genoemde (maximaal) 9 behandelingen manuele therapie. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat bij verzoeker lage rugklachten en mogelijk nekklachten aan de orde zijn, en dat langdurige manuele therapie hiervoor niet is aangewezen. Ook overigens zou niet zijn gehandeld in overeenstemming met de toepasselijke richtlijnen e.d.. De behandelingen zouden om die reden niet doelmatig zijn.

De commissie overweegt dienaangaande dat in artikel 24 van de Algemene regels van de verzekeringsvoorwaarden is bepaald dat betrokkene naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg moet zijn aangewezen, en dat dit het geval is als de zorg doelmatig is. De zorg mag niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.

Uit de Domeinbeschrijving manuele therapie van de NVMT blijkt dat het manueeltherapeutisch beroepsdomein bevat: *"gezondheidsproblemen van musculoskeletale aard waarvoor een rationele (wetenschappelijke) basis bestaat voor specifiek manueeltherapeutische diagnostiek en behandeling. Gezondheidsproblemen van niet-musculoskeletale aard vallen buiten het beroepsdomein manuele therapie"*. Dit betekent dat de bij verzoeker bestaande lage rugklachten en nekklachten voor behandeling door een manueel therapeut in aanmerking komen, maar eventuele klachten in verband met de nierproblematiek niet.

Uit het Beroepscompetentieprofiel Manueel therapeut van de NVMT valt op te maken dat bij het competentieprofiel van de manueel therapeut het zogenoemde CanMEDS-model wordt gehanteerd. Hierin zijn uitgangspunten verwoord met betrekking tot het manueeltherapeutisch handelen, communiceren, samenwerken en professioneel handelen. De ziektekostenverzekeraar heeft, in vervolg op de door hem uitgevoerde materiële controle, bij brief van 9 februari 2022 zijn voorlopige bevindingen gedeeld met de zorgverlener. Laatstgenoemde is in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. In de brief wordt onderbouwd dat niet is gehandeld in overeenstemming met bedoelde uitgangspunten. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoeker is niet bestreden, dat op het e-mailbericht van 16 maart 2022 aan de zorgverlener geen inhoudelijke reactie is gevolgd. In aanvulling hierop heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 12 december 2022 aan de commissie meegedeeld dat in 2022 drie behandelingen manuele therapie door de behandelaar zijn gedeclareerd ten behoeve van verzoeker. In een later stadium zijn deze behandelingen door de behandelaar gecrediteerd. Dit laatste is door verzoeker niet weersproken. Ook verzoeker heeft de voorlopige bevindingen van de ziektekostenverzekeraar niet op inhoudelijke gronden aangevochten. Naast de enkele stelling dat de behandelingen wél doelmatig zijn, heeft verzoeker aangevoerd dat de beoordeling niet op afstand kan plaatsvinden. Nu uit de stukken blijkt dat bij deze beoordeling onder andere gebruik is gemaakt van verzoekers EPD - waarin alle relevante medische informatie zal zijn opgenomen - kan dit argument niet overtuigen.

Het bovenstaande leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden is tot vergoeding van de behandelingen manuele therapie in 2022.

- 7.5. De volgende vraag die moet worden beantwoord is of verzoeker in 2022 aanspraak had op maximaal 50 behandelingen fysiotherapie. Ook voor de aanspraak op fysiotherapie geldt het eerder genoemde doelmatigheidsvereiste van artikel 24 van de Algemene regels van de verzekeringsvoorwaarden.

Verzoeker kan aangewezen zijn op langdurige behandelingen fysiotherapie als deze erop gericht zijn de situatie stabiel te houden én ter voorkoming van klachten. In dat geval moet komen vast te staan hoe dit doel wordt bereikt en binnen welke termijn. Uit de informatie van de behandelend fysiotherapeut blijkt echter niet welke behandeldoelen zijn gesteld. Ook de duur van de behandelperiode en een duidelijke behandel frequentie ontbreken. De commissie oordeelt dat de ziektekostenverzekeraar zich terecht op het standpunt heeft gesteld dat een SMART geformuleerd behandelplan is vereist. Zonder deze informatie kan namelijk niet worden beoordeeld of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op langdurige fysiotherapie. De behandelend fysiotherapeut heeft bij e-mailbericht van 17 februari 2022 verklaard dat hij met zijn opleiding en competenties niet in staat is om een *"duidelijkere SMART doelstelling met daarbij gebruik makende van klinimetrie"* goed op papier te zetten. Verzoeker heeft ter zitting

