



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA te Tilburg

Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie, chronische indicatie, syringomyelie, doelmatigheid

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11, 2.1 en 2.6 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202001697

Zittingsdatum : 31 maart 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg, en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA te Tilburg, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 25 november 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 januari 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 21 januari 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 16 februari 2021 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021002823) per brief aan de commissie meegedeeld dat hij geen adviesbevoegdheid heeft en geen advies kan uitbrengen over het onderhavige geschil. Een kopie van de genoemde brief is op 16 februari 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 maart 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Op 8 april 2021 heeft het Zorginstituut per brief opnieuw aan de commissie meegedeeld dat hij geen adviesbevoegdheid heeft. Een kopie van het advies is op 9 april 2021 ter kennisname aan partijen gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgbewustpolis (natura select) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Plus Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Op 11 december 2019 is ten behoeve van verzoekster een aanvraag voor langdurige fysiotherapie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. In deze aanvraag heeft de behandelend fysiotherapeut over verzoekster verklaard:  
"(...) *Betreft: Behandelplan betreffende patiënt [naam en relatienummer verzoekster] met chronische indicatie syringomyelie.*  
(...)  
*Middels dit schrijven wens ik akkoord te krijgen om mw in 2020 2x per week in onze praktijk te kunnen behandelen voor haar klachten. Vanaf augustus 2019 is mede door de (in eerste instantie) beperkte vergoeding van CZ voor de fysiotherapie en de geboorte van haar zoontje alsmede de zorg hieromtrent, de frequentie van 2x per week niet behaald het laatste kwartaal, wat momenteel resulteert in een toename van de klachten bij [verzoekster].*

*Hoofddoel: Behouden van de mogelijkheden binnen een termijn van 12 maanden op gebied van ADL, uitvoeren van werk + uitvoeren van huishoudelijk werk + zorg voor haar zoontje (geboren 30 augustus 2019), uitvoeren van sport/hobby's, actieve participatie in sociaal leven waarbij PSK =/ < 6.*

*Subdoelen*

- 1. Mw. kan zelfstandig functioneren tijdens ADL en huishoudelijk werk (inclusief zorg voor haar zoontje) met een maximale PSK van 6.*
- 2. Mw. kan haar werk als fysiotherapeute uitvoeren 3 dagen (à 7,5 uur) per week waarbij PSK = / < 6.*
- 3. Mw. kan 1x per week 1 uur haar sport yoga uitoefenen met een maximale PSK van 6.*
- 4. Mw. kan 1x per week een activiteit binnen haar sociaal leven inpassen waarbij PSK = / < 6.*

*Door een therapie-frequentie van 2x per week te hanteren, zal mw. mogelijkerwijs in staat zijn deze doelen te realiseren. Een afbouw van de therapie is mijns inziens niet haalbaar. Er is in de loop der jaren meermaals getracht de frequentie van de therapie te verlagen naar 1x per week, maar dit resulteerde in een toename van de pijnklachten, hypertonie en vermoeidheid waarbij een verhoging van 1-3 punten van NRS en PSK-scores.*

*Op basis van dit behandelplan wensen wij toestemming te ontvangen om de behandeling van [verzoekster] voort te zetten op basis van de chronische indicatie met een behandelfrequentie van 2x per week. (...)"*

- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 januari 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat aanvullende informatie nodig is om de aanvraag te kunnen beoordelen. In dit verband is verzocht de volgende vragen te beantwoorden:

*"(...)*

*- Kunt u aangeven welke zelfmanagement tools worden ingezet? Graag ontvangen wij naast de behandeldoelen ook informatie over de behandeling.*

*- Welke therapeutische interventies worden ingezet? Kunt u een wetenschappelijke onderbouwing aanleveren voor de inzet van die behandelinterventie langdurig bij 2x per week.*

*- Kunt u aantonen dat er sprake is van doelmatige zorg? (...)"*

- 3.4. Op 26 februari 2020 heeft de behandelend fysiotherapeut per brief de vragen van de ziektekostenverzekeraar als volgt beantwoord:

*"(...) Zelfmanagementtools die worden ingezet zijn oefenprogramma voor thuis gericht op mobiliteit, stabiliteit, kracht en conditie, belasting/belastbaarheidsmodel, ontspanningsoefeningen / mindfulness.*

*Therapeutische interventies die worden ingezet is passieve en geleid actieve mobilisatie, manuele therapie, detonisatie, adviezen, houdingscorrectie, stabiliteitstraining met uitwendige balansverstoringen. De behandelfrequentie van 2x per week word aangehouden op basis van de NRS-en PSK-score welke, zoals eerder vermeld in het voortgangsverslag, zienderogen toeneemt wanneer de frequentie word verlaagd.*

*Er is inderdaad sprake van doelmatige zorg, hiervoor verwijst ik u graag naar voorgaande voortgangsverslag en behandelplan.*

*Omdat ik de privacy van mijn patiënt niet wil schenden heb ik haar deze brief laten lezen en ook laten ondertekenen, om de wet op de privacy niet te schenden. Ook heb ik een Nederlandse collega gevraagd of al deze verslaggeving die ik naar u moet doen in Nederland normaal is in deze situatie. Mijn collega vond dit heel raar en zei dat ze nooit problemen had met langdurige fysiotherapie voor haar patiënten. Jammer dat dit voor mijn patiënt dan wel is, heeft dit te maken met het feit dat ze in België behandeld wordt? Ik dacht dat volgens de Europese wetgeving er geen onderscheid gemaakt werd tussen de lidstaten onderling (...)"*

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 april 2020 aan verzoekster meegedeeld dat zij recht heeft op 50 behandelingen fysiotherapie vanaf 1 januari 2020 tot en met 31 december 2020 en een vergoeding van maximaal € 30,20 per behandeling. De aanvraag voor meer dan 50 behandelingen fysiotherapie is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.

3.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 2 juli 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.7. Op 16 februari 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:  
*"(...) Gelet op artikel 114, derde lid van de Zvw adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw.*

*Niet in geschil is of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ook niet in geschil is of verzoekster een indicatie heeft zoals genoemd op de chronische lijst. Verzoekster heeft chronische en progressieve klachten en is redelijkerwijs aangewezen op de behandeling. Verweerder heeft dit erkend door 50 behandelingen per jaar te vergoeden.*

*Het geschil betreft de vraag of de behandeldoelen gerealiseerd kunnen worden met één of tweemaal per week behandelen en dus of de zorg doelmatig is. Het Zorginstituut is niet bevoegd om de doelmatigheid van de behandeling in geschil te beoordelen. Dit behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. (...)"*

3.8. Op 8 april 2021 heeft het Zorginstituut verklaard:  
*"(...) In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut aangegeven geen adviesbevoegdheid te hebben, omdat niet in geschil is of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de behandeling.*

*U geeft aan dat verweerder het standpunt lijkt in te nemen dat de verleende zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk omdat verweerder in meerdere brieven aangeeft dat het wetenschappelijk bewijs voor de behandelingen die aan verzoekster worden verleend ontbreekt.*

*De indicatie waarvoor verzoekster fysiotherapie ontvangt staat op de chronische lijst. Voor de indicaties genoemd op de chronische lijst bestaat aanspraak op vergoeding van fysiotherapie ten laste van de basisverzekering. Verweerder erkent dit ook door 50 behandelingen per jaar te vergoeden. Het geschil heeft betrekking op het behandelplan van de fysiotherapeut op basis waarvan verzoekster tweemaal per week behandeld wordt. Verweerder wil niet meer dan 50 behandelingen per jaar vergoeden. Het betreft een zeldzame aandoening waarvoor geen richtlijn voor fysiotherapie bestaat, en waarschijnlijk ook geen vergelijkend onderzoek over één vs. twee of meer behandelingen per week. Het is terecht dat verweerder de fysiotherapeut vraagt om in het behandelplan te onderbouwen waarom meer dan 50 behandelingen per jaar noodzakelijk zijn. Ook kan verweerder vragen of er aandacht is voor zelfmanagement zodat op termijn wellicht de behandelfrequentie aangepast kan worden naar 50 behandelingen per jaar. De fysiotherapeut kan aangeven welke zorgactiviteiten wekelijks uitgevoerd moeten worden vanwege aangeduide klachten en beperkingen bij verzoekster, en wat de daarbij behorende behandeldoelen en te verwachten uitkomsten zijn. Ook kan de fysiotherapeut aangeven of op termijn toegewerkt kan worden naar een lagere frequentie, of dat sprake is van zodanige progressie van de ziekte dat dit niet haalbaar is. Het bovenstaande betreft de beoordeling van de doelmatigheid van de behandeling. Het Zorginstituut heeft daarom geen adviesbevoegdheid. (...)"*

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de gevraagde langdurige fysiotherapie te vergoeden op grond van de zorgverzekering.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over paramedische zorg 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.

*Standpunt verzoekster*

6.2. Verzoekster is bekend is met syringomyelie, hetgeen een chronische indicatie is voor fysiotherapie op grond van de zorgverzekering. Uit Bijlage 1 van het Bzv volgt dat deze indicatie aanspraak geeft op fysiotherapie, zonder beperking van behandelfrequentie of behandelduur. De ziektekostenverzekeraar stelt zich ten onrechte op het standpunt dat langdurige fysiotherapie in verband met haar aandoening niet doelmatig is. De behandelend fysiotherapeut heeft uitgebreid onderbouwd waarom zij is aangewezen op twee fysiotherapiebehandelingen per week. Hierdoor blijven de PSK en NRS waarden stabiel en wordt een houdbare situatie gecreëerd. Afname van het aantal fysiotherapiebehandelingen leidt tot toename van de klachten, zo is in het verleden gebleken. Ook dit is door de behandelend fysiotherapeut onderbouwd.

Verzoekster is zelf werkzaam als fysiotherapeute. Dit betekent dat zij in staat is een goede balans te vinden tussen belasting en belastbaarheid. Ook is zij zich bewust van het belang van huiswerk oefeningen/zelfmanagementtools. Vanwege haar chronische aandoening zijn die echter niet voldoende om tot een stabiele en houdbare situatie te komen. Overigens is verzoekster reeds minder gaan werken en heeft zij in overleg met haar partner de belasting tot een minimum proberen te beperken.

Verzoekster heeft als een in Nederland werkzame fysiotherapeut nog nooit meegemaakt dat zij zich zo uitgebreid heeft moeten verantwoorden over een patiënt die bekend is met een chronische indicatie voor fysiotherapie. Zij krijgt dan ook het gevoel dat sprake is van een bepaalde vorm van discriminatie, omdat zij de zorg van een fysiotherapeut in België wenst te ontvangen.

*Standpunt ziektekostenverzekeraar*

6.3. De ziektekostenverzekeraar erkent dat verzoekster bekend is met een chronische indicatie voor fysiotherapie. Dit betekent volgens hem echter niet dat verzoekster aanspraak heeft op een onbeperkt aantal behandelingen. Daarom worden in beginsel 50 behandelingen vergoed op grond van de zorgverzekering en dient een fysiotherapeut een onderbouwing te geven als een grote aantal behandelingen noodzakelijk is. Dit moet de fysiotherapeut doen aan de hand van een behandelplan waarin de doelen SMART zijn beschreven en er moet uit wetenschappelijke literatuur blijken dat de behandelingen doelmatig zijn.

Uit de aanvraag en het behandelplan die ten behoeve van verzoekster zijn opgesteld, blijkt dat de behandeldoelen niet SMART zijn geformuleerd. Ook blijkt hieruit dat het behandelgoal 'onderhoud' is, hetgeen geen indicatie geeft voor fysiotherapie. Overigens is door de fysiotherapeut niet nader onderbouwd waarom de ingezette zelfmanagementtools niet leiden tot een bepaald resultaat en waarom deze niet afdoende zijn. Dit betekent dat onvoldoende is onderbouwd dat meer dan 50 behandelingen fysiotherapie in het geval van verzoekster doelmatig zijn, zodat de aanvraag voor langdurige fysiotherapie op grond van artikel A.3.2 van de verzekeringsvoorwaarden is afgewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft verder benadrukt dat geen sprake is van discriminatie, omdat van een zorgaanbieder in Nederland in een vergelijkbare situatie ook wordt verwacht dat deze de genoemde onderbouwing levert.

## Zorgverzekering

- 6.4. De zorgverzekering biedt dekking voor fysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder als zij een beperking of aandoening hebben die voorkomt op Bijlage 1 van het Bzv. Deze dekking omvat niet de eerste twintig behandelingen. Dit is opgenomen in artikel B.8.1. van de verzekeringsvoorwaarden.
- 6.5. Fysiotherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de aandoeningen die in bijlage 1 bij het Bzv zijn omschreven. Tot die aandoeningen behoren ruggemergaandoeningen (Bijlage 1, onder 1, 2<sup>o</sup>). Verzoekster lijdt aan syringomyelie. Deze aandoening vormt een (verzekerings)indicatie voor fysiotherapie op grond van de zorgverzekering. Deze indicatie kent geen beperking in behandelrequentie of behandelduur.
- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft gedurende een reeks van jaren, naar zij aangeeft sinds 2009, ter behandeling van de syringomyelie de kosten van fysiotherapie vergoed. Tot en met 31 december 2019 gebeurde dit op basis van twee behandelingen per week. De ziektekostenverzekeraar heeft tot in 2019 aan de vergoeding geen nadere voorwaarden verbonden. Sinds dat moment is er verandering gekomen in de gedragslijn van de ziektekostenverzekeraar. Nadat verzoekster op 11 december 2019 een behandelplan bij de ziektekostenverzekeraar had ingezonden, en zij op 30 januari 2020 een (nieuwe) aanvraag had ingediend, is de ziektekostenverzekeraar nadere vragen gaan stellen.
- 6.7. Aanvankelijk heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd naar de inzet van zelfmanagement tools, de behandeldoelen en de behandeling, de ingezette therapeutische interventies en werd aan verzoekster gevraagd of zij kon aantonen dat er sprake is van doelmatige zorg. Op 12 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een afwijzing van de aanvraag gezonden. Op 7 april 2020 volgde een toelichting op de afwijzing. Hierin werd aan verzoekster gevraagd om informatie te verstrekken over de behaalde resultaten en een behandelplan te verstrekken waarin de doelen 'SMART' omschreven staan.
- 6.8. Uit de gedingstukken en de behandeling ter zitting leidt de commissie af dat het aantal van 50 behandelingen op jaarbasis bij de ziektekostenverzekeraar niet op bezwaren stuit, maar het aantal van 2 behandelingen per week wel omdat in de visie van de ziektekostenverzekeraar dan sprake is van niet-doelmatige fysiotherapie.
- 6.9. Verzoekster verzocht om heroverweging van de afwijzing. In deze beslissing, die volgde op 2 juli 2020, hanteerde de ziektekostenverzekeraar een motivering waarin geen duidelijk onderscheid werd gemaakt tussen de drie, afzonderlijke en relevante criteria: de stand van de wetenschap en praktijk, het criterium 'redelijkerwijs aangewezen' en de doelmatigheid. De motivering is daardoor niet consistent en transparant. Dit stelt de commissie voor de vraag hoe het standpunt van de ziektekostenverzekeraar moet worden geduid.



- 6.10. De commissie neemt in aanmerking dat de ziektekostenverzekeraar gedurende een reeks van jaren geen aanmerkingen heeft gemaakt op de declaraties van verzoekster en in het bijzonder niet tegen het declareren van 2 behandelingen per week. De ziektekostenverzekeraar heeft van zijn kant geen aanknopingspunten naar voren gebracht waarom een maximum van 2 behandelingen per week thans zou leiden tot ondoelmatige zorg. Verzoekster lijdt aan een chronische en progressieve aandoening, waarbij behandeling nodig is om de huidige situatie stabiel te houden of achteruitgang tegen te gaan. De noodzaak van twee behandelingen per week is door de behandelend fysiotherapeute van verzoekster onderbouwd. Voor de commissie is aannemelijk gemaakt dat bij een vermindering van het aantal behandelingen de klachten van verzoekster zich des te sterker manifesteren, met gevolgen voor het maatschappelijk functioneren van verzoekster.
- 6.11. Een en ander in onderling verband beschouwend, is de commissie van oordeel dat een redelijke toepassing van het doelmatigheidsvereiste zich vooralsnog verzet tegen het terugbrengen van twee behandelingen naar één behandeling per week. Het komt de commissie wel aangewezen voor dat partijen (verzoekster, de behandelend fysiotherapeut en de ziektekostenverzekeraar) in overleg treden over de vragen die het Zorginstituut in de laatste alinea van zijn brief van 8 april 2021 heeft geformuleerd. De commissie verwacht dat partijen hierover open en reëel overleg zullen plegen waarvan de uitkomst niet bij voorbaat vaststaat. In afwachting van de uitkomst van dit overleg wordt het aantal van twee behandelingen per week niet gewijzigd. Dit sluit op termijn een eventuele aanpassing van het aantal behandelingen niet uit.

#### **Aanvullende ziektekostenverzekering**

- 6.12. Uit de verklaring van de ziektekostenverzekeraar volgt dat een deel van de behandelingen fysiotherapie die in 2020 hebben plaatsgevonden is vergoed op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. Zoals hiervoor is overwogen, heeft verzoekster vanaf de 21e behandeling aanspraak op twee behandelingen fysiotherapie per week op grond van de zorgverzekering. Voor zover de 21e of de hierop volgende behandelingen zijn vergoed op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering, dient de ziektekostenverzekeraar dit te corrigeren.
- 6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

#### **7. Bindend advies**

- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster twee behandelingen fysiotherapie per week moet vergoeden in verband met de behandeling van syringomyelie op grond van de zorgverzekering;
  - (ii) de ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot correctie voor zover vanwege de genoemde indicatie vanaf de 21e behandeling kosten zijn vergoed op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering;
  - (iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 14 april 2021,

G.R.J. de Groot

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving  
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)



den, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen en anderzijds een of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

### A.2.13. Wat sturen wij u toe?

Als u zich voor het eerst bij ons verzekert of als verzekeringsvoorwaarden, premie(grondslag) en/of aanspraak op zorg danwel vergoeding veranderen, dan sturen wij u:

- een nieuw polisblad. Wij geven daarbij ook aan vanaf welke datum dit nieuwe polisblad geldt. Vanaf die datum geldt uw oude polisblad niet meer.
- als u ons daar om vraagt, ook nieuwe verzekeringsvoorwaarden en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe verzekeringsvoorwaarden en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude verzekeringsvoorwaarden en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.
- als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

U kunt de verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzichten op onze website vinden.

## A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

### A.3.1. Zorgbemiddeling

U hebt recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

### A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Wie bepalen de inhoud en omvang van de zorg?

- De inhoud en omvang van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid.
- Wij bepalen de inhoud en omvang van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verze-

keringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat beschreven waar u voor verzekerd bent. Voor alle zorg geldt dat deze moet voldoen aan alle volgende eisen:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen.

Toelichting:

- Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, gaat het er om welke klachten/aandoeningen een bepaalde beroepsgroep behandelt en welke vormen van zorg men daarvoor in het algemeen aanbiedt. Met andere woorden: behoort de zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep en rekent deze beroepsgroep de zorg tot zijn deskundigheidsgebied.
- De zorg valt als verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet onder de basisverzekering en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk B van deze verzekeringsvoorwaarden; of
- De zorg valt als verzekerde zorg onder uw aanvullende verzekering(en) en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk D van deze verzekeringsvoorwaarden.
- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Toelichting:

- Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
- In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.
- U bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Het moet gaan om doelmatige, passende zorg voor uw situatie. Zo moet er een indicatie voor

de zorg zijn en mag het geen onnodig dure zorg en geen onnodig uitgebreide zorg zijn. Te dure of te uitgebreide zorg in uw situatie is dus geen doelmatige zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Voorbeeld:

Als u een indicatie hebt voor een hoortoestel uit categorie X en een toestel van € 1.500,- is voldoende en geschikt voor u, dan is dat hoortoestel doelmatige zorg. U hebt dan een wettelijke eigen bijdrage van 25% van € 1.500,- en daarvan kan een deel uit uw aanvullende verzekering vergoed worden als u daarvoor verzekerd bent.

Als u uit diezelfde categorie X een toestel van € 2.000,- kiest dat even geschikt is, vergoeden we dus niets, omdat dat toestel niet doelmatig is; als er twee hoortoestellen binnen een categorie (X) zijn die even geschikt en voldoende zijn voor u, vergoeden we op basis van de doelmatigheid het hoortoestel van € 1.500,- en wordt niets vergoed van het hoortoestel van € 2.000,-.

- De verzekerde zorg kan ook bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Voor deze "andere zorg" gelden de volgende voorwaarden:
  - de andere zorg moet naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden; en
  - de andere zorg is wettelijk niet uitgesloten; en
  - wij hebben u van tevoren een akkoordverklaring gegeven voor de "andere zorg".

Deze algemene eisen gelden altijd naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden voor de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg. Als u al zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan inmiddels gewijzigde en u medegedeelde eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten. Een lopende behandeling waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven, mag worden afgemaakt.

### A.3.3. Voorwaardelijke zorg

In afwijking van artikel A.3.2. 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar geregelde voorwaarden (zie artikel B.22.). Op de website van de overheid: [www.wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl) is de Regeling zorgverzekering te vinden

### A.3.4. Dekkingsgebied

Uw verzekering(en) heeft (hebben) een werelddekking.

Voorbeeld:

U bent op vakantie in Frankrijk en koopt daar een bril op sterkte. U hebt een aanvullende verzekering waarin een vergoeding voor gezichtshulpmiddelen is opgenomen van € 100,- per 2 jaar. Deze vergoeding geldt dan ook voor een bril die u in het buitenland koopt.

De voorwaarden die bij het betreffende artikel horen gelden ook voor het buitenland en de zorgverlener moet voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land worden gesteld.

### A.3.5. Voorwaarden op maat

Uw vergoedingen en voorwaarden worden online op maat aangeboden. Het kan dan gebeuren dat u op een bepaald moment andere voorwaarden of vergoedingen ziet dan die u eerder zag, bijvoorbeeld nadat u 18 jaar of 22 jaar bent geworden. In deze gevallen passen wij niet de voorwaarden of vergoedingen aan (zoals bedoeld in artikel A.5.3.), maar zijn vanwege uw leeftijd andere voorwaarden of vergoedingen op u van toepassing geworden.

## A.4. Begin en duur van uw verzekering

### A.4.1. Ingangsdatum

De verzekering gaat in op de datum waarop wij uw verzoek om de verzekering bij ons af te sluiten, ontvingen. U dient hierbij uw adres te vermelden zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen. We kunnen u ook inschrijven voor de verzekering zonder (juist) adres in de Basisregistratie Personen als u:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift aan ons toestuurt van maximaal een maand oud waarop de ingangsdatum van uw dienstverband genoemd staat. Hieruit moet blijken dat u aan de loonbelasting onderworpen bent in verband met in Nederland of op het continentaal plat (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg), uitgevoerd werk; of
- een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank aan ons toestuurt waaruit blijkt dat u verzekerd bent ingevolge de Wet langdurige zorg; of
- er redelijkerwijs niets aan kunt doen dat het door u verstrekte adres afwijkt van het adres in de Basisregistratie Personen.

Als u op dit moment nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u in uw verzoek aan-

## B.8. Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck

### B.8.1. Fysiotherapie en/of oefentherapie vanaf 18 jaar

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Als u 18 jaar of ouder bent, bent u verzekerd voor fysiotherapie en/of oefentherapie als u beperkingen hebt door een aandoening die op de “Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie” staat.

U vindt deze lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) op onze website en u kunt deze bij ons opvragen.

Per aandoening (genoemd op de lijst) omvat de zorg de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie vanaf de 21e behandeling (behandeling 1 tot en met 20 dus niet).

Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, bent u verzekerd voor behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn.

Bekkenfysiotherapie is beschreven in artikel B.8.2., fysiotherapie in de vorm van gesuperviseerde looptherapie bij claudicatio intermittens in artikel B.8.4., fysiotherapie in de vorm van gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van het heup- of kniegewricht in artikel B.8.5. en fysiotherapie in de vorm van gesuperviseerde oefentherapie bij COPD in artikel B.8.6.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg extra verzekerd zijn. Als u recht hebt op vergoeding uit dit artikel, kan het dus zijn dat (een deel van) de eerste 20 behandelingen verzekerd zijn in uw aanvullende verzekering. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.8.3.

### B.8.2. Bekkenfysiotherapie vanaf 18 jaar

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Als u 18 jaar of ouder bent, omvat de zorg maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie, zolang u bij ons verzekerd bent.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
  - De zorg is vrijgesteld van het verplicht eigen risico als:
    - u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten; en
    - u naar een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener gaat.
- Op uw polisblad kunt u zien of u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten.
- In alle andere situaties wordt de zorg wel verrekend met het eigen risico.
  - In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook extra verzekerd zijn als gewone fysiotherapie. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
  - Kijk voor de voorwaarden in artikel B.8.3.

### B.8.3. Fysiotherapie en/of oefentherapie tot 18 jaar

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Als u jonger dan 18 jaar bent, omvat de zorg fysiotherapie en/of oefentherapie, als u beperkingen hebt door een aandoening:

- die op de “Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie” staat.  
U vindt deze lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) op onze website en u kunt deze bij ons opvragen.  
U bent verzekerd voor de noodzakelijke behandelingen vanaf de 1e behandeling. Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, bent u verzekerd voor behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn;
- die niet op de “Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie” staat.  
U bent per aandoening verzekerd voor 9 behandelingen per jaar. Als u na deze 9 behandelingen nog last hebt van de aandoening, dan bent u verzekerd voor nog maximaal 9 extra behandelingen voor die aandoening; het totaal komt dan dus op 18 behandelingen.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg extra verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Eigen risico is niet van toepassing.

### Voorwaarden (B.8.1., B.8.2. en B.8.3.)

#### Algemeen

- Deze voorwaarden gelden voor verzekerden van alle leeftijden.
- Onder de rubriek fysiotherapie en/of oefentherapie vallen ook bijvoorbeeld therapieën aangeboden door een kinder(fysio- of oefen)therapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut en oedeemfysiotherapeut.
- Het genoemde aantal behandelingen is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut en eventueel uw verwijzer bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn voor uw aandoening.
- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.
- De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is. Dit moet blijken uit de verwijzing.

#### Zorgverlener

- Een fysiotherapeut verleent de fysiotherapie.
- Een manueel therapeut verleent de manuele therapie. Dit is een fysiotherapeut die als manueel therapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) en/of het (de) door ons aangewezen register(s).
- Een bekkenfysiotherapeut verleent de bekkenfysiotherapie. Dat is een fysiotherapeut die als bekkenfysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) en/of het (de) door ons aangewezen register(s).
- Een kinderysiotherapeut verleent de kinderysiotherapie. Dat is een fysiotherapeut die als kinderysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) en/of het (de) door ons aangewezen register(s).
- Een geriatriefysiotherapeut verleent de geriatriefysiotherapie. Dat is een fysiotherapeut die als geriatriefysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) en/of het (de) door ons aangewezen register(s).
- Een oedeemfysiotherapeut of huidtherapeut verleent de oedeemtherapie. De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) en/of het (de) door ons aangewezen register(s).
- Een oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent de oefentherapie.
- Een kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent de kinderoefentherapie. Dat is

een oefentherapeut die als kinderoefentherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

#### Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling is een verklaring van de huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist nodig als het gaat om:

- een aandoening die op de lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) staat of
- bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie of
- behandeling bij u thuis.

#### Akkoordverklaring

- De voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener, beoordeelt namens ons of uw aandoening voorkomt op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie" of dat sprake is van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.

Als de behandeling wordt gedaan door een niet gecontracteerde zorgverlener, is een akkoordverklaring van ons nodig (zie artikel A.18.).

- Als u eraan twijfelt of uw aandoening onder één van deze aandoeningen valt, raden wij u aan vooraf zorgadvies bij ons te vragen.
- een akkoordverklaring is nodig als meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op een dag nodig is.
- Hebt u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of wordt u door 2 verschillende fysiotherapeuten of door 2 verschillende oefentherapeuten behandeld, is ook een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) nodig.

#### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

### B.8.4. looptherapie bij etalagebenen vanaf 18 jaar

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor fysiotherapie in de vorm van gesuperviseerde looptherapie in geval van etalagebenen (claudicatio intermittens) met perifere arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine. Deze zorg omvat maximaal 37 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden. Met de therapie wordt uw zelfmanagement bevorderd met als doel uiteindelijk te komen tot zelfstandige voortzetting van het oefenen.

---

## **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.

(...)

### **Bijlage 1. van het Besluit zorgverzekering**

1. De aandoeningen, bedoeld in artikel 2.6, tweede lid, betreffen:
  - a. een van de volgende aandoeningen van het zenuwstelsel:
    - 1°. cerebrovasculair accident;
    - 2°. ruggemergaandoening;
    - 3°. multipele sclerose;
    - 4°. perifere zenuwaandoening indien sprake is van motorische uitval;
    - 5°. extrapