

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202401874

## Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

## 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 26 maart 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 23 mei 2025 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 18 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 22 juli 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Op 18 augustus 2025 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 19 augustus 2025 aan de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut gestuurd.
- 1.4. Bij brief van 6 november 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025016620) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft nader onderzoek geadviseerd. Een kopie van voornoemd advies is op 7 november 2025 aan partijen gezonden. Hierbij is verzoekster gevraagd om het geadviseerde nader onderzoek te verrichten. Op 12 november 2025 heeft verzoekster de commissie haar reactie gestuurd. Een kopie van deze reactie is op 13 november 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 14 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie hiervan is diezelfde dag aan verzoekster gezonden. Ook is de uitkomst van het nader onderzoek aan het Zorginstituut gestuurd.
- 1.5. Bij brief van 10 december 2025 heeft het Zorginstituut een nader voorlopig advies uitgebracht. Op 11 december 2025 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Een kopie van het nader voorlopig advies is op 12 december 2025 aan partijen gestuurd. Daarnaast is het bericht van verzoekster van 11 december 2025 diezelfde dag in afschrift aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

- 1.6. Verzoekster heeft op 19 december 2025, 6 januari 2026, 13 januari 2026, 27 januari 2026, 2 maart 2026, 4 maart 2026 en 16 maart 2026 aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Kopieën hiervan zijn aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.7. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 maart 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.8. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 30 maart 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het nader voorlopig advies van 10 december 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 13 april 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het nader voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Ook heeft het Zorginstituut een aanvulling gegeven. Een kopie van dit advies is op 14 april 2026 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld te reageren. Van partijen heeft de commissie geen reactie ontvangen.

## **2. Vaststaande feiten**

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Benfit, ONVZ Werkfit en ONVZ Tandfit Module C (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. In 2024 heeft verzoekster van de ziektekostenverzekeraar een bericht ontvangen over de controle van de aanspraak op behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Op 4 april 2024 heeft verzoekster hierover een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Partijen hebben hierover vervolgens per e-mail gecorrespondeerd.
- 2.3. Bij e-mailbericht van 19 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat door hem eerder ten onrechte akkoord is gegeven voor behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Verzoekster heeft hierop gereageerd. Bij e-mailberichten van 10 en 15 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt ter zake nader toegelicht.
- 2.4. Bij brief van 6 november 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.5. Bij brief van 10 december 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 13 april 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

## **3. Standpunt verzoekster**

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is een akkoordverklaring af te geven voor behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoekster heeft toegelicht dat zij al jaren behandelingen fysiotherapie ondergaat. Zij is bekend met het Ehlers-Danlos Syndroom, hypermobiele type (hEDS). Deze diagnose is gesteld door een klinisch geneticus. hEDS is een collageenziekte zoals genoemd op bijlage 1, behorende bij artikel 2.6, tweede lid, van het Besluit Zorgverzekering. Op grond hiervan bestaat aanspraak op

behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster verklaringen van de behandelend klinisch geneticus overgelegd.

- 3.3. Bij brief van 26 februari 2018 heeft de behandelend klinisch geneticus onder meer het volgende verklaard: *“Het betreft een 45-jarige vrouw met gegeneraliseerde hypermobiliteit van de grote gewrichten, chronische gewrichtsklachten en een iets zachte huid bij verder geen bijzondere uiterlijke kenmerken (geen marfanoïde habitus). Bij patiënte is waarschijnlijk sprake van EDS van het hypermobiele type of het benigne hypermobiliteitssyndroom. Deze diagnoses kunnen vaak alleen op basis van klachten en het lichamelijk onderzoek gesteld worden. Mede vanwege ontbrekende familiegegevens, is bij patiënte nog wel DNA-onderzoek ingezet naar EDS en bindweefsel gerelateerde aandoening”*.
- 3.4. Bij brief van 30 juni 2018 heeft de behandelend klinisch geneticus onder meer het volgende verklaard: *“Patiënte heeft waarschijnlijk het hypermobiliteitssyndroom (HMS/HSD) dan wel EDS hypermobiele type. Er is echter geen goede bloedtest waarmee we HMS/EDS hypermobiele type kunnen aantonen of uitsluiten. Bij DNA-diagnostiek werd géén erfelijke aanleg aangetoond voor andere vormen van Ehlers Danlos syndroom (zoals het klassieke of vasculaire type) of andere bindweefselgerelateerde aandoeningen”*.
- 3.5. Verzoekster heeft toegelicht dat zij na een bezoek aan de reumatoloog eind 2015 een artrodese van de enkel heeft ondergaan. Er was echter geen botgroei en er waren veel problemen met de pezen. Naar aanleiding hiervan en de andere signalen, namelijk hechtingen die niet oplossen, veel blauwe plekken, vertraagde genezing, verhoogde spierspanning, verstoorde proprioceptie en de ontbrekende familiegeschiedenis, heeft de reumatoloog geadviseerd om naar de huisarts te gaan en een verwijzing naar een klinisch geneticus te vragen om alles te laten uitzoeken. De huisarts was het hiermee eens en heeft verzoekster doorverwezen.  
Verzoekster heeft een kopie van een interview overgelegd om een beeld te geven van haar persoonlijke situatie. Daarnaast heeft zij medische informatie van verschillende artsen aangeleverd.
- 3.6. In oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster geïnformeerd dat vergoeding van fysiotherapie vanuit de zorgverzekering mogelijk was, mits een juiste verwijzing zou worden aangeleverd. Daarbij zijn expliciet de bijbehorende diagnosecodes genoemd. Pas in een later stadium is de onderliggende specialistische diagnose ter discussie gesteld, zonder dat aan het dossier nieuwe medische feiten zijn toegevoegd.  
In 2018 is het dossier van verzoekster uitgebreid en specialistisch beoordeeld door de polikliniek Klinische Genetica. In de brieven van 26 februari 2018 en 30 juni 2018 concludeert de klinisch geneticus dat waarschijnlijk sprake is van het hypermobiliteitssyndroom (HMS/HSD) dan wel Ehlers-Danlos syndroom hypermobiele type (hEDS). Daarbij is aanvullend DNA-onderzoek verricht, waarmee andere vormen van EDS en bindweefsel-aandoeningen expliciet zijn uitgesloten. De klinisch geneticus vermeldt nadrukkelijk dat het ontbreken van genetische afwijkingen hEDS/HMS niet uitsluit en dat voor deze aandoeningen geen definitieve test bestaat. Het feit dat verzoekster is geadopteerd, maakt het vaststellen van een familieanamnese onmogelijk. Juist daarom is deze klinische beoordeling doorslaggevend geweest; dit is door de klinisch geneticus expliciet meegewogen.
- 3.7. De diagnose is gesteld conform de internationale richtlijnen. De reumatologische en genetische bevindingen zijn consistent en aanvullend. Het reumatologieverlag uit 2014 sluit de gestelde diagnose niet uit. Integendeel, hierin worden chronische artralgieën en myalgieën bij hypermobiele gewrichten, fibromyalgie-achtige klachten (14/18 tenderpoints) en het ontbreken van auto-immuun of inflammatoire reuma vastgesteld. Dit ondersteunt kenmerk C van de internationale hEDS-criteria en voldoet aan criterium 3, nu alternatieve verklaringen zijn uitgesloten. Het Zorginstituut stelt dat criteria 2 en 3 niet konden worden beoordeeld. Deze

beoordeling is echter wél verricht en vastgelegd door de klinisch geneticus. Het diagnostisch traject is afgerond en zonder nieuwe klinische verschijnselen volgt geen herbeoordeling. De afwijzing door de klinisch geneticus van een nieuwe verwijzing betreft een triagebesluit op basis van landelijke verwijscriteria en zegt niets over de eerder verrichte genetische diagnostiek. De klinisch geneticus heeft bovendien aangeboden dat de ziektekostenverzekeraar contact kon opnemen voor een nadere toelichting. Van deze mogelijkheid is geen gebruik gemaakt. Het verlangen van een aanvullende medische onderbouwing, zonder overleg met de behandelend specialist, acht verzoekster onvoldoende zorgvuldig en raakt aan de zorgplicht van een zorgverzekeraar.

Verzoekster heeft diverse stukken van behandelend artsen overgelegd en verwezen naar antwoorden op Kamervragen van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 15 januari 2026.

- 3.8. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat er bij haar, omdat zij is geadopteerd, altijd een component zal zijn die niet kan worden aangetoond. Zij heeft nog contact opgenomen met de Nederlandse Zorgautoriteit en die heeft aangegeven dat het eigenlijk gaat om de vraag of de behandeling nodig is. In dit geval is fysiotherapie nodig om zo mobiel mogelijk te blijven en te voorkomen dat een rolstoel moet worden gebruikt. Verzoekster heeft een grote angst om permanent in een rolstoel terecht te komen. Op dit moment is het financieel nog mogelijk om aanvullend verzekerd te zijn, maar het is de vraag of dit nog lang mogelijk blijft. Overstappen naar een andere verzekeraar is niet mogelijk vanwege de aandoening. Verzoekster begrijpt dat het belangrijk is dat er controle wordt uitgevoerd door de ziektekostenverzekeraar. Er wordt namelijk ook misbruik gemaakt van de diagnose. Hiervan is zij de dupe.

Op dit moment is verzoekster onder behandeling bij een orthopeed en bij de pijnpoli, maar niet meer bij een klinisch geneticus. Volgens de klinisch geneticus is een nieuwe verwijzing niet zinvol. Het blijft een waarschijnlijkheidsdiagnose. Zelf heeft verzoekster gevraagd of een nieuwe verwijzing naar de reumatoloog een optie zou zijn, maar dat was op dit moment niet nodig. De laatste keer dat verzoekster bij een reumatoloog is geweest, was in 2014. Zij is bereid om zich opnieuw tot de reumatoloog te wenden, maar het verkrijgen van een diagnose is niet eenvoudig. In de brief van de klinisch geneticus staat niet alles dat is besproken. Toen verzoekster bij de klinisch geneticus was, zijn een aantal dingen besproken waarvan zij zelf dacht dat het normaal was. Bijvoorbeeld dat haar heup direct uit de kom raakte na een val. Of een schouder tijdens het sporten. In een gesprek tussen de ziektekostenverzekeraar met de klinisch geneticus was dit mogelijk duidelijk geworden, maar de ziektekostenverzekeraar heeft nooit contact opgenomen met de afdeling klinische genetica. Een klinisch geneticus had kunnen uitleggen waarom er staat dat het een waarschijnlijkheidsdiagnose is. Dit is te allen tijde zo, omdat het niet kan worden gecontroleerd in bloed of DNA. Dit zal het ook blijven. Waarschijnlijk betekent in dit geval niet dat het niet zo is, maar alleen dat het niet kan worden aangetoond in bloed en DNA. Het is een klinische beoordeling. Dit geldt temeer omdat niet kan worden gekeken naar familiegeschiedenis. Bij een van de kinderen van verzoekster is mogelijk ook sprake van hEDS. Sommige artsen gebruiken het woord 'waarschijnlijk' niet, omdat ze weten hoe het systeem werkt. Deze arts schrijft het zuiver op en gebruikt het woord 'waarschijnlijk'. Het blijft altijd een waarschijnlijkheidsdiagnose.

#### 4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat op dit moment geen aanspraak bestaat op behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. In zijn brief van 18 juli 2025 heeft hij gesteld dat hij zich het recht voorbehoudt om gedeclareerde rekeningen te controleren. De ziektekostenverzekeraar controleert dan of de ontvangen zorg daadwerkelijk heeft plaatsgevonden en of deze zorg ook nodig was. Verzoekster heeft in het verleden vergoeding voor fysiotherapie vanuit de zorgverzekering ontvangen in verband met hEDS. De ziektekostenverzekeraar ging uit van een chronische indicatie, zoals genoemd in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Hierdoor

bestond recht op vergoeding ten laste van de zorgverzekering. In het kader van het controleproces van de ziektekostenverzekeraar is deze indicatie later opnieuw beoordeeld, waarbij is gebleken dat de indicatie niet definitief is vastgesteld bij verzoekster. Dit heeft tot gevolg dat er geen recht is op vergoeding vanuit de zorgverzekering. Bij een eerdere controle is opgemerkt dat op de verwijzing stond: *“Bij patiënte is waarschijnlijk sprake van EDS van het hypermobile type of het benigne hypermobilitéitssyndroom”*. Omdat deze niet voldeed, is er een nieuwe verwijzing aangeleverd door de huisarts met diagnose EDS. Hiermee is de ziektekostenverzekeraar destijds akkoord gegaan. Bij de controle die recent heeft plaatsgevonden, is vastgesteld dat voornoemd akkoord te voorbarig is gegeven. Omdat een huisarts deze diagnose eigenlijk niet kan stellen, zijn er aanvullende vragen gesteld. Verzoekster heeft toen aanvullende informatie aangeleverd. Uit de brieven afkomstig van het AMC blijkt dat het gaat om een waarschijnlijkheidsdiagnose. De huisarts had deze medische indicatie dan ook niet op de verwijzing mogen vermelden. Aangezien het niet aan verzoekster is te wijten dat aanvankelijk akkoord is gegeven, zal de ziektekostenverzekeraar de kosten van de behandelingen die reeds zijn vergoed niet terugvorderen. Het voorgaande neemt niet weg dat van de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid niet kan worden verwacht dat hij de zorg blijft vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Dit betekent dat verzoekster recht heeft op vergoeding van de behandelingen fysiotherapie tot en met 1 november 2024.

Om haar tegemoet te komen heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster het aanbod gedaan lopende het jaar 2024 de aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten. Van dit aanbod heeft verzoekster ook gebruik gemaakt. Op grond van deze verzekering bestaat aanspraak op 50 fysiotherapiebehandelingen per jaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding van het onderhavige geschil contact opgenomen met het Zorginstituut en gevraagd of een waarschijnlijkheidsdiagnose voor EDS kan leiden tot aanspraak op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Het Zorginstituut heeft deze vraag bij bericht van 20 december 2024 ontkennend beantwoord. In dit verband heeft het Zorginstituut overwogen dat: *“De diagnose moet door een arts zijn gesteld op basis van de daarvoor geldende criteria die in richtlijnen, wetenschappelijke documenten of documenten van de nationale of internationale beroepsorganisaties zijn vastgesteld. Als iemand daaraan voldoet, dan zal de arts de diagnose met zekerheid kunnen stellen. Als er nog onderzoek loopt, bijvoorbeeld op genetisch gebied, dan is er sprake van een vermoedelijke diagnose of waarschijnlijkheidsdiagnose die nog bevestigd moet worden. Zolang dat nog niet gebeurd is geldt dit niet als diagnose. Als onduidelijk is wat de status van de diagnose is, dan kan bij de arts nadere informatie over de onderbouwing worden opgevraagd.”* In lijn hiermee heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om op basis van de “Diagnostic Criteria for Hypermobile Ehlers-Danlos Syndrome (hEDS)” van The International Consortium on Ehlers-Danlos Syndromes and Hypermobility Spectrum Disorders de indicatie te laten bevestigen door de behandelend artsen en het AMC. Naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar zijn dit criteria die door de beroepsgroep – op basis van wetenschappelijke documenten – zijn opgesteld en daarmee leidend zijn. Daarbij heeft hij opgemerkt dat criterium 1 van de “Diagnostic Criteria for Hypermobile Ehlers-Danlos Syndrome (hEDS)”, de zogenoemde Beighton-score, bij de ziektekostenverzekeraar bekend is. Aangezien daarnaast informatie ontbreekt over de biologische familie van verzoekster als gevolg van adoptie, begrijpt de ziektekostenverzekeraar dat het niet mogelijk is om de familieanamnese objectief vast te stellen. Op basis van de beschikbare gegevens en ter voorkoming van ongerechtvaardigde uitsluiting, gaat de ziektekostenverzekeraar in dit geval ervan uit dat sprake is van een positieve familiehistorie met betrekking tot hEDS (Kenmerk B). Dit betekent concreet dat nog moet worden aangetoond dat aan criterium 2a óf 2c is voldaan, en aan criterium 3.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat het, zonder volledige en onderbouwde diagnose conform de geldende medische richtlijnen, op dit moment niet mogelijk is om tot vergoeding van de behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering over te gaan. Zodra aanvullende medische documentatie beschikbaar is waaruit blijkt dat aan alle diagnostische criteria is voldaan, kan de aanvraag opnieuw worden beoordeeld.

- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat bij de beoordeling is gekeken naar de geldende richtlijnen. Voor deze beoordeling gebruikt de ziektekostenverzekeraar de diagnostische criteria van hEDS. Eén criterium is weggestreept vanwege de adoptie. Verzoekster voldoet echter niet aan criteria 2, onderdeel a of c en criteria 3. De ziektekostenverzekeraar wil graag meedenken, maar op dit moment is er onvoldoende informatie om te kunnen concluderen dat aanspraak bestaat op vergoeding van fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Bij de controle in 2024 zijn vraagtekens gezet bij de verwijzing. Dit heeft geleid tot het huidige geschil. Op basis van de internationale richtlijnen voor hEDS was er geen mogelijkheid om de fysiotherapie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Op basis van de tot nu toe overgelegde informatie, kan niet worden geconcludeerd dat aanspraak bestaat op vergoeding van fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft onderzocht of vergoeding op een andere grond mogelijk is, bijvoorbeeld vanwege reumatoïde artritis. Daarvoor geldt dat sprake moet zijn van ernstige functionele beperkingen in het dagelijks leven die ook zijn vastgesteld door een reumatoloog. Dat hiervan sprake is, blijkt niet uit het dossier. De stukken van de reumatoloog geven ook niet de huidige situatie weer. De ziektekostenverzekeraar is nog steeds bereid om te kijken of vergoeding mogelijk is op grond van een andere aandoening, bijvoorbeeld reumatoïde artritis, indien de daarvoor noodzakelijke onderbouwing wordt aangeleverd.

## 5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 6 november 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

### **“Beoordeling**

*De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.*

### Richtlijn hEDS

*In 2017 zijn internationale diagnostische criteria opgesteld voor de verschillende subtypes van EDS, waaronder hEDS. Voor hEDS gelden de volgende voorwaarden:*

### Voorwaarde één

*Gegeneraliseerde gewrichtshypermobiliteit, aangetoond met een Beighton score op basis van gewrichtsonderzoek (maximaal negen punten) van  $\geq$  zes voor kinderen en adolescenten,  $\geq$  vijf voor mannen en vrouwen na de pubertijd, en  $\geq$  vier voor mannen en vrouwen boven de 50 jaar. Als de Beighton score één punt lager is dan het vereiste aantal punten bij geslacht en leeftijd maar minimaal twee vragen zijn positief van onderstaande “Vijf-punten vragenlijst”, dan is er ook sprake van gegeneraliseerde gewrichtshypermobiliteit.*

### Vijf-punten vragenlijst

1. *Kunt u (of kon u ooit) uw handen plat op de grond plaatsen zonder [uw] knieën te buigen?*
2. *Kunt u (of kon u ooit) uw hand tegen uw onderarm buigen?*
3. *Amuseerde u als kind uw vrienden met abnormale bewegingen of kon u de split?*
4. *Heeft u als kind of tiener meerdere keren uw knieschijf of schouder geluxeed?*
5. *Ziet u zichzelf als erg lenig/hypermobiel?*

### Voorwaarde twee

*Twee van de volgende kenmerken A, B en C moeten aanwezig zijn:*

#### *Kenmerk A*

*Systemische kenmerken (kenmerken die aangeven dat meer organen dan het bewegingsapparaat betrokken zijn) passend bij een gegeneraliseerde bindweefselaandoening; minimaal vijf van de twaalf kenmerken moeten aanwezig zijn:*

1. *Opvallend zachte of fluweelachtige huid.*

2. *Milde hyperelastische huid (huid aan de onderzijde van de onderarm is minstens 1,5 cm op te rekken).*
3. *Onverklaarbare striae zoals striae op de rug, lies, dijbenen, borsten en of buik bij adolescenten, mannen of prepuberale vrouwen die in het verleden nooit veel van gewicht veranderd zijn.*
4. *Aan twee voeten piezogene papels aan de hiel. Kleine bultjes die zichtbaar zijn zodra de voet belast wordt. Ze ontstaan doordat vetweefsel uitstulpt door de opperhuid.*
5. *Terugkerende of meerdere buikwandbreuken (bijvoorbeeld liesbreuk of navelbreuk).*
6. *Atrofische littekens (dunne en diepliggende littekens/ milde sigarettenpapier littekens) op ten minste twee plekken zonder dat ze echt perkamentachtig en/of geelbruin verkleurd zijn zoals gezien wordt bij klassieke EDS.*
7. *Bekkenbodem-, rectum- of baarmoederverzakking bij kinderen, mannen of vrouwen die niet langer dan twintig weken zwanger zijn geweest, zonder dat ze ooit morbide obesitas hebben gehad of een andere onderliggende medische oorzaak.*
8. *Dental crowding (ruimtegebrek waardoor tanden scheef staan) in combinatie met een hoog en/of smal gehemelte.*
9. *Arachnodactyly (de vingers zijn heel lang en dun ten opzichte van de handpalm); hiervan is sprake indien:*
  - a. *Het duimteken/Teken van Steinberg positief is aan beide kanten. (als de duim in de handpalm wordt gelegd en de handpalm gesloten steekt de duimtop uit).*
  - b. *Het polsteken/Teken van Walker-Murdoch positief is aan beide kanten. (wanneer eerste en vijfde vinger om de andere pols worden gelegd overlappen ze elkaar.*
10. *De verhouding tussen de armlengte en lichaamslengte is groter dan of gelijk aan 1.05.*
11. *Mitralisklepinsufficiëntie vastgesteld met een echo. Meestal is deze mild bij hEDS patiënten en hoeft deze niet behandeld worden.*
12. *Dilatatie oftewel een verwijding van de aortawortel met een Z-score >+2.*

#### *Kenmerk B*

*Positieve familie historie: Eén of meer eerstegraads (ouder, kind, broer of zus) familieleden voldoen aan de criteria voor hEDS.*

#### *Kenmerk C*

*Muscoskeletale complicaties oftewel complicaties van het bewegingsapparaat. Minstens één moet aanwezig zijn:*

1. *Dagelijks terugkerende muscoskeletale pijn in twee of meer ledematen die minstens drie maanden duurt.*
2. *Chronische wijdverspreide pijn die minstens drie maanden aanwezig is.*
3. *Terugkerende gewrichtsluxaties of duidelijk aanwezige instabiliteit van de gewrichten zonder trauma; er moet sprake zijn van a of b:*
4. *Drie of meer luxaties zonder trauma in hetzelfde gewricht of twee of meer atraumatische luxaties in verschillende gewrichten op verschillende momenten.*
  - a. *Medisch bevestigde gewrichtsinstabiliteit op twee of meer plekken die geen verband houdt met een trauma.*

#### *Voorwaarde drie*

*Aan al deze voorwaarden moet voldaan zijn:*

1. *Afwezigheid van ongewone kwetsbaarheid van de huid. In dat geval moeten andere typen van EDS overwogen worden.*
2. *Andere aangeboren of ontstane bindweefsel-aandoeningen moeten uitgesloten zijn, alsook auto-immuun reumatische aandoeningen. Bij patiënten die een verkregen bindweefsel-aandoening hebben (bijvoorbeeld Lupus of Reumatoïde artritis) moet een patiënt voor een bijkomende diagnose met hEDS voldoen aan kenmerk A en B bij voorwaarde twee. Kenmerk C telt in dit geval niet mee voor de diagnose.*

3. *Het uitsluiten van andere diagnoses die gewrichtshypermobiliteit kunnen veroorzaken door hypotonie (verminderde spierspanning) en/of bindweefselzwakte zoals neuromusculaire aandoeningen, andere erfelijke bindweefselaandoeningen (bijvoorbeeld Marfan, andere types EDS en LoeysDietz syndrome) en skeletdysplasie (botgroeistoornis zoals osteogenesis imperfecta).*

*Uit het dossier blijkt dat verweerder heeft aangegeven dat aan voorwaarde één wordt voldaan. Gezien de adoptieachtergrond van verzoekster wordt voorwaarde twee, kenmerk B als positief verondersteld. Dit houdt in dat er nog moet worden aangetoond dat verzoekster voldoet aan voorwaarde twee, kenmerk A óf C en alle subvoorwaarden onder voorwaarde drie.*

*Beoordeling voorwaarde twee, kenmerk A*

*Wat betreft voorwaarde twee, kenmerk A dient aan minstens vijf van twaalf klinische kenmerken te zijn voldaan. In het dossier is onvoldoende informatie beschikbaar om te beoordelen of verzoekster aan minstens vijf kenmerken voldoet. Het Zorginstituut kan dan ook niet beoordelen of verzoekster aan dit kenmerk voldoet.*

*Beoordeling voorwaarde twee, kenmerk C*

*Wat betreft voorwaarde twee, kenmerk C blijkt uit de anamnese bij de klinisch geneticus in 2018 dat er sprake is van chronische wijdverspreide pijn, waarbij in het verleden de diagnose fibromyalgie is gesteld. In het dossier is geen verdere informatie aanwezig over welke arts op welk moment deze diagnose heeft gesteld en op grond van welk onderzoek.*

*Daarnaast is sprake van terugkerende klachten van meerdere gewrichten en luxaties en subluxaties van diverse gewrichten, maar ook hier is onvoldoende informatie in het dossier beschikbaar om te beoordelen of voldaan is aan de één van de twee hierbij horende subvoorwaarden. Het Zorginstituut kan dan ook niet beoordelen of verzoekster aan dit kenmerk voldoet.*

*Beoordeling voorwaarde drie*

*Wat betreft voorwaarde drie moet aan drie subvoorwaarden zijn voldaan. De klinisch geneticus heeft in het DNA-onderzoek een aantal bindweefselgerelateerde afwijkingen meegenomen, maar doet geen uitspraak over uitsluiting van auto-immuun reumatische aandoeningen, hypotonie (verminderde spierspanning) en/of bindweefselzwakte door neuromusculaire aandoeningen, andere erfelijke bindweefselaandoeningen (bijvoorbeeld Marfan of Loeys-Dietz syndrome) en skeletdysplasie (botgroeistoornis zoals osteogenesis imperfecta). Ook vermeldt hij over de huid van verzoekster dat zij een iets zachte (maar geen fluweelzachte) huid heeft met normale elasticiteit, geen versterkte vaattekening, geen hypo- of hyperpigmentatie, normaal aspect littekens, benevens iets dunne littekens op de knieën. Hij benoemt echter niet expliciet de afwezigheid van ongewone kwetsbaarheid van de huid, maar heeft in verder onderzoek wel andere types van EDS uitgesloten. Nu niet expliciet de afwezigheid van ongewone kwetsbaarheden van de huid worden vastgesteld en onderbouwd, kan het Zorginstituut niet beoordelen of er aan voorwaarde drie wordt voldaan.*

*Conclusie*

*In het dossier is onvoldoende medische informatie beschikbaar voor een oordeel over voorwaarde twee kenmerk A en/of C en voorwaarde drie. De informatie in de brieven van de klinisch geneticus uit 2018 wijst wel in de richting van een positief oordeel op voorwaarde twee kenmerk C en voorwaarde drie, maar is onvoldoende onderbouwd. Nadere informatie van de klinisch geneticus zou verdere informatie kunnen geven over voorwaarde drie, terwijl eerdere documentatie van de arts die de diagnose fibromyalgie heeft gesteld medische informatie zou kunnen geven over voorwaarde twee, kenmerk C.*

### **Nader onderzoek**

*Het dossier bevat onvoldoende informatie om te beoordelen of verzoekster voldoet aan de in de geldende richtlijn gestelde voorwaarden voor hEDS. Om te kunnen beoordelen of verzoekster voldoet aan de gestelde voorwaarden dient informatie aan het dossier toegevoegd te worden met betrekking tot het volgende:*

- *Uitgebreidere medische informatie van de klinisch geneticus over de uitkomst van het onderzoek in 2018;*
- *Uitgebreide medische informatie van de toenmalig behandelend arts met betrekking tot de diagnose fibromyalgie.*

### **Nader onderzoek**

*Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande.”*

- 5.2. In het nader voorlopig advies van 10 december 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

#### **“Beoordeling**

*De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.*

*In het voorlopig advies van 6 november 2025 heeft het Zorginstituut de criteria voor hEDS uit de geldende internationale richtlijn uiteengezet. Daarnaast heeft het Zorginstituut aangegeven dat uit het dossier blijkt dat verweerder heeft aangegeven dat aan voorwaarde één wordt voldaan. Gezien de adoptieachtergrond van verzoekster wordt voorwaarde twee, kenmerk B als positief verondersteld. Dit houdt in dat er nog moet worden aangetoond dat verzoekster voldoet aan voorwaarde twee, kenmerk A óf C en alle subvoorwaarden onder voorwaarde drie. Voor de beoordeling van voorwaarde twee, kenmerken A en C, en voorwaarde drie heeft het Zorginstituut aanvullende informatie opgevraagd.*

*Naar aanleiding van het voorlopig advies is een mail van 7 november 2025 van de polikliniek Klinische Genetica toegevoegd aan het dossier. Als bijlage is een brief, gedateerd op 13 november 2014, van de toenmalig behandeld reumatoloog toegevoegd. Deze brief is echter onvolledig. In de regel staa[n] in een dergelijke brief ook de uitkomsten van het verrichte diagnostisch en lichamelijk onderzoek, gevolgd door een conclusie met – indien vastgesteld – een diagnose. Deze informatie is niet toegevoegd aan de brief van 13 november 2014. Daarom ontbreekt de medische informatie waaruit blijkt dat bij verzoekster in het verleden de diagnose fibromyalgie is gesteld, die invulling kan geven aan voorwaarde twee, kenmerk C. Ook is er geen andere informatie aangeleverd waaruit blijkt dat verzoekster voldoet aan de overige diagnostische criteria uit de richtlijn. Om deze reden kan het Zorginstituut niet beoordelen of verzoekster in voldoende mate voldoet aan de diagnostische criteria uit de richtlijn om te kunnen spreken van hEDS.*

#### **Conclusie**

*Op basis van de (aanvullende) beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster in voldoende mate voldoet aan de diagnostische criteria uit de richtlijn om te kunnen spreken van hEDS. Verzoekster kan dan ook geen aanspraak maken op vergoeding van fysiotherapie bij hEDS.*

#### **Advies Zorginstituut.**

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier dat verzoekster geen (verzekerings)indicatie voor fysiotherapie bij hEDS.”*

- 5.3. In het definitief advies van 13 april 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*“Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en aanvullende stukken ontvangen.*

*Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.*

*Wat betreft voorwaarde twee, kenmerk C (als genoemd in het voorlopig advies), blijkt uit de brief van 26 februari 2018 dat volgens de behandelend klinisch geneticus er bij verzoekster sprake is van chronische wijdverspreide pijn, waarbij in het verleden de diagnose fibromyalgie zou zijn gesteld.*

*Uit het verslag van 13 november 2014 blijkt echter alleen dat de toen behandelend reumatoloog heeft geconcludeerd dat bij verzoekster sprake is van artralgieën en myalgieën bij lakse gewrichten, niet dat er sprake is van fibromyalgie. Hierdoor kan op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet worden beoordeeld of is voldaan aan voorwaarde twee, kenmerk C.*

*Daarnaast voldoen de gestelde diagnose en omschreven klachten niet aan de subcriteria. Ook blijkt uit het dossier niet dat er sprake is van dagelijks terugkerende musculoskeletale pijn in twee of meer ledematen die minstens drie maanden duurt, of chronische wijdverspreide pijn die minstens drie maanden aanwezig is.*

*Wat betreft het derde subcriterium van voorwaarde twee, kenmerk C (het bestaan van terugkerende klachten van meerdere gewrichten en luxaties en sublaxaties van diverse gewrichten) is onvoldoende informatie in het dossier aanwezig om te beoordelen of aan voorwaarde a of b is voldaan.*

*Concluderend is, ondanks de aanvullende stukken, onvoldoende informatie beschikbaar om te beoordelen dat verzoekster voldoet aan de voor de zorg in geschil geldende specifieke indicatievoorwaarden.”*

## **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 80 van de Algemene regels en Vergoedingen van de zorgverzekering.
- 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 bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over paramedische zorg, in het bijzonder fysiotherapie, en het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’ zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoekster wil graag dat behandelingen fysiotherapie door de ziektekostenverzekeraar worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. De reden hiervoor heeft verzoekster duidelijk aan de commissie uitgelegd. Zo is fysiotherapie in dit geval nodig om zo mobiel mogelijk te blijven en te voorkomen dat verzoekster permanent in een rolstoel terecht komt. De commissie begrijpt de wens van verzoekster. Zij heeft echter de taak om te beoordelen of de aangevraagde behandeling

voor vergoeding in aanmerking komt vanuit de zorgverzekering binnen het kader van de wet- en regelgeving.

- 7.3. De zorgverzekering biedt dekking voor behandelingen fysiotherapie voor verzekerden van achttien jaar en ouder als zij een indicatie hebben zoals genoemd op de lijst chronische fysiotherapie (Bijlage 1 Bzv). De dekking van de zorgverzekering omvat niet de eerste twintig behandelingen. Dit blijkt uit hetgeen is beschreven op de pagina's 118 tot en met 121 van de Algemene regels en Vergoedingen van de zorgverzekering. Hetgeen hier is vermeld betreft een uitwerking van artikel 2.6 Bzv.
- 7.4. In artikel 2.6 Bzv is bepaald dat fysiotherapie zorg omvat zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de aandoeningen die in Bijlage 1 van het Bzv zijn omschreven. Tot die aandoeningen behoren collageenziekten (Bijlage 1, eerste lid, onderdeel b, 14°). Tussen partijen is niet in geschil dat hEDS een collageenziekte is zoals bedoeld in Bijlage 1 van het Bzv. Wat partijen verdeeld houdt, is het antwoord op de vraag of bij verzoekster sprake is van de indicatie hEDS, nu deze aandoening, naar later is gebleken, in het AMC als waarschijnlijkheidsdiagnose is gesteld en door de huisarts bij de verwijzing zonder meer werd overgenomen.
- 7.5. In zijn nader voorlopig advies aan de commissie van 10 december 2025 komt het Zorginstituut tot de conclusie dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet kan worden geconcludeerd dat verzoekster in voldoende mate voldoet aan de diagnostische criteria uit de toepasselijke richtlijn om te kunnen spreken van hEDS. Het Zorginstituut heeft in dit verband toegelicht dat hij in het voorlopig advies van 6 november 2025 de criteria voor hEDS uit de geldende internationale richtlijn heeft uiteengezet. Daarnaast heeft hij benoemd dat uit het dossier blijkt dat de ziektekostenverzekeraar heeft aangegeven dat aan voorwaarde één wordt voldaan. Gezien de adoptieachtergrond van verzoekster wordt voorwaarde twee, kenmerk B, als positief verondersteld. Ten aanzien van voorwaarde 2, kenmerk C, geldt dat de medische informatie waaruit blijkt dat bij verzoekster in het verleden de diagnose fibromyalgie is gesteld, die invulling kan geven aan voorwaarde twee, kenmerk C, ontbreekt. Ook is er geen informatie aangeleverd waaruit blijkt dat verzoekster voldoet aan de overige diagnostische criteria uit de richtlijn. Om deze reden kan het Zorginstituut niet beoordelen of verzoekster in voldoende mate voldoet aan de diagnostische criteria uit de toepasselijke richtlijn om te kunnen spreken van hEDS. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak kan maken op vergoeding van fysiotherapie bij hEDS. Bij definitief advies van 13 april 2026 heeft het Zorginstituut toegelicht dat wat betreft voorwaarde twee, kenmerk C blijkt uit de brief van 26 februari 2018 dat volgens de behandelend klinisch geneticus er bij verzoekster sprake is van chronische wijdverspreide pijn, waarbij in het verleden de diagnose fibromyalgie zou zijn gesteld. Uit het verslag van 13 november 2014 blijkt echter alleen dat de toen behandelend reumatoloog heeft geconcludeerd dat bij verzoekster sprake is van artralgieën en myalgieën bij lakse gewrichten, niet dat er sprake is van fibromyalgie. Hierdoor kan op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet worden beoordeeld of is voldaan aan voorwaarde twee, kenmerk C. Daarnaast voldoen de gestelde diagnose en omschreven klachten niet aan de subcriteria. Ook blijkt uit het dossier niet dat er sprake is van dagelijks terugkerende musculoskeletale pijn in twee of meer ledematen die minstens drie maanden duurt, of chronische wijdverspreide pijn die minstens drie maanden aanwezig is. Wat betreft het derde subcriterium van voorwaarde twee, kenmerk C is onvoldoende informatie in het dossier aanwezig om te beoordelen of aan voorwaarde a of b is voldaan. Het Zorginstituut concludeert dat, ondanks de aanvullende stukken, onvoldoende informatie beschikbaar is om te beoordelen dat verzoekster voldoet aan de voor de zorg in geschil geldende specifieke indicatievoorwaarden.
- 7.6. De commissie ziet in het door verzoekster gestelde geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en overweegt in dit verband als volgt. Op basis van artikel 150 Rv en de jurisprudentie ter zake geldt het uitgangspunt dat degene die meent een vordering op de verzekeraar te hebben, op grond van een bij deze verzekeraar afgesloten

verzekeringsovereenkomst, de stelplicht en bewijslast heeft van zijn op een rechtsgevolg gerichte stelling dat sprake is van dekking onder de verzekeringsovereenkomst. Dat geldt ook voor de zorgverzekering (zie Hoge Raad 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469). Het lag dus op de weg van verzoekster om informatie aan te leveren waaruit blijkt dat is voldaan aan de diagnostische criteria uit de richtlijn om te kunnen spreken van hEDS. Hieraan heeft zij niet voldaan. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut dan ook over. Dit betekent dat op dit moment, op basis van de beschikbare stukken, niet kan worden geconcludeerd dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Het feit dat verzoekster in het verleden wél vergoeding heeft gekregen voor fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering, leidt, gelet op de uitleg die de ziektekostenverzekeraar hiervoor heeft gegeven - namelijk dat hij uitging van een verwijzing door de huisarts, die naar later bleek zag op de waarschijnlijkheidsdiagnose hEDS - niet tot een andere conclusie.

*Slotsom*

7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## **8. Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 mei 2026,

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

## **BIJLAGE – Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.6

1. Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek.
2. Fysiotherapie of oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar en ouder niet de eerste twintig behandelingen.
3. Fysiotherapie omvat tevens bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste negen behandelingen.
4. Fysiotherapie omvat tevens gesuperviseerde oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste zevenendertig behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden.
5. Fysiotherapie omvat tevens gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van heup- of kniegewricht. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste twaalf behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden.
6. Fysiotherapie of oefentherapie omvat voor verzekerden van achttien jaar of ouder tevens gesuperviseerde oefentherapie bij chronic obstructive pulmonary disease, indien sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie.
7. Fysiotherapie of oefentherapie omvat tevens een valpreventieve beweeginterventie voor personen met een hoog valrisico die als gevolg van onderliggende of bijkomende somatische of psychische problemen zijn aangewezen op begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut. Deze zorg omvat ten hoogste één valpreventieve beweeginterventie per twaalf maanden.
8. Fysiotherapie of oefentherapie omvat voor verzekerden van achttien jaar of ouder tevens langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen.
9. 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.
10. 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.
11. Ergotherapie omvat zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden, mits deze als doel heeft de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van tien behandelingen per kalenderjaar.
12. Diëtetiek omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft, tot een maximum van drie behandelingen per kalenderjaar.

---

## **Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering**

---

### **Artikel 150**

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

## 24. Wij vergoeden doelmatige zorg

### Wij vergoeden alleen de zorg:

#### a. die naar inhoud en omvang voldoende 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 speelt mee wat in het gehele betrokken vakgebied als goede zorg geldt. Dat is de zorg die de groep van zorgverleners normaal gesproken verleent. Het moet steeds passende zorg zijn die voldoet aan de professionele standaard<sup>1</sup> en [Werkwijzers VAGZ/VAV](#).

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

U moet de zorg nodig hebben, en de zorg moet voor u doelmatig zijn. 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.

## 25. Soms moet u kijken of de zorgverlener een contract met ons heeft

Soms moet u kijken of de zorgverlener een contract met ons heeft. Dat staat dan in de vergoeding. Kiest u voor een zorgverlener die geen contract met ons heeft? Dan gelden [maximale vergoedingen](#). Als uw zorgverlener meer rekent dan die maximale vergoeding, moet u een deel van de rekening zelf betalen.

Of een zorgverlener een contract met ons heeft, ziet u in de [Zorgzoeker](#) op onze site.

Bent u in behandeling als het contract met de zorgverlener wordt beëindigd na 1 januari 2024? Dan heeft dat voor u geen gevolgen. U kunt de behandeling gewoon afmaken bij die zorgverlener. Dit geldt niet voor fysiotherapie uit de aanvullende verzekering.

Heeft u een Zvw-pgb? Dan gelden de maximumbedragen van het [reglement Zvw-pgb](#).

### Hardheidsclausule

Als u vindt dat de maximale vergoeding voor een zorgverlener zonder contract u verhindert bij het vinden van een geschikte zorgverlener dan kunt u ons vragen om een hogere vergoeding. U moet dan aangeven waarom de vergoeding uw keuze zou verhinderen. Dit geldt niet als u gebruik maakt van het Zvw-pgb of voor zorg uit de aanvullende verzekering.

## 26. Er geldt altijd een maximum voor de vergoeding

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaalt soms het tarief. Is dat een vaste prijs? Dan vergoeden wij die. Is dat een maximumprijs? Dan vergoeden wij nooit méér.

Is er geen vaste of maximumprijs? Dan vergoeden wij de marktconforme prijs. Marktconform wil zeggen dat de prijs van uw zorgverlener niet onredelijk hoog is in vergelijking met wat andere zorgverleners in Nederland voor die zorg rekenen. Dit bekijken wij per zorgsoort. Bij fysiotherapie uit de Vrije Keuze Basisverzekering en medisch-specialistische zorg bijvoorbeeld vergoeden wij maximaal de prijs waar [95%](#) van de zorgverleners onder blijft. Als er in uw geval een bijzondere (medische) reden is voor een hogere prijs, kunnen wij een uitzondering maken.

Voor een aantal vergoedingen gelden bij niet-gecontracteerde zorgverleners onze eigen maximale vergoedingen. Dat staat in algemene regel 25.

### ● Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar

Als bewegen moeilijk gaat of pijn doet.

#### ● Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	<p>Behandelingen:</p> <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><li>• Valpreventieve beweeginterventie</li></ul> <p>Er kan een maximale behandelperiode gelden</p>
<b>Startfit</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 10 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie</li><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li></ul> <p>Max. per kalenderjaar</p>
<b>Benfit</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 16 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie</li><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li></ul> <p>Max. per kalenderjaar</p>
<b>Optifit</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 30 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie</li><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li></ul> <p>Max. per kalenderjaar</p>
<b>Topfit</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 50 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie</li><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li></ul> <p>Max. per kalenderjaar</p>
<b>Superfit</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 100%, max. 18 behandelingen manuele therapie</li><li>• 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding</li></ul> <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.

## Bewegen

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

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

- 1 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 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 Fontaine<sup>1</sup> heeft. De basisverzekering vergoedt maximaal 37 behandelingen, over een periode van maximaal 12 maanden.
- 3 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 Bij **COPD** vergoedt de Vrije Keuze 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 Bij **urine-incontinentie** vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering 1 keer maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie, vanaf de 1e behandeling.
- 6 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.

### 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.

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.

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:

- fysiotherapeut<sup>3</sup>
- manueel therapeut<sup>4</sup>
- oefentherapeut Mensendieck of Cesar<sup>5</sup>
- bekkenfysiotherapeut<sup>6</sup> of bekkenoefentherapeut<sup>7</sup>
- geriatriefysiotherapeut<sup>8</sup> of geriatrie-oefentherapeut<sup>9</sup>
- oedeemfysiotherapeut<sup>10</sup>
- huidtherapeut<sup>11</sup>: alleen voor oedeem- en littekentherapie

Voor zorg uit de aanvullende verzekering kunt u ook nog terecht bij de psychosomatisch fysiotherapeut<sup>12</sup> of psychosomatisch oefentherapeut<sup>13</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.

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 Preventiecursussen.

## • 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.

## • 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.

# Bewegen

## **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