aangevoerd dat de behandelend fysiotherapeut dit sarcastisch heeft bedoeld. De commissie leest het door verzoeker bedoelde sarcasme niet in het betreffende e-mailbericht. Ook anderszins is niet gebleken dat de behandelend fysiotherapeut de betreffende passage niet naar de letterlijke tekst daarvan heeft bedoeld. De commissie gaat daarom uit van de verklaring van de behandelend fysiotherapeut dat hij geen SMART-geformuleerd behandelplan kan opstellen. Hiermee is niet aangetoond dat verzoeker is aangewezen op langdurige behandelingen fysiotherapie. Gezien het voorgaande en het feit dat verzoeker al langdurig is behandeld met fysiotherapie en manuele therapie, mocht de ziektekostenverzekeraar besluiten de fysiotherapie niet langer te vergoeden.

De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting meegedeeld de kosten van de behandelingen fysiotherapie die verzoeker tot 16 februari 2022 heeft ondergaan nog te zullen vergoeden, zonder dat een SMART-geformuleerd behandelplan wordt overgelegd. Als verzoeker de nota's voor deze behandelingen ter declaratie indient bij de ziektekostenverzekeraar, zal de ziektekostenverzekeraar deze vergoeden conform de polisvoorwaarden.

- 7.6. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd over zijn gezondheidssituatie en medicatiegebruik, over de contractueel vastgelegde aanspraak op maximaal 50 behandelingen, en zijn rol als assurantietussenpersoon, kan niet leiden tot een andere uitkomst. Zoals hiervoor is uiteengezet is het aantal behandelingen oefen-/fysiotherapie beperkt tot 50 per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie. Dit is ongeacht de aanleiding tot die behandelingen. Voorts bestaat niet zonder meer aanspraak, maar moet betrokkene er naar aard en omvang redelijkerwijs op zijn aangewezen, waarbij ook kan worden getoetst aan de eis van doelmatigheid. Bij dit laatste spelen de richtlijnen van de beroepsvereniging een rol. Geconcludeerd is eerder dat de ziektekostenverzekeraar heeft kunnen oordelen dat door de zorgverlener niet in overeenstemming met deze richtlijnen is gehandeld. Door de ziektekostenverzekeraar is verder terecht erop gewezen dat het gegeven dat verzoeker assurantietussenpersoon is niet tot gevolg heeft dat voor hem andere regels van toepassing zijn.

*Slotsom*

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

Zeist, 12 mei 2023,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

### **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](http://www.rechtspraak.nl).*

### **BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering



### ● 3. Ik ben verzekerd bij ONVZ

**U heeft een verzekering bij ONVZ. Dan heeft u recht op vergoeding van zorg en diensten volgens de regels van die verzekering. Hier leest u daar meer over.**

Stel: u heeft bij ons een verzekering en u heeft fysiotherapie nodig. Wordt dat vergoed? En is het eigen risico van toepassing, of geldt er een eigen bijdrage?

#### ● Ik heb zorg nodig

21. Heeft u zorg nodig? De volgende regels en de vergoedingen bepalen of wij de zorg of diensten vergoeden. Meestal gaat vergoeding vanzelf. De zorgverlener vraagt rechtstreeks vergoeding van ONVZ. En ONVZ betaalt rechtstreeks aan de zorgverlener.

U mag het recht op vergoeding van zorgkosten niet aan iemand anders overdragen zonder onze toestemming (cessie). En niet gebruiken om iemand anders zekerheid te geven dat u een rekening van die ander gaat betalen (pandrecht).

**Wij betalen altijd in euro's.** Bij rekeningen in een andere muntsoort rekenen wij het bedrag om naar euro's. Met de wisselkoers op de laatste werkdag van de maand vóór de maand waarin u de zorg ontvangt.

22. **Uw verzekering vergoedt de zorg en geeft recht op de diensten die in de vergoedingen staan. Als aan de voorwaarden is voldaan.** Dat zijn de voorwaarden in de algemene regels die u nu leest. En de voorwaarden die bij de vergoedingen op de site staan.

In deze algemene regels staat bijvoorbeeld dat wij alleen zorg vergoeden die u in redelijkheid nodig heeft. Dit geldt dan altijd. Ook al wordt dit niet steeds herhaald.

Bij de vergoeding kan staan dat u van ons vooraf toestemming moet hebben voor u voor behandeling naar de zorgverlener gaat.

23. **De verzekering vergoedt de zorg en diensten zolang u bij ons verzekerd bent.** Op de datum van behandeling of de datum van aflevering (bij bijvoorbeeld een geneesmiddel) moet u dus bij ons verzekerd zijn. Brengt uw zorgverlener de hele behandeling met 1 tarief in rekening, zoals bij een dbc? Dan moet u op de datum van het openen van de dbc bij ons verzekerd zijn.

24. **Wij vergoeden alleen de zorg:**

**a. die naar inhoud en omvang effectief en veilig is**

Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond dat de zorg goed werkt. En dit in de praktijk is gebleken. Als deze maatstaf er niet is, dan geldt wat het betrokken vakgebied goede zorg vindt. Dat is de zorg die de groep van zorgverleners normaal gesproken verleent.

**b. en waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen**

Dit is het geval als de zorg voor u doelmatig is. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn. Dit geldt ook voor diensten.

**U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen redelijke afstand van uw woonadres.** Wat redelijk is, hangt af van de soort zorg en hoe dringend de zorg nodig is.

### ● Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar

Als bewegen moeilijk gaat of pijn doet.

#### ● Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	Behandelingen: <ul style="list-style-type: none"><li>• Lijst chronische fysiotherapie: vanaf 21e</li><li>• Etalagebenen: max. 37</li><li>• Artrose heup of knie: max. 12</li><li>• COPD: afhankelijk van GOLD-stadium, 0 tot 70</li><li>• Urine-incontinentie: max. 9</li><li>• Reumatoïde artritis, axiale spondyloartritis en COVID-19, uit vergoeding Voorwaardelijk toegelaten zorg</li></ul> Er kan een maximale behandelperiode gelden
<b>Startfit</b>	10 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie Max. per kalenderjaar
<b>Benfit</b>	16 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie Max. per kalenderjaar
<b>Optifit</b>	30 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie Max. per kalenderjaar
<b>Topfit</b>	50 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie Max. per kalenderjaar
<b>Superfit</b>	100%, max. 18 behandelingen manuele therapie Max. per kalenderjaar

#### ● Wat u vergoed krijgt

Heeft u lichamelijke klachten bij het bewegen, of door uw houding? Dan kan de fysiotherapeut of oefentherapeut bepalen wat er precies aan de hand is en u behandelen en begeleiden bij uw herstel. Vaak krijgt u oefeningen om te herstellen en om na het herstel te voorkomen dat de klachten terugkeren. Deze oefeningen doet u zelf thuis of in een sportschool.

De **basisverzekering** vergoedt fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder bij:

1. aandoeningen op de lijst chronische fysiotherapie
2. etalagebenen
3. artrose in heup of knie
4. COPD
5. urine-incontinentie
6. reumatoïde artritis, axiale spondyloartritis en COVID-19

## 1. aandoeningen lijst chronische fysiotherapie

Heeft u behandeling nodig door een aandoening die op de [lijst chronische fysiotherapie](#) staat? Dan vergoedt de basisverzekering vanaf de 21e behandeling. De basisverzekering vergoedt de eerste 20 behandelingen dus niet. Als in de lijst een maximale behandelperiode staat, stopt de vergoeding uit de basisverzekering als die periode om is.

## 2. etalagebenen

Bij etalagebenen (vernauwde slagaderen in de benen) vergoedt de basisverzekering oefentherapie onder begeleiding (looptraining), vanaf de 1e behandeling. Een arts moet hebben vastgesteld dat u perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine<sup>1</sup> heeft. De basisverzekering vergoedt maximaal 37 behandelingen, over een periode van maximaal 12 maanden.

## 3. artrose in heup of knie

Bij artrose in heup of knie vergoedt de basisverzekering gesuperviseerde oefentherapie vanaf de 1e behandeling. De basisverzekering vergoedt maximaal 12 behandelingen, over een periode van 12 maanden.

## 4. COPD

Bij COPD vergoedt de basisverzekering oefentherapie onder begeleiding, vanaf de 1e behandeling. Een arts moet hebben vastgesteld dat u COPD in GOLD<sup>2</sup>-stadium II of hoger heeft, en in welke klasse uw symptomen vallen. De basisverzekering vergoedt bij:

- klasse A: 1 keer maximaal 5 behandelingen, over een periode van maximaal 12 maanden
- klasse B1: maximaal 27 behandelingen in de 1e periode van maximaal 12 maanden, daarna steeds maximaal 3 behandelingen per 12 maanden
- klasse B2, C en D: maximaal 70 behandelingen in de 1e periode van maximaal 12 maanden, daarna steeds maximaal 52 behandelingen per 12 maanden

## 5. urine-incontinentie

Bij urine-incontinentie vergoedt de basisverzekering 1 keer maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie, vanaf de 1e behandeling.

## 6. reumatoïde artritis, axiale spondyloartritis en COVID-19

Bij reumatoïde artritis en axiale spondyloartritis, en na ernstige COVID-19, vergoedt de basisverzekering fysiotherapie soms, als u meedoet aan onderzoek. De voorwaarden staan in [Voorwaardelijk toegelaten zorg](#).

De **aanvullende verzekeringen** vergoeden extra behandelingen fysiotherapie en oefentherapie. Het maximale aantal behandelingen per kalenderjaar staat hierboven.

U kunt deze gebruiken als de basisverzekering (nog) niet vergoedt.

### Hier kunt u terecht

Voor zorg uit de basisverzekering:

- fysiotherapeut
- manueel therapeut<sup>3</sup>
- oefentherapeut Mensendieck of Cesar
- bekkenfysiotherapeut<sup>4</sup>
- geriatriefysiotherapeut<sup>5</sup>
- oedeemfysiotherapeut<sup>6</sup>
- huidtherapeut<sup>7</sup>: alleen voor oedeem- en littekentherapie

Voor zorg uit de aanvullende verzekering kunt u ook nog terecht bij de psychosomatisch fysiotherapeut<sup>8</sup>.

## **Andere vergoedingen**

Wilt u naar een andere therapeut? Bijvoorbeeld een chiropractor of osteopaat? Daarvoor geldt de vergoeding Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg.

Heeft u sportklachten? De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden ook sportmedisch onderzoek en begeleiding. Daarvoor geldt de vergoeding Preventief onderzoek.

## ● **Wat u zelf betaalt**

### **Het eigen risico**

Het eigen risico geldt alleen voor fysiotherapie en oefentherapie die onder de basisverzekering valt. Zo werkt het eigen risico

### **Geen eigen bijdrage**

Voor fysiotherapie en oefentherapie betaalt u geen eigen bijdrage.

## ● **Dit moet u zelf doen**

### **Andere behandellocatie? Dan moet u ons vooraf toestemming vragen**

Fysiotherapie of oefentherapie krijgt u in de praktijk van de therapeut of bij u thuis. Voor zorg ergens anders (bijvoorbeeld op het werk) moet u ons vooraf toestemming vragen. Die geven wij alleen als er een medische reden voor is.

## ● **Goed om te weten**

### **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in dat u geen vergoeding krijgt als de zorg niet doeltreffend is. En ook niet als u fysiotherapie of oefentherapie krijgt om een hoger sportniveau te bereiken. Om dat te beoordelen, kunnen wij (aanvullende) informatie opvragen over uw behandeltraject.

### **Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Hier is gebruikelijke zorg: de fysiotherapie en oefentherapie die fysio- en oefentherapeuten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### **Behandelingen onder de 18 jaar tellen mee**

Bent u dit jaar 18 jaar geworden? Vanaf dat moment geldt fysiotherapie vanaf 18 jaar. Behandelingen onder de 18 jaar tellen mee in het maximum aantal behandelingen.

### **Kwaliteitsregisters geven extra informatie**

Bij ons heeft u optimale keuzevrijheid. U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. In kwaliteitsregisters vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

## **Uitleg**

1. Fontaine: Een indeling voor de ernst van vaatlijden (zoals etalagebenen). Deze gaat van stadium I (geen klachten) tot stadium IV (weefselafsterving)
2. GOLD: Een wereldwijd gebruikte indeling voor de ernst van COPD. Deze gaat van stadium I (licht) tot stadium IV (zeer ernstig)
3. Manueel therapeut: Deze moet geregistreerd staan als manueel therapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
4. Bekkenfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als bekkenfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
5. Geriatriefysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als geriatriefysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
6. Oedeemfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als oedeemfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
7. Huidtherapeut: Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten
8. Psychosomatisch fysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als psychosomatisch fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie