

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

Zaaknummer: 202400821

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.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 17 september 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 1 oktober 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 13 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 14 november 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 januari 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken. Dit geldt tevens voor de eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen ONVZ Wereldfit en ONVZ Tandfit module C. Van 1 januari 2024 tot en met 30 juni 2024 had verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Vrije Keuze Topfit afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Met ingang van 1 juli 2024 is hij verzekerd volgens de voorwaarden van de aanvullende verzekering ONVZ Vrije Keuze Benfit.
- 2.2. Verzoeker heeft in de maanden januari en februari 2024 behandelingen fysiotherapie ondergaan. De kosten hiervan heeft hij ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Bij ongedateerd declaratieoverzicht vernam verzoeker dat de door hem gedeclareerde kosten niet worden vergoed.
- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 3 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door hem gemaakte kosten van fysiotherapie in januari en februari 2024 te vergoeden, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe in het klachtenformulier van 15 april 2024 aangevoerd dat hij eind 2023 heeft besloten de aanvullende verzekering Benfit om te zetten in de aanvullende ziektekostenverzekering. De reden hiervoor was dat hij voorzag dat hij in 2024 meer behandelingen fysiotherapie nodig zou hebben. Hij is al tien jaren onder behandeling bij dezelfde fysiotherapeut, en kreeg zijn behandelingen altijd vergoed van de ziektekostenverzekeraar. Na declaratie van zijn nota's voor behandelingen in januari en februari 2024 volgde echter een afwijzing omdat de fysiotherapeut niet is opgenomen in het juiste kwaliteitsregister. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij verwezen naar een e-mailbericht van 15 november 2023, waarin verzekerden worden geattendeerd op wijzigingen in het pakket. Dit betreft een standaard jaarlijkse geautomatiseerde mail, waarin niet is te lezen dat naast wijzigingen in dekking ook moet worden gelet op het feit dat een behandelaar moet zijn ingeschreven in een kwaliteitsregister. Verzoeker is van mening dat hij zonder een duidelijke attentie niet plots hoeft na te gaan of de fysiotherapeut waarvan de behandelingen sinds jaar en dag worden vergoed is opgenomen in een kwaliteitsregister. Volgens de ziektekostenverzekeraar is hij hierop sinds 2023 strenger gaan controleren. Verzoeker is evenwel van mening dat het hier gaat om een eenzijdige wijziging in het beleid, die expliciet met hem had moeten worden gecommuniceerd. Bovendien geldt dat als deze beleidswijziging al in 2023 is gerealiseerd, het vreemd is dat de afwijzing van de nota's pas in 2024 heeft plaatsgevonden. Verzoeker pleit voor een overgangsregeling, zoals deze ook is getroffen in het kader van de zorgverzekering.
- 3.3. In zijn brief aan de commissie van 17 september 2024 heeft verzoeker aanvullend verklaard dat hij een vergoeding wenst van de door hem ingestuurde declaraties, voorafgaand aan het aanhangig maken van de kwestie bij de commissie. Verzoeker ziet af van vergoeding van nieuw in te sturen declaraties en werpt de ziektekostenverzekeraar niet langer tegen dat hij na 1 juli 2024 verzekerd had moeten blijven op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop - daarnaar door de commissie expliciet gevraagd - nog aangevoerd dat hij zijn klacht over de vergoeding van de medische pedicure laat vallen. Wat betreft het reproduceren van de e-mail met wijzigingen merkt verzoeker op dat elke zorgverzekeraar dit hoort te kunnen. Uiteindelijk is de e-mail naar hem toegestuurd, maar het gaat ook om de inhoud. Deze e-mail wordt half november gestuurd, en daarin staat dat er wijzigingen zijn in de pakketten. Er staat bijvoorbeeld ook dat moet worden gecontroleerd of de behandelaar is gecontracteerd. Dat was in het geval van zijn fysiotherapeut in voorgaande jaren echter ook al niet het geval, en er werd voorheen nooit verwezen naar een kwaliteitsregister. Hij heeft hierover contact gehad met de ziektekostenverzekeraar nadat hij geen vergoeding ontving. Toen werd hem gezegd dat hij geluk had gehad omdat deze regels er al eerder waren, maar voorheen niet werden nageleefd. Als het beleid van de ziektekostenverzekeraar niet wordt uitgesproken, en ook niet dat er veranderingen zijn, kan dit niet aan hem worden tegengeworpen. Dit is bovendien iets dat volledig buiten hem om plaats heeft. Hij kan niet in de administratie van zijn fysiotherapeut. Zijn fysiotherapeut heeft pas op 16 april 2024 van de ziektekostenverzekeraar een brief ontvangen met wijzigingen voor 2024. De ziektekostenverzekeraar heeft hiermee verzaakt tijdig de fysiotherapeut te informeren. Als de ziektekostenverzekeraar hetzelfde beleid hanteert als in 2023 kan de verzekerde er niet van uitgaan dat er anders met dezelfde voorwaarden wordt omgegaan. Daarbij is door de ziektekostenverzekeraar gezegd dat hij coulant is naar verzekerden die de zorg vanuit de basisverzekering vergoed krijgen. Verzoeker heeft echter minder behandelingen afgenomen dan mensen vanuit de basisverzekering krijgen. Het gaat maar om zes behandelingen, terwijl het bij de basisverzekering vaak om negen behandelingen gaat.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van behandelingen fysiotherapie in het jaar 2024. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 25 juli 2024 aangevoerd dat op 15 november 2023 per e-mail aan alle verzekerden een overzicht is gestuurd van de gewijzigde voorwaarden in het aankomende kalenderjaar. Hierbij is ook de paramedische zorg genoemd, en is opgemerkt dat wijzigingen zijn gerealiseerd in de 'Algemene Regels en Vergoedingen' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Een overzicht van deze wijzigingen was te vinden op de website, waarnaar ook in het e-mailbericht is verwezen. Op de website werd vermeld dat vanaf 1 januari 2024 de voorwaarde geldt dat de fysiotherapeut een kwaliteitsregistratie heeft in het kwaliteitsregister van de KNGF of van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie. Het doel hiervan is het geven van inzicht in, en het borgen van de kwaliteit van zorg. Dit gebeurt onder andere doordat geregistreerde therapeuten zich conformeren aan het volgen van geaccrediteerde na- en bijscholing en het handelen volgens geldende richtlijnen en beroepsstandaarden. Het is voor de ziektekostenverzekeraar niet mogelijk zijn verzekerden individueel te informeren over hoe de gewijzigde voorwaarden invloed kunnen hebben in iemands persoonlijke situatie. Er zijn bovendien meer voorwaarden gewijzigd dan alleen die van fysiotherapie. Het was de verantwoordelijkheid van verzoeker te controleren of een wijziging van invloed is op zijn persoonlijke situatie. Naast de informatie die aan verzekerden is gestuurd, heeft de ziektekostenverzekeraar de beroepsvereniging van fysiotherapeuten en het KNGF en haar leden geïnformeerd in een webinar op 19 oktober 2023. Omdat de ziektekostenverzekeraar constateerde dat niet alle zorgverleners zijn verzekerden hierover correct informeerden, zijn op 17 april 2024 aan individuele zorgverleners nog brieven gestuurd, met het verzoek hen op de hoogte te brengen.
- 4.2. Met betrekking tot de aanvullende ziektekostenverzekering biedt de ziektekostenverzekeraar geen overgangsregeling aan. Voor de zorgverzekering is hiertoe wel besloten, met name met het oog op verzekerden met een chronische indicatie, zodat deze hun behandeltraject kunnen afmaken of tijdig op zoek kunnen gaan naar een nieuwe zorgverlener voor het jaar 2025. Bij wijzigingen kan een verzekerde de verzekering tot en met 31 januari van ieder kalenderjaar opzeggen. Verzoeker heeft er echter voor gekozen de aanvullende ziektekostenverzekering te wijzigen naar een hoger pakket. Daarmee is hij akkoord gegaan met de voorwaarden van deze verzekering.
- 4.3. In zijn brief aan de commissie van 13 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat bij het verzenden van de e-mailberichten over de jaarlijkse premie bekendmaking en wijzigingsoverzichten (de zogenoemde PRAP Pre-mail) gebruik wordt gemaakt van 'tracking pixels'. Hiermee wordt de effectiviteit van de e-mailberichten beoordeeld en kan worden vastgesteld of deze zijn ontvangen en geopend. Wanneer op basis hiervan blijkt dat de e-mailberichten niet zijn aangekomen, wordt de informatie per post nagestuurd. Uit de gegevens van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat de e-mailberichten op het bij hem bekende e-mailadres van verzoeker zijn aangekomen en dat deze ook zijn geopend. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat hiermee aan de informatieplicht is voldaan. Voor de volledigheid merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de voorwaarde ook op de website staat bij "Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar". Onder "Hier kunt u terecht" is vermeld door wie de zorg moet worden verleend om voor vergoeding in aanmerking te komen, waarbij per zorgverlener duidelijk is vermeld in welk kwaliteitsregister deze moet zijn opgenomen.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat van belang is of de e-mail met wijzigingen door verzoeker is ontvangen. Het is niet een e-mail geweest waarin alleen een wijziging is aangekondigd in de contractering. Bovendien gaat het hier niet om een beleidswijziging, maar om een nieuwe voorwaarde die geldt vanaf 1 januari 2024. In de betreffende mail staat een link naar de website waarop duidelijk staat dat het kwaliteitsregister een eis is om de behandelingen voor vergoeding in aanmerking te laten komen. Er worden zogenoemde 'tracking pixels' gebruikt waaruit blijkt wat er met de e-mail

is gebeurd. Deze e-mail is door verzoeker ontvangen en geopend. De ziektekostenverzekeraar kan niet anders dan opsturen wat er nu is gedaan. Deze mails worden aan alle verzekerden gestuurd via een geautomatiseerd systeem. Als extra dienstverlening heeft de verzekeraar eind 2023 via een webinar de leden van KNGF geïnformeerd, ook omdat er een informatieplicht rust op de fysiotherapeut om de verzekerde te informeren. Toch werden ondanks deze tijdige voorlichting nog declaraties ontvangen van fysiotherapeuten. Daarop is besloten ook een brief te verzenden om de situatie te verduidelijken. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de basisverzekering meer dan negen behandelingen fysiotherapie dekt, afhankelijk van de indicatie die een verzekerde heeft. Juist vanwege deze chronische indicaties heeft de ziektekostenverzekeraar besloten dat het stopzetten van die zorg medisch onverantwoord is voor verzekerden onder de basisverzekering. Daarom is voor die verzekerden een overgangsregeling getroffen. Voor de aanvullende verzekering is de situatie anders en is besloten niet vanuit coulanace te vergoeden.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 80 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante verzekeringsvoorwaarden en de bepaling uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn opgenomen in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. De aanspraak op fysiotherapie is geregeld op pagina 114 e.v. van de 'Algemene Regels en Vergoedingen' van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dekking bestaat voor 30 behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar, waarbij bij een gecontracteerde zorgaanbieder een volledige vergoeding wordt verleend en bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder een lagere vergoeding. Aan het einde van het artikel is in een kader onder het kopje 'uitleg' opgenomen dat een fysiotherapeut geregistreerd moet staan in het kwaliteitsregister van het KNGF of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie. In de voorwaarden van 2023 was deze eis ten aanzien van een fysiotherapeut nog niet vermeld. Het staat vast dat de behandelend fysiotherapeut in 2024 niet was opgenomen in één van beide kwaliteitsregisters, zodat - op basis van de verzekeringsvoorwaarden - vergoeding van de in dat jaar gemaakte kosten ter zake, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, terecht door de ziektekostenverzekeraar is geweigerd.
- 6.3. Wat partijen verdeeld houdt, is het antwoord op de vraag of deze wijziging voor verzoeker kenbaar was. Door de ziektekostenverzekeraar is in dit verband gesteld dat hij op 15 november 2023 aan zijn verzekerden een overzicht heeft gestuurd met de belangrijkste wijzigingen met ingang van 1 januari 2024. Het betreffende e-mailbericht is door de ziektekostenverzekeraar overgelegd. Omdat hierop geen datum is vermeld, heeft de ziektekostenverzekeraar een print uit zijn systeem aangeleverd met als kop 'document informatie', waaruit is af te leiden dat op 15 november 2023 een e-mailbericht aan verzoeker is verzonden. Verzoeker schrijft in het klachtenformulier over de inhoud hiervan: *"Dit betreft de standaard jaarlijkse geautomatiseerde mail. Hierdoor is op geen enkele wijze duidelijk dat er naast het letten op evt. wijzigingen vwb dekkingen ook gecheckt moet worden of je vaste behandelaar bij een kwaliteitsregister is aangesloten"*.
De vraag die vervolgens voorligt, is of uit het e-mailbericht voldoende duidelijk bleek welke voorwaarden waren gewijzigd. Het e-mailbericht dat door de ziektekostenverzekeraar in dat kader is overgelegd bevat een link naar de website, waarop de belangrijkste wijzigingen staan. Als op deze link wordt geklikt, en achtereenvolgens onder 'aanvullende verzekeringen' op 'bekijk wijzigingen', 'paramedische zorg: fysiotherapie en oefentherapie', verschijnt onderaan de volgende tekst: *"Heeft u zorg nodig van een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck?"*

Vanaf 1 januari 2024 moet die een kwaliteitsregistratie hebben. Een fysiotherapeut moet een registratie hebben in het kwaliteitsregister van de KNGF of van Stichting Keurmerk Fysiotherapie. Een oefentherapeut moet een registratie hebben in het Kwaliteitsregister Paramedici. U kunt dit navragen bij uw fysio- of oefentherapeut". Door de ziektekostenverzekeraar is onweersproken gesteld dat het e-mailbericht is gestuurd naar het bekende mailadres van verzoeker, en dat aan de hand van 'tracking pixels' is vastgesteld dat het ook is geopend. Uit het voorgaande volgt dat het vooraf voor verzoeker kenbaar was dat hij met ingang van 1 januari 2024 geen vergoeding meer zou krijgen als zijn fysiotherapeut niet bij een aangewezen kwaliteitsregister was ingeschreven. Verzoeker heeft van de bestaande opzegmogelijkheid bij een wijziging van premie en/of verzekeringsvoorwaarden (zie ook artikel 7:940, vierde lid, BW) geen gebruik gemaakt, zodat met ingang van 2024 de gewijzigde verzekeringsvoorwaarden onverkort van toepassing zijns.

- 6.4. Verzoeker heeft verzocht om een overgangsregeling, waarbij hij heeft gesteld dat hij al tien jaar onder behandeling is bij deze fysiotherapeut en dat de kosten hiervan steeds door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed. Verder heeft verzoeker aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar in het kader van de uitvoering van de zorgverzekering wel een overgangsregeling heeft getroffen. De ziektekostenverzekeraar heeft hierover verklaard dat de reden hiervan is dat hij verzekerden met een chronische indicatie in de gelegenheid wilde stellen de reeds gestarte behandeling af te maken dan wel tijdig op zoek te gaan naar een andere fysiotherapeut. De commissie merkt op dat een wijziging in de verzekeringsvoorwaarden niet automatisch tot gevolg heeft dat een overgangsregeling moet worden getroffen voor verzekerden die hiervan nadeel ondervinden. Dit kan anders zijn als gedurende langere tijd een beleid is gevoerd dat afwijkt van hetgeen in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald, zodat bij betrokkenen het vertrouwen is gewekt dat dit beleid ook in een volgend jaar zal worden voortgezet. Dat speelt hier niet. Zoals hiervóór is opgemerkt, gold de eis van opname in een kwaliteitsregister in 2023 niet en zijn de kosten van fysiotherapie in dat jaar gewoon vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. In andere gevallen waarin een overgangsregeling wordt getroffen, heeft die regeling een onverplicht karakter. De ziektekostenverzekeraar is vrij bij de invulling van zijn couloncebeleid. Slechts indien verzekerden in gelijke gevallen verschillend worden behandeld, kan voor de commissie aanleiding bestaan hierover een oordeel te geven. Dat is hier evenwel niet aan de orde.

Slotsom

- 6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 januari 2025,

J.W. Heringa

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 beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

● Fysiotherapie en oefentherapie tot 18 jaar

Als bewegen moeilijk gaat of pijn doet.

● Vergoeding per verzekering

| | |
|-------------------------|--|
| Basisverzekering | <ul style="list-style-type: none">• Lijst chronische fysiotherapie: 100%• Andere indicaties: 9 behandelingen, en na verwijzing 9 extra behandelingen <p>In de lijst chronische fysiotherapie kan een maximale behandelperiode staan</p> |
| Startfit | <ul style="list-style-type: none">• 10 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding <p>Max. per kalenderjaar</p> |
| Benfit | <ul style="list-style-type: none">• 16 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding <p>Max. per kalenderjaar</p> |
| Optifit | <ul style="list-style-type: none">• 30 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding <p>Max. per kalenderjaar</p> |
| Topfit | <ul style="list-style-type: none">• 50 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding <p>Max. per kalenderjaar</p> |
| Superfit | <ul style="list-style-type: none">• 100%, max. 18 behandelingen manuele therapie• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding |

● 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 **Vrije Keuze Basisverzekering** vergoedt fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden tot 18 jaar.

Heeft u behandeling nodig door een aandoening die op de lijst chronische fysiotherapie staat? Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering alle behandelingen. Als in de lijst een maximale behandelperiode staat, stopt de vergoeding uit de basisverzekering als die periode om is.

Bij aandoeningen die niet op de lijst chronische fysiotherapie staan, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Als u na deze 9 behandelingen wel verbetering merkt, maar nog niet van de klachten af bent, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering nog 9 extra behandelingen. U moet voor de start van deze 2e serie wel een verwijzing hebben.

De **aanvullende verzekeringen** vergoeden extra behandelingen fysiotherapie en oefentherapie. U kunt deze gebruiken als de basisverzekering (nog) niet vergoedt. Het maximale aantal behandelingen per kalenderjaar staat hierboven.

Bewegen

Zorgverlener zonder contract

Voor fysiotherapie uit de aanvullende verzekering, adviseren wij u naar een gecontracteerde fysiotherapeut te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke fysiotherapeuten wij een contract hebben. Heeft uw fysiotherapeut geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#) per behandeling. De rest betaalt u zelf.

Deze maximale vergoedingen gelden niet voor oefentherapie Cesar of Mensendieck.

Hier kunt u terecht

Voor zorg uit de Vrije Keuze Basisverzekering:

- fysiotherapeut¹
- kinderfysiotherapeut² of kinderoefentherapeut³
- manueel therapeut⁴
- oefentherapeut Mensendieck of Cesar⁵
- bekkenfysiotherapeut⁶ of bekkenoefentherapeut⁷
- oedeemfysiotherapeut⁸
- huidtherapeut⁹: alleen voor oedeem- en littekentherapie

Voor zorg uit de aanvullende verzekering kunt u ook nog terecht bij de psychosomatisch fysiotherapeut¹⁰ of psychosomatisch oefentherapeut¹¹.

Andere vergoedingen

Voor fysiotherapie en oefentherapie na ernstige COVID-19 geldt de vergoeding [Voorwaardelijk toegelaten zorg](#).

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

Geen eigen bijdrage

Voor fysiotherapie en oefentherapie betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Tot 18 jaar betaalt u geen eigen risico.

● Dit moet u zelf doen

Soms moet u een verwijzing hebben

Krijgt u behandeling voor een aandoening die niet op de lijst chronische fysiotherapie staat en valt de zorg onder de Vrije Keuze Basisverzekering? Dan moet u voor de 2e serie van 9 behandelingen een verwijzing hebben van uw huisarts, de medisch specialist, jeugdarts, verpleegkundig specialist of physician assistant¹².

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 school) 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.

Vanaf uw 18e geldt een andere vergoeding

Dat is Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar. Behandelingen onder de 18 jaar tellen mee in het maximum aantal behandelingen van die vergoeding.

Uitleg

1. Fysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
2. Kinderfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als kinderfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
3. Kinderoefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als kinderoefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici
4. Manueel therapeut: Deze moet geregistreerd staan als manueel therapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
5. Oefentherapeut Mensendieck of Cesar: Deze moet geregistreerd staan als oefentherapeut Mensendieck of Cesar in het Kwaliteitsregister Paramedici
6. Bekkenfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als bekkenfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
7. Bekkenoefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als bekkenoefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici
8. Oedeemfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als oedeemfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
9. Huidtherapeut: Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten
10. Psychosomatisch fysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als psychosomatisch fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
11. Psychosomatisch oefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als psychosomatisch oefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici
12. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Deze zorgverlener kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

● Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar

Als bewegen moeilijk gaat of pijn doet.

● Vergoeding per verzekering

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

● 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.

Heeft u lichte klachten? Of wilt u klachten voorkomen? Dan kunt u met de [Fysiochecknu app](#) ook zelf aan de slag. Doe de online fysio check en u krijgt een persoonlijk oefenprogramma in de app.

Als u 18 jaar of ouder bent, vergoedt de **Vrije Keuze Basisverzekering** een valpreventieve beweeginterventie. En fysiotherapie en oefentherapie bij 6 aandoeningen. We zetten het hieronder op een rij.

Bewegen

Valpreventieve beweeginterventie

Meestal biedt uw gemeente een valpreventief trainingsprogramma aan. Soms vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering een valpreventieve beweeginterventie. Dat is zo als:

- er bij u een hoog valrisico is vastgesteld in de valrisicotest, en
- uw huisarts, specialist ouderengeneeskunde of POH ouderenzorg een valrisicobeoordeling heeft gedaan, en
- uit die valrisicobeoordeling is gebleken dat u begeleiding van een fysiotherapeut of oefentherapeut nodig heeft door lichamelijke of psychische problemen

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt alleen door ons [erkende valpreventieve beweeginterventies](#).

Heeft u een valpreventieve beweeginterventie gedaan en heeft u er nog een nodig? Dan vergoeden wij die alleen als de start ervan minimaal 12 maanden later is dan de start van de vorige interventie.

Ook vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering fysiotherapie en oefentherapie bij de volgende aandoeningen:

1. Aandoeningen lijst chronische fysiotherapie

Heeft u behandeling nodig door een aandoening die op de [lijst chronische fysiotherapie](#) staat? Dan vergoedt de Vrije Keuze 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 Vrije Keuze Basisverzekering oefentherapie onder begeleiding (looptraining), vanaf de 1e behandeling. Een arts moet hebben vastgesteld dat u perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine¹ 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 Vrije Keuze Basisverzekering oefentherapie onder begeleiding vanaf de 1e behandeling. De basisverzekering vergoedt maximaal 12 behandelingen, over een periode van 12 maanden.

4. COPD

Bij COPD vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering oefentherapie onder begeleiding, vanaf de 1e behandeling. Een arts moet hebben vastgesteld dat u COPD in GOLD²-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 Vrije Keuze 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 Vrije Keuze Basisverzekering fysiotherapie soms, als u meedoet aan onderzoek. De voorwaarden staan in [Voorwaardelijk toegelaten zorg](#).

De **aanvullende verzekeringen** vergoeden extra behandelingen fysiotherapie en oefentherapie. U kunt deze gebruiken als de basisverzekering (nog) niet vergoedt. Het maximale aantal behandelingen per kalenderjaar staat hierboven.

Bewegen

Voor fysiotherapie uit de aanvullende verzekering, adviseren wij u naar een gecontracteerde fysiotherapeut te gaan. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke fysiotherapeuten wij een contract hebben. Heeft uw fysiotherapeut geen contract met ons? Dan gelden er [maximale vergoedingen](#) per behandeling. De rest betaalt u zelf.

Deze maximale vergoedingen gelden niet voor oefentherapie Cesar of Mensendieck.

Hier kunt u terecht

Voor een valpreventieve beweeginterventie: een fysio- of oefentherapeut die bij de [erkende valpreventieve beweeginterventies](#) genoemd staat.

Voor andere zorg uit de Vrije Keuze Basisverzekering:

- fysiotherapeut³
- manueel therapeut⁴
- oefentherapeut Mensendieck of Cesar⁵
- bekkenfysiotherapeut⁶ of bekkenoefentherapeut⁷
- geriatriefysiotherapeut⁸ of geriatrie-oefentherapeut⁹
- oedeemfysiotherapeut¹⁰
- huidtherapeut¹¹: alleen voor oedeem- en littekentherapie

Voor zorg uit de aanvullende verzekering kunt u ook nog terecht bij de psychosomatisch fysiotherapeut¹² of psychosomatisch oefentherapeut¹³.

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](#).

Komt u niet in aanmerking voor onze valpreventieve beweeginterventie? Neemt u dan contact op met uw gemeente. Ook die biedt trainingsprogramma's voor valpreventie aan. Heeft uw gemeente geen passend aanbod? Dan geldt soms de vergoeding [Preventiecurssussen](#).

• Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor fysiotherapie en oefentherapie betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor fysiotherapie en oefentherapie die onder de basisverzekering valt. Dus ook voor de valpreventieve beweeginterventie. [Zo werkt het eigen risico](#)

• Dit moet u zelf doen

Voor de valpreventieve beweeginterventie moet u een verwijzing hebben

U moet een verwijzing hebben van uw huisarts, specialist ouderengeneeskunde of POH ouderenzorg.

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.

Bewegen

● 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.

Let op uw eigen risico als de specialist ouderengeneeskunde de valrisicobeoordeling doet

De valrisicobeoordeling doet uw huisarts, specialist ouderengeneeskunde of POH ouderenzorg. Als de huisarts of POH ouderenzorg deze beoordeling doet, geldt geen eigen risico. Als de specialist ouderengeneeskunde deze beoordeling doet, valt dat onder de vergoeding Geneeskundige zorg voor specifieke patientgroepen (gzsp) en geldt het eigen risico wel.

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. Fysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
4. Manueel therapeut: Deze moet geregistreerd staan als manueel therapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
5. Oefentherapeut Mensendieck of Cesar: Deze moet geregistreerd staan als oefentherapeut Mensendieck of Cesar in het Kwaliteitsregister Paramedici
6. Bekkenfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als bekkenfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
7. Bekkenoefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als bekkenoefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici
8. Geriatriefysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als geriatriefysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
9. Geriatrie-oefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als geriatrie-oefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici
10. Oedeemfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als oedeemfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
11. Huidtherapeut: Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten
12. Psychosomatisch fysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als psychosomatisch fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
13. Psychosomatisch oefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als psychosomatisch oefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici