

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. drs. J.W. Heringa, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor)

Zaaknummer: 202400837

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 5 augustus 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 30 augustus 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 18 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 21 oktober 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 november 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Vrije Keuze Optifit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering en de eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen ONVZ OntzorgPlus, ONVZ Wereldfit en ONVZ Tandfit module C zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.
- 2.2. In 2023 heeft verzoeker de nota's van behandelingen fysiotherapie in dat jaar ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. De kosten van de behandelingen op 6 januari 2023, 10 februari 2023 en 17 maart 2023 zijn vervolgens volledig door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Bij brief van 21 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker geïnformeerd dat de kosten van de behandelingen fysiotherapie met een behandeldatum vanaf 1 april 2023 niet meer volledig worden vergoed. Bij e-mailbericht van 23 februari 2023 heeft verzoeker hierop gereageerd. Met zijn e-mailbericht van 27 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar een toelichting gegeven. Voor de gedeclareerde behandelingen fysiotherapie met een behandeldatum in de periode van 1 april 2023 tot en met 31 december 2023 heeft verzoeker een vergoeding van € 43,81 per behandeling ontvangen.

- 2.3. Bij e-mailbericht van 15 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker geïnformeerd over de wijzigingen van de aanvullende ziektekostenverzekering voor het jaar 2024.
- 2.4. In 2024 heeft verzoeker nota's van behandelingen fysiotherapie in dat jaar ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. De kosten van de behandelingen op 5 januari 2024 en 9 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar gedeeltelijk vergoed, namelijk tot een bedrag van € 36,43 per behandeling. Op 27 april 2024 heeft verzoeker nogmaals een nota van een behandeling fysiotherapie ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Bij e-mailbericht van 3 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker geïnformeerd dat deze kosten niet worden vergoed.
- 2.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 17 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn standpunt handhaaft.
- 2.6. De door verzoeker nadien gedeclareerde kosten van behandelingen fysiotherapie met een behandeldatum in de periode tot en met 20 september 2024 zijn door de ziektekostenverzekeraar niet vergoed.

3. **Standpunt verzoeker**

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is:
 - i) de kosten van de behandelingen fysiotherapie in het jaar 2023 volledig te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering;
 - ii) kosten van de behandelingen fysiotherapie in het jaar 2024 gedeeltelijk te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, namelijk tot een bedrag van € 36,43 per behandeling;
 - iii) de uiting over de behandelend fysiotherapeut in de Zorgzoeker te verwijderen;
 - iv) op zijn website te vermelden dat de kosten van behandelingen fysiotherapie niet worden vergoed als de betreffende zorgaanbieder niet in een door de ziektekostenverzekeraar genoemd kwaliteitsregister is opgenomen.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker in zijn brief van 5 augustus 2024 toegelicht dat hij vanaf 2016 wordt behandeld door een fysiotherapeut vanwege chronische nekklachten. Deze behandelingen zijn noodzakelijk. Er is geen sprake van luxe of overbodige behandelingen. Verzoeker wordt eenmaal per vijf of zes weken behandeld. Van december 2016 tot en met maart 2023 zijn de kosten van de behandelingen steeds volledig vergoed. In de periode april 2023 tot en met december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar de kosten van de behandelingen gedeeltelijk vergoed, namelijk tot een bedrag van € 43,81 per behandeling. In januari en februari 2024 zijn de behandelingen eveneens gedeeltelijk vergoed, toen tot een bedrag van € 36,43 per behandeling. Gedurende het jaar 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar de hoogte van de vergoeding ten onrechte verlaagd van € 50,- naar € 43,81. Aangezien de ziektekostenverzekeraar in de periode van januari 2023 tot en met maart 2023 een bedrag van € 50,- per behandeling heeft vergoed, mocht verzoeker erop vertrouwen dat die vergoeding ook voor de rest van het jaar zou gelden. Voor het jaar 2024 geldt dat de ziektekostenverzekeraar de vergoeding ten onrechte heeft verlaagd van € 50,- naar € 0,- althans van € 36,43 tot € 0,-. In januari en februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar namelijk nog een bedrag van € 36,43 per behandeling vergoed. Voor het jaar 2024 is de stelling van verzoeker dat hij erop mocht vertrouwen dat de vergoeding voor de rest van het jaar in ieder geval gelijk zou blijven. Verzoeker heeft in dit verband gewezen op een advies van de commissie van 19 maart 2024 (SKGZ 202302581). De ziektekostenverzekeraar stelt ten onrechte dat uit een bindend advies van de commissie van 16 april 2021 volgt dat het een zorgverzekeraar in alle gevallen vrij staat om gedurende een kalenderjaar een strikter beleid te gaan voeren met betrekking tot het handhaven van de verzekeringsvoorwaarden. In het onderhavige geval zijn de feiten anders dan in het

aangehaalde bindend advies. Verzoeker is al 25 jaar verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar en de behandelingen fysiotherapie zijn sinds 2016 volledig vergoed. Aangezien de ziektekostenverzekeraar de kosten al jaren volledig vergoedde, hoefde verzoeker zich niet de verdiepen in de verzekeringsvoorwaarden voor 2023 en 2024.

- 3.3. Uit het e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar van 15 november 2023 kan niet worden opgemaakt dat de kosten van de behandelingen fysiotherapie door de zorgaanbieder in kwestie in het jaar 2024 niet meer worden vergoed. In dit e-mailbericht heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker geïnformeerd over de hoogte van de premie voor het jaar 2024. Er is verder een link opgenomen die verwijst naar de pagina over de wijzigingen per 1 januari 2024. Vervolgens kan worden doorgelinkt naar "Paramedische zorg: fysiotherapie en oefentherapie". Hier is te lezen dat de ziektekostenverzekeraar een maximaal bedrag per behandeling vergoedt als een verzekerde zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wendt. Vervolgens is opgenomen dat een fysiotherapeut met ingang van 1 januari 2024 een kwaliteitsregistratie moet hebben. Over de gevolgen van het niet hebben van een kwaliteitsregistratie wordt niet gesproken. Voor verzoeker was het niet duidelijk dat als zijn fysiotherapeut niet in een dergelijk kwaliteitsregister staat ingeschreven er geen vergoeding wordt verleend.
- De bepaling in de Algemene regels en Vergoedingen waarin de voorwaarde van het kwaliteitsregister is opgenomen, is niet voldoende duidelijk. Volgens de ziektekostenverzekeraar kan uit de Zorgzoeker en de Algemene regels en Vergoedingen worden opgemaakt dat de behandelingen van de betreffende fysiotherapeut niet worden vergoed. Verzoeker is het hier niet mee eens. In de Zorgzoeker wordt over de betreffende fysiotherapeut vermeld: "Geen contract: meestal een deel niet vergoed" en "Met deze zorgverlener hebben we geen afspraken gemaakt voor 2024. We vergoeden uw zorg volgens verzekeringsvoorwaarden voor niet-gecontracteerde zorg. Dit betekent meestal dat u een deel van de rekening zelf moet betalen. U vindt de voorwaarden hieronder bij "Vergoedingen".
- Uit deze mededeling in de Zorgzoeker blijkt niet dat in het geheel geen vergoeding wordt verleend. Er wordt het vertrouwen gewekt dat althans een gedeelte van de kosten wordt vergoed.
- 3.4. Verzoeker heeft verder opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar de marktconforme tarieven voor fysiotherapie in 2023 niet op zijn website heeft gepubliceerd. Deze waren dus niet vooraf kenbaar. Verzoeker heeft niet tijdig alle informatie van de ziektekostenverzekeraar ontvangen die relevant is voor het maken van een keuze. Dit is in strijd met artikel 10 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten.
- Voorts heeft verzoeker herhaald dat hij vanaf eind 2016 wordt behandeld door dezelfde zorgaanbieder. De inhoud van de behandeling is sindsdien niet veranderd. Toch is de ziektekostenverzekeraar van mening dat de kwaliteit van de behandelingen inmiddels niet meer zodanig is dat deze voor gedeeltelijke vergoeding in aanmerking komen.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoeker nogmaals toegelicht dat hij vanaf december 2016 wordt behandeld door dezelfde fysiotherapeut vanwege nekklachten. Sinds die tijd zijn de klachten en behandelingsmethode niet veranderd. Fysiotherapie door een andere fysiotherapeut heeft geen zin. Dit is vóór december 2016 al eens geprobeerd. De kosten van de behandelingen fysiotherapie zijn tot maart 2023 volledig vergoed. Als de fysiotherapie bij deze fysiotherapeut eindigt, zorgt dit ervoor dat er binnen zes tot acht maanden behandeling door een medisch specialist nodig is vanwege verregaande klachten. Dit is verzoeker bevestigd door de behandelend fysiotherapeut, podotherapeut en huisarts. De kosten hiervan zullen hoger zijn dan de kosten van de behandelingen fysiotherapie.
- Verzoeker heeft verder verklaard dat alle stellingen die de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 18 oktober 2024 heeft ingenomen, door hem worden betwist. De ziektekostenverzekeraar heeft ten onrechte verwezen naar een bindend advies van de commissie van 16 april 2021 (SKGZ202002087). De feiten in die zaak waren fundamenteel anders. Betrokkene was overstapt naar een andere verzekeraar, omdat behandelingen niet meer voor vergoeding in aanmerking kwamen. De commissie heeft overwogen dat als een verzekerde om die reden overstapt, hij zich moet verdiepen in de van toepassing zijnde voorwaarden. In het onderhavige geval ligt dat anders. Er is geen sprake van overstappen, maar van een jarenlange

verzekeringsovereenkomst bij de ziektekostenverzekeraar. Daarbij komt dat de behandelingen sinds 2016 zijn vergoed. Onder dergelijke omstandigheden hoeft een verzekerde zich niet in de van toepassing zijnde voorwaarden te verdiepen, althans niet op de manier zoals de commissie in het eerder genoemde bindend advies overwoog. Daarnaast stelt de ziektekostenverzekeraar ten onrechte: "Op basis van het wijzigingenoverzicht wist [verzoeker] - of behoorde hij te weten - dat hij geen vergoeding meer zou krijgen als hij fysiotherapie bij zijn zorgverlener zou blijven afnemen, of in ieder geval nooit een hogere vergoeding dan door [de ziektekostenverzekeraar] was vastgesteld." Aangezien de fysiotherapie vanaf 2016 volledig werd vergoed, hoefde verzoeker niet na te gaan of de fysiotherapeut stond ingeschreven in het kwaliteitsregister. Op de ziektekostenverzekeraar rust in dit geval een zware informatieplicht om de verzekerde te informeren over de kwaliteitseis. Deze plicht heeft de ziektekostenverzekeraar geschonden. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar ten onrechte gesteld dat de Zorgzoeker niet is bedoeld om na te gaan of aanspraak bestaat op vergoeding. Hiervoor is de Zorgzoeker immers wel degelijk bedoeld. Bij de behandelend fysiotherapeut wordt in de Zorgzoeker het volgende vermeld: "meestal een deel niet vergoed". Als de kosten in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking komen, omdat - zoals de ziektekostenverzekeraar stelt - de zorgaanbieder niet beschikt over een kwaliteitsregistratie, had dat in de Zorgzoeker moeten staan. Door de informatie in de Zorgzoeker wordt een verzekerde op het verkeerde been gezet. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt gesteld dat in de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten is beschreven dat hij gehouden is een consument desgevraagd te informeren over de financiële gevolgen van zijn keuze voor een specifieke zorgverlener in een individueel geval. Vervolgens heeft hij aangevoerd dat van schending van deze informatieplicht geen sprake is, omdat nooit een dergelijke vraag is gesteld. Dit is een drogredenering. Hierover hoefde namelijk geen vraag te worden gesteld, omdat de ziektekostenverzekeraar de behandelingen steeds had vergoed. Als dit opeens niet meer het geval is, had hij verzoeker hierover actief moeten informeren. Het is niet zo dat een verzekerde hiernaar moet vragen. Zou dit wel het geval zijn, dan betekent dit dat een verzekerde ieder jaar opnieuw moet controleren of de behandelend fysiotherapeut in een kwaliteitsregister staat.

Verzoeker heeft voorts toegelicht dat hij aannam dat hij een bedrag van € 43,81 per behandeling zou blijven ontvangen. Toen werd aangekondigd dat de vergoeding zou worden teruggebracht naar € 36,43, had hij de verwachting dat hij in 2024 in ieder geval dit bedrag per behandeling zou ontvangen.

Daarnaar gevraagd, heeft verzoeker verklaard dat hij de opmerking over de wijzigingen in het e-mailbericht van 15 november 2023 heeft gelezen met de kennis dat de behandelend fysiotherapeut een niet-gecontracteerde zorgaanbieder was en dat de kosten om die reden niet volledig zouden worden vergoed. Hij heeft de behandelend fysiotherapeut nooit naar een kwaliteitsregistratie gevraagd. Verder heeft verzoeker verklaard dat hij niet naar het wijzigingenoverzicht heeft gekeken.

De ziektekostenverzekeraar heeft niet aan de op hem rustende informatieplicht voldaan. De gevolgen van het niet hebben van een kwaliteitsregistratie zijn niet vermeld. Ten aanzien van het verzekeringsjaar 2025 staat bij verschillende fysiotherapeuten in de Zorgzoeker het volgende: "geen contract: een deel niet vergoed". De tekst is dus aangepast. Nu staat er expliciet dat een deel niet wordt vergoed. Dit kan niet anders worden uitgelegd dan dat een deel wel wordt vergoed. In de Zorgzoeker staat dus nog steeds onjuiste informatie. Er worden geen aanvullende voorwaarden genoemd. Er staat ook geen waarschuwing bij de dat de kosten mogelijk helemaal niet worden vergoed. De Zorgzoeker is geen onbelangrijk hulpmiddel. De ziektekostenverzekeraar wijst daar zelf ook op. Als een verzekerde er nietsvermoedend in zoekt, treft hij informatie aan waaruit blijkt dat een deel niet wordt vergoed, en dus een deel wel.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op een hogere vergoeding dan door hem is verleend. In zijn brieven van 21 juni 2024 en 18 oktober 2024 heeft hij dit standpunt nader onderbouwd.

De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat het aan hem is om te bepalen wanneer en onder welke voorwaarden de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor zorg, in dit geval fysiotherapie. Bij een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden die in het nadeel van een

verzekerde kan uitvallen, is de ziektekostenverzekeraar gehouden zijn verzekerden hierover tijdig te informeren. In dat geval heeft de verzekerde de mogelijkheid de verzekering op te zeggen. Van een wijziging van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering voor 2023 is geen sprake. Vanaf 2022 is in artikel 26 van de Algemene regels en Vergoedingen van de aanvullende ziektekostenverzekering opgenomen dat een maximum is gesteld aan de vergoeding. Dit bedrag is gelijk aan het wettelijk of door de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) vastgestelde tarief of - als dit ontbreekt - het marktconforme tarief. Verder geldt dat onder de vergoeding 'fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18' wordt gewezen op het feit dat de Algemene regels en Vergoedingen altijd van toepassing zijn. Voor fysiotherapie bestaat geen wettelijk of door de Nza vastgesteld tarief. Dit betekent dat nooit méér wordt vergoed dan het marktconforme tarief. De ziektekostenverzekeraar is een strikter beleid gaan voeren. Hierdoor worden de te hoge declaraties van verzoeker niet meer vergoed. Het staat de ziektekostenverzekeraar vrij om dit te doen. Het maakt niet dat verzoeker er gerechtvaardigd op mocht vertrouwen dat de declaraties voor behandelingen fysiotherapie altijd volledig zouden worden vergoed. In dit verband heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar een bindend advies van de commissie van 16 april 2021 (SKGZ20202087). Dit geldt temeer nu het tarief dat door de zorgaanbieder vanaf 2023 in rekening is gebracht met 10% werd verhoogd ten opzichte van 2022. Door deze verhoging kwam het bedrag boven de marktconforme prijs voor het jaar 2023 van € 43,81.

Als een declaratie boven het marktconforme tarief wordt ingediend, voert de ziektekostenverzekeraar een individuele controle uit. In dit geval is zowel de zorgaanbieder als verzoeker aangeschreven om hen hierop te wijzen. Ook is om een (medische) onderbouwing voor het hogere tarief gevraagd. Uit de brief van 21 februari 2023 aan verzoeker volgt dat als een dergelijke onderbouwing niet kan worden gegeven, dit tot gevolg kan hebben dat de declaraties met ingang van 1 april 2023 tot maximaal het bedrag van € 43,81 worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht hoe hij het marktconforme tarief heeft bepaald. Als eerste stap is een marktconforme grens ingericht in de administratieve systemen. Voor de marktconforme grens in zijn systemen past de ziektekostenverzekeraar op de prijzen het zogenoemde p95-criterium toe. Dit betekent dat hij bij iedere behandeling of 'prestatiecode' bepaalt bij welk bedrag 95% van de zorgaanbieders (zowel gecontracteerd als niet-gecontracteerd) de zorg voor die prijs levert. Wanneer een zorgaanbieder een prijs boven de marktconforme grens rekent, wordt dit gesignaleerd. Deze stap is bedoeld om te selecteren boven welk bedrag een individuele beoordeling van het in rekening gebrachte tarief moeten worden toegepast. De gestelde grens bepaalt dus niet per definitie de marktconforme prijs. Voor fysiotherapie heeft de ziektekostenverzekeraar alle declaraties van 2022 onderzocht, zowel gecontracteerd als niet-gecontracteerd, en van eenmanspraktijk tot gezondheidscentrum. Het bedrag waarvoor 95% van deze aanbieders de zorg in 2022 kon leveren is geïndexeerd volgens de indexatiepercentages van de Nza. Voor 2023 is daarmee de marktconforme grens bepaald op € 43,81 per behandeling. Wordt een hoger tarief berekend, dan volgt een individuele beoordeling. Voor declaraties die boven het bedrag uitkomen beoordeelt de ziektekostenverzekeraar in hoeverre het hogere tarief te verantwoorden is. Voor fysiotherapie gebeurt dit in twee stappen. Eerst wordt gekeken naar openbare gegevens zoals het Vektis AGB register en informatie op de website van de betreffende zorgaanbieder. Vervolgens wordt de betreffende zorgaanbieder gevraagd om een inhoudelijke onderbouwing van het hogere tarief. In sommige gevallen is er voor praktijken of individuele patiënten immers een medisch inhoudelijke onderbouwing waaruit blijkt dat een hoger tarief noodzakelijk is. Als een zodanige onderbouwing echter ontbreekt, kan de ziektekostenverzekeraar de afwijking ten opzichte van de markt niet verantwoorden. In dat geval mag hij volgens het Besluit zorgverzekeringen geen hoger tarief dan het marktconforme tarief vergoeden. Van de zorgaanbieder in kwestie heeft de ziektekostenverzekeraar geen reactie ontvangen op zijn vragen. Daarom heeft hij in 2023 het maximum van € 43,81 per behandeling vergoed.

- 4.2. Voor het jaar 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar besloten enkele wijzigingen door te voeren in de dekking voor fysiotherapie. Verzoeker is hierover schriftelijk geïnformeerd, namelijk met een wijzigingenoverzicht. Op basis van de informatie uit het wijzigingenoverzicht wist verzoeker - of behoorde hij te weten - dat hij geen vergoeding meer zou ontvangen als hij fysiotherapie bij zijn fysiotherapeut zou blijven afnemen of in ieder geval nooit een hogere vergoeding dan door de ziektekostenverzekeraar was vastgesteld. Het lag op de weg van verzoeker om na te gaan of zijn

fysiotherapeut beschikte over de juiste kwaliteitsregistratie en zo ja, of hij ook een contract had met de ziektekostenverzekeraar.

Uit hetgeen is beschreven onder het kopje "Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar" blijkt door welke zorgaanbieder de zorg moet worden verleend om voor vergoeding in aanmerking te komen. Hierbij wordt per zorgaanbieder duidelijk vermeld in welk kwaliteitsregister deze ingeschreven moet staan. Het staat vast dat de fysiotherapeut in kwestie niet beschikte over de genoemde kwaliteitsgarantie en dat niet aan de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is voldaan. In januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar de kosten van twee behandelingen fysiotherapie nog vergoed, terwijl hierop geen recht bestond. De toegekende vergoeding is gelijk aan de maximale vergoeding die de ziektekostenverzekeraar heeft vastgesteld voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders, namelijk € 36,43 per behandeling. Op basis van het wijzigingenoverzicht en de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering behoorde verzoeker te weten dat deze vergoeding ten onrechte werd verleend. Het uitkeerde bedrag wordt door de ziektekostenverzekeraar evenwel niet teruggevorderd.

- 4.3. De stelling van verzoeker dat de informatie in de Zorgzoeker over de betreffende zorgaanbieder onjuist of misleidend is, wordt door de ziektekostenverzekeraar bestreden. De Zorgzoeker kan worden gebruikt om na te gaan welke zorgaanbieders er in de buurt zijn en of een zorgaanbieder gecontracteerd is door de ziektekostenverzekeraar. Dit staat ook vermeld op de website van de ziektekostenverzekeraar. Of recht bestaat op vergoeding van zorg blijkt uit verzekeringsvoorwaarden. Hier wordt ook expliciet naar verwezen als een zorgaanbieder in de Zorgzoeker wordt aangeklikt. De Zorgzoeker is dus niet bedoeld om na te gaan of aanspraak bestaat op (vergoeding van) zorg.

De ziektekostenverzekeraar heeft verder bestreden dat hij zijn informatieplicht jegens verzoeker heeft geschonden. Uit de toelichting bij de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-027) van de NZa volgt dat: *"dit artikel [artikel 10 van de regeling] gaat over de gecontracteerde zorg en de eisen die in dat kader aan de informatieverstrekking worden gesteld".* Verder is in de toelichting opgenomen: *"De verplichtingen van het artikel hebben betrekking op de openbare informatieverstrekking door de zorgverzekeraar over gecontracteerde zorg. Dit is dus informatie die voor een ieder toegankelijk is. Het gaat dus niet over de (financiële) gevolgen van gecontracteerde zorg in de specifieke situatie van een individuele consument. Artikel 9 beschrijft de informatieverplichtingen ten aanzien van (de financiële gevolgen voor) de individuele consument."*

De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij opgemerkt dat in artikel 9 van voornoemde regeling is beschreven dat een zorgverzekeraar gehouden is de consument desgevraagd te informeren over de financiële gevolgen van zijn keuze voor een specifieke zorgaanbieder in een individueel geval. Een dergelijke vraag heeft verzoeker nooit gesteld, zodat geen sprake kan zijn van schending van deze informatieplicht. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de fysiotherapeut van verzoeker niet door hem is gecontracteerd en dat hierover nooit onduidelijkheid heeft bestaan.

- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat door hem niet wordt betwist dat verzoeker baat heeft bij de behandelingen fysiotherapie door zijn huidige fysiotherapeut. De ziektekostenverzekeraar heeft de verzekeringsvoorwaarden gewijzigd. Hiertoe is hij gerechtigd, mits hij zijn verzekerden hierover informeert op de voorgeschreven wijze. De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat hij aan zijn informatieplicht heeft voldaan, namelijk door het tijdig versturen van het wijzigingenoverzicht. In het wijzigingenoverzicht wordt benoemd dat er maximale vergoedingen gelden en dat er een kwaliteitsregistratie voor fysiotherapie geldt. Hiermee is voldaan aan de door de NZa voorgeschreven wijze van informeren. Dat verzoeker de voorkeur geeft aan een andere manier van informeren, maakt niet dat de ziektekostenverzekeraar is tekortgeschoten. Het is niet werkbaar om iedere verzekerde individueel actief te informeren over de specifieke relevante wijzigingen en de gevolgen daarvan in het individuele geval. Daarbij komt dat het niet in alle gevallen zeker is of het volgende jaar nog bepaalde zorg wordt betrokken, laat staan bij welke zorgaanbieder. Voor fysiotherapie geldt vanaf 1 januari 2024 de voorwaarde van de kwaliteitsregistratie. Gedurende een jaar kan het register wijzigen. Dit

kan de ziektekostenverzekeraar niet bijhouden. Het is daarom ook aan verzekerden om bij de zorgaanbieder hiernaar te informeren.

Ten aanzien van de Zorgzoeker geldt dat deze is bedoeld om te onderzoeken of een zorgaanbieder is gecontracteerd. De Zorgzoeker is niet bedoeld om te beoordelen of aanspraak bestaat op zorg. In de Zorgzoeker wordt expliciet gewezen op de verzekeringsvoorwaarden. De Zorgzoeker en de verzekeringsvoorwaarden kunnen niet los van elkaar worden gezien. Dat zou afbreuk doen aan het doel en de strekking van de Zorgzoeker.

Voor het jaar 2024 gelden maximaal de door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde vergoedingen. In 2023 werd nog de marktconforme prijs vergoed. Voor het vaststellen van het marktconforme tarief heeft de ziektekostenverzekeraar een intern document opgesteld. Hierin staat het volgende: *"In maart 2020 heeft een kostenonderzoek naar medische zorg plaatsgevonden. Dit onderzoek is uitgevoerd door een onafhankelijk bureau, in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland, de brancheorganisatie, Stichting Keurmerk fysiotherapie en het paramedisch platform Nederland. Dit onderzoek is gedaan in het kader van de betaalbaarheid van het domein fysiotherapie. Bij de toetsing door de zorgverzekeraar van een bovengemiddeld hoog tarief wordt dit onderzoek als een van de uitgangspunten meegenomen. Uit dit onderzoek komt naar voren dat de gemiddelde duur van een zitting uitkomt op 28 minuten met een kostprijs van € 32,-. Omdat dit kostprijzenonderzoek uit 2020 komt en gebruik is gemaakt van declaraties voorafgaand aan het onderzoek, is de kostprijs achterhaald. Deze kostprijs is geïndexeerd".*

De behandelend fysiotherapeut heeft in de loop van de jaren zijn tarief verhoogd. Vanaf het jaar 2023 heeft hij een bedrag van € 50,- per behandeling gedeclareerd. Het tarief is zodanig boven het marktconforme tarief uitgekomen, dat dit de ziektekostenverzekeraar is opgevallen. Dat het tarief boven het gemiddelde van de markt ligt, blijkt ook uit het kostenonderzoek.

Met het wijzigingenoverzicht van november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker geïnformeerd over de maximale vergoedingen voor het jaar 2024. In het wijzigingenoverzicht worden geen bedragen genoemd, er wordt verwezen naar de lijst maximale vergoedingen.

Voor de twee declaraties in januari 2024 geldt dat de ziektekostenverzekeraar een fout heeft gemaakt. Deze declaraties zijn niet goed beoordeeld. Er is niet opgemerkt dat de behandelend fysiotherapeut geen kwaliteitsregistratie had.

De ziektekostenverzekeraar mag ervan uitgaan dat verzekerden het wijzigingenoverzicht doornemen. Het is ook redelijk dit van hen te verwachten. De ziektekostenverzekeraar kan voorwaarden immers wijzigen. Gelet op het toegezonden wijzigingenoverzicht was of behoorde verzoeker bekend te zijn met de wijzigingen. Als verzoeker het wijzigingenoverzicht had doorgenomen, had hij moeten begrijpen dat de kosten niet zouden worden vergoed als de behandelend fysiotherapeut niet beschikte over een kwaliteitsregistratie. In het wijzigingenoverzicht staat dat de kwaliteitsregistratie een voorwaarde is voor vergoeding. Weliswaar is hierbij niet opgenomen dat de kosten anders niet worden vergoed, maar uit de context en de relatie met de verzekeringsvoorwaarden kan worden opgemaakt dat het gaat om een wijziging van de voorwaarden om in aanmerking te komen voor vergoeding van de kosten van fysiotherapie.

Ten aanzien van de opmerking in de Zorgzoeker over de behandelend fysiotherapeut - te weten: *"meestal een deel niet vergoed"* - heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat het onmogelijk is om in de Zorgzoeker uitputtend weer te geven wat wel en niet wordt vergoed. Daar zijn de verzekeringsvoorwaarden voor. In 80% van de gevallen leidt zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder tot gedeeltelijke vergoeding. Het is ook mogelijk dat zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder leidt tot volledige vergoeding, namelijk als het tarief van de zorgaanbieder onder het marktconforme tarief ligt. Om die reden wordt ook expliciet verwezen naar de verzekeringsvoorwaarden.

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 Algemene regels en Vergoedingen.
- 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 bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor 30 behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar. Dit blijkt uit hetgeen is beschreven op de pagina's 114 tot en met 116 van de Algemene regels en Vergoedingen van het jaar 2023 en uit hetgeen beschreven op de pagina's 117 tot en met 120 van de Algemene regels en Vergoedingen van het jaar 2024.
- 6.3. De commissie overweegt in algemene zin dat een verzekeraar de voorwaarden van een verzekering ten nadele van een verzekeringnemer of uitkeringsgerechtigde mag wijzigen. De verzekeringnemer is in dat geval gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende een maand nadat de wijziging hem is meegedeeld. Dit is geregeld in artikel 7:940, vierde lid, BW. Op grond van artikel 19 van de Regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (hierna: de Regeling) is de ziektekostenverzekeraar gehouden verzekerden in het geval van een wijziging ten nadele hierover te informeren.
- In het onderhavige geval heeft de ziektekostenverzekeraar zich in artikel 66 van de Algemene regels en Vergoedingen het recht voorbehouden om de voorwaarden en de premie van de verzekeringen te wijzigen. Van dit recht heeft hij - naar door hem onweersproken is gesteld - gebruik gemaakt om de verzekeringsvoorwaarden met ingang van 2022 te wijzigen. Verzoeker heeft van de toen bestaande opzegmogelijkheid geen gebruik gemaakt. Dit betekent dat de gewijzigde verzekeringsvoorwaarden voor hem sindsdien onverkort gelden. De volgende vraag is of het de ziektekostenverzekeraar vrij stond om vanaf april 2023 een strikter beleid te gaan voeren ten aanzien van de vergoeding van de kosten van fysiotherapie. De commissie beantwoordt die vraag bevestigend. Bepalend is immers in de eerste plaats wat partijen zijn overeengekomen. De commissie overweegt voorts dat het gegeven dat de ziektekostenverzekeraar in de eerste maanden van 2023 een tweetal behandelingen fysiotherapie (op 6 januari en 10 februari 2023) nog volledig heeft vergoed, niet maakt dat verzoeker er gerechtvaardigd op mocht vertrouwen dat die volledige vergoeding voor heel 2023 zou gelden. Dit temeer nu de ziektekostenverzekeraar verzoeker bij brief van 21 februari 2023 heeft geïnformeerd over de beleidswijziging, waarna hij de kosten van de behandeling in maart 2023 nog volledig heeft vergoed.
- 6.4. Voor de nadien ontvangen nota's van behandelingen fysiotherapie in 2023 is de ziektekostenverzekeraar bij de vergoeding uitgegaan van het marktconforme tarief. Met betrekking tot dit marktconforme tarief merkt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar heeft verwezen naar het Besluit Zorgverzekering, zodat zij als uitgangspunt bij de beoordeling neemt dat de invulling ervan gelijk is aan die in het kader van de zorgverzekering. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij uitgaat van het zogenoemde p95-criterium. Zoals blijkt uit de jurisprudentie (zie ECLI:NL:HR:2023:664), is dit voor de bepaling van het marktconforme tarief een onjuiste maatstaf, omdat een declaratie die behoort tot de bovenste 5% declaraties niet automatisch excessief is. De juiste methode is (i) het bepalen van een bandbreedte waarbinnen tarieven voor een specifieke behandeling nog als marktconform kunnen worden beschouwd. Vervolgens dient (ii) op individuele basis te worden beoordeeld of de ingediende declaratie onredelijk afwijkt van deze bandbreedte. De commissie concludeert dat, nu de ziektekostenverzekeraar het marktconforme tarief niet op de juiste wijze heeft vastgesteld, hij voor 2023 is gehouden een bedrag van € 50,- per behandeling te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, met een maximum van 30 behandelingen. In het voorgaande ziet de commissie tevens grond te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het betaalde entreegeld van € 37,- moet vergoeden.
- 6.5. Ten aanzien van de behandelingen fysiotherapie in het jaar 2024 geldt dat de verzekeringsvoorwaarden met ingang van 1 januari van dat jaar zijn gewijzigd. Op grond van

hetgeen is beschreven op pagina's 117 tot en met 120 van de Algemene regels en Vergoedingen van het jaar 2024, moet een handelend fysiotherapeut zijn geregistreerd als fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie (hierna: kwaliteitskeurmerk). Er is geen sprake meer van vergoeding op basis van het marktconforme tarief.

Tussen partijen is niet in geschil dat de ziektekostenverzekeraar op 15 november 2023 aan verzoeker een e-mailbericht heeft gestuurd waarin is meegedeeld dat wijzigingen in onder meer de aanvullende ziektekostenverzekering hebben plaatsgevonden. Hierbij is tevens vermeld dat opzeggen mogelijk is tot en met 31 december 2023. In het e-mailbericht wordt verwezen naar de website van de ziektekostenverzekeraar voor een wijzigingenoverzicht. Volgens de ziektekostenverzekeraar blijkt uit dit wijzigingenoverzicht dat een fysiotherapeut vanaf 1 januari 2024 moet beschikken over een kwaliteitskeurmerk. Verzoeker heeft gesteld dat het niet eenvoudig was om deze wijziging te vinden en dat onduidelijk is welke gevolgen zijn verbonden aan het ontbreken van een registratie. Tevens heeft hij verwezen naar de informatie op de Zorgzoeker.

De commissie passeert deze stellingen. Duidelijk is dat de registratie met ingang van 1 januari 2024 een voorwaarde is om aanspraak te kunnen maken op vergoeding. Zoals door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht, is het doel van de Zorgzoeker niet het regelen van de aanspraak op vergoeding, maar moeten hiervoor de verzekeringsvoorwaarden worden geraadpleegd. Ook de stelling van verzoeker dat hij erop mocht vertrouwen dat de vergoeding in het jaar 2024 gelijk zou blijven - dat wil zeggen € 50,- dan wel € 43,81 per behandeling - treft geen doel, nu verzoeker tijdig en volledig is geïnformeerd over de wijziging met ingang van 2024 en hij van de bestaande opzegmogelijkheid geen gebruik heeft gemaakt. Dat, in de optiek van verzoeker, de kwaliteit van de behandelingen sinds 2016 ongewijzigd is, maakt dit alles niet anders.

Dit laatste geldt ook voor de stelling van verzoeker dat het eindigen van de behandelingen fysiotherapie bij de huidige fysiotherapeut zal leiden tot hogere zorgkosten voor de ziektekostenverzekeraar. De aanvullende ziektekostenverzekering voorziet niet in de mogelijkheid van substitutie, te weten vergoeding van niet-verzekerde zorg op basis van de bespaarde kosten van wél verzekerde zorg.

Ook de verwijzing, door verzoeker, naar het bindend advies van 19 maart 2024 (SKGZ202302581) wijzigt het voorgaande niet. In die casus kon uit de informatie van de zorgverzekeraar worden begrepen dat hij een beleid voert waarbij hij zijn verzekerde telkens tegen het einde van het verzekeringsjaar informeert over specifiek de wijzigingen in de voor papieren post in rekening te brengen kosten voor het daaropvolgende jaar. Dat was niet gebeurd, zodat de betrokken verzekerden niet bekend waren met de na de beleidswijziging toepasselijke kosten. In onderhavig geval had verzoeker daarentegen wél bekend kunnen zijn met het feit dat voor behandelingen fysiotherapie een maximale vergoeding per behandeling was vastgesteld.

- 6.6. Tussen partijen is niet in geschil dat de handelend fysiotherapeut in 2024 niet beschikte over het vereiste kwaliteitskeurmerk. Dit betekent dat niet aan de Algemene regels en Vergoedingen is voldaan en dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de behandelingen fysiotherapie, uitgevoerd door de betreffende zorgaanbieder in het jaar 2024, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft desalniettemin declaraties vergoed, maar heeft om hem moverende redenen ervoor gekozen om de reeds uitgekeerde vergoedingen voor de behandelingen fysiotherapie op 5 januari 2024 en 9 februari 2024 niet terug te vorderen. In die beslissing zal de commissie niet treden.
- 6.7. Gelet op het voorgaande ziet de commissie geen aanleiding om te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de informatie over de zorgaanbieder in de Zorgzoeker te verwijderen. De commissie ziet evenmin aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten op zijn website te vermelden dat de kosten van behandelingen fysiotherapie niet worden vergoed als de betreffende zorgaanbieder niet in een door de ziektekostenverzekeraar genoemd kwaliteitsregister is opgenomen.

- 6.8. Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gehandeld in strijd met artikel 10 van de Regeling, omdat hij niet tijdig alle informatie van de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen die relevant is voor het maken van een keuze.
- De commissie overweegt dat uit de tekst van de bepaling kan worden opgemaakt dat deze ziet op informatieverstrekking over gecontracteerde zorg. Aangezien verzoeker de zorg heeft afgenomen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hetgeen hem ook bekend was, is schending van voornoemd artikel 10 niet aan de orde.
- Voor zover de stelling van verzoeker zo moet worden begrepen dat sprake is van schending van artikel 9 de Regeling, overweegt de commissie dat hierin het volgende is bepaald: *“Wanneer een consument vraagt om informatie over de financiële gevolgen van zijn (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling of dienst bij een specifieke zorgaanbieder, verstrekt de zorgverzekeraar de consument alle informatie die de consument nodig heeft om de financiële gevolgen van zijn keuze te kunnen overzien”*. In dit verband is door de ziektekostenverzekeraar gesteld - en door verzoeker niet bestreden - dat verzoeker hem, anders dan in deze procedure, niet heeft gevraagd naar de financiële gevolgen van zijn keuze voor deze zorgaanbieder. Van schending van artikel 9 van de Regeling is derhalve geen sprake.
- Ter zitting heeft verzoeker in dit verband nog verklaard dat hij actief over zijn persoonlijke situatie diende te worden geïnformeerd, omdat op de ziektekostenverzekeraar een zware informatieplicht rustte vanwege de langdurige verzekeringsrelatie en de verleende vergoedingen vanaf 2016.
- De commissie volgt verzoeker hierin niet. Van de ziektekostenverzekeraar kan in redelijkheid niet worden verwacht dat hij individuele verzekerden informeert over de specifieke gevolgen van bepaalde wijzigingen in hun persoonlijke situatie. De ziektekostenverzekeraar mocht in dit geval volstaan met het informeren van zijn verzekerden via het wijzigingenoverzicht.

Slotsom

- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar voor het jaar 2023 is gehouden een bedrag van € 50,- per behandeling fysiotherapie te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, met een maximum van 30 behandelingen per kalenderjaar;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden
 - (iii) hetgeen meer of anders is gevorderd door verzoeker wordt afgewezen.

Zeist, 3 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. Wetgeving
2. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 940

1. Bij opzegging tegen het einde van een verzekeringsperiode teneinde verlenging van de overeenkomst te verhinderen, wordt een termijn van twee maanden in acht genomen.
2. De verzekeringnemer en, tenzij het een persoonsverzekering betreft, de verzekeraar kunnen een overeenkomst die is aangegaan voor een periode van meer dan vijf jaar, of die voor zulk een periode is verlengd, opzeggen tegen het einde van elk vijfde jaar binnen die periode. Daarbij geldt de in lid 1 genoemde termijn.
3. Indien de verzekeraar de bevoegdheid heeft bedongen de overeenkomst tussentijds op te zeggen, komt de verzekeringnemer een gelijke bevoegdheid toe. Tenzij jegens hem is gehandeld met het opzet tot misleiding neemt de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer daarbij een termijn van twee maanden in acht. Indien een verzekering dekking biedt tegen schade veroorzaakt door risico's als bedoeld in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht, kan, bij de verwezenlijking van een dergelijk risico of bij een dreiging van het ophanden zijn daarvan, de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer in afwijking van deze termijn van twee maanden, de overeenkomst met inachtneming van een termijn van zeven dagen opzeggen. De verzekeraar kan slechts tussentijds opzeggen op in de overeenkomst vermelde gronden welke van dien aard zijn dat gebondenheid aan de overeenkomst niet meer van de verzekeraar kan worden gevergd.
4. Indien de verzekeraar de voorwaarden van de overeenkomst ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.
5. De verzekeraar kan een persoonsverzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voor zover dat is gelegen in de persoon van degeen, die de verzekering betreft.
6. De verzekeringnemer kan de overeenkomst steeds langs elektronische weg opzeggen. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld ten aanzien van de verzending van opzeggingen langs elektronische weg.
7. De voordracht voor een krachtens het zesde lid vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan de beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd.

● Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar

Als bewegen moeilijk gaat of pijn doet.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Behandelingen: <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 Er kan een maximale behandelperiode gelden
Startfit	10 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie Max. per kalenderjaar
Benfit	16 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie Max. per kalenderjaar
Optifit	30 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie Max. per kalenderjaar
Topfit	50 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie Max. per kalenderjaar
Superfit	100%, max. 18 behandelingen manuele therapie Max. per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

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

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.

De **basisverzekering** vergoedt fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder 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 basisverzekering vanaf de 21e behandeling. De basisverzekering vergoedt de eerste 20 behandelingen dus niet. Als in de lijst een maximale behandelperiode staat, stopt de vergoeding uit de basisverzekering als die periode om is.

2. Etalagebenen

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

4. COPD

Bij COPD vergoedt de basisverzekering oefentherapie onder begeleiding, vanaf de 1e behandeling. Een arts moet hebben vastgesteld dat u COPD in 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 basisverzekering 1 keer maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie, vanaf de 1e behandeling.

6. Reumatoïde artritis, axiale spondyloartritis en COVID-19

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

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

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

Hier kunt u terecht

Voor zorg uit de basisverzekering:

- fysiotherapeut
- manueel therapeut³
- oefentherapeut Mensendieck of Cesar
- bekkenfysiotherapeut⁴
- geriatriefysiotherapeut⁵
- oedeemfysiotherapeut⁶
- huidtherapeut⁷: alleen voor oedeem- en littekentherapie

Voor zorg uit de aanvullende verzekering kunt u ook nog terecht bij de psychosomatisch fysiotherapeut⁸.

Andere vergoedingen

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

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

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor fysiotherapie en oefen therapie betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

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

● Dit moet u zelf doen

Andere behandellocatie? Dan moet u ons vooraf toestemming vragen

Fysiotherapie of oefen therapie 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 oefen therapie 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 oefen therapie die fysio- en oefen therapeuten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Behandelingen onder de 18 jaar tellen mee

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

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

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

Uitleg

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

● 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 [Preventiecurcussen](#).

● 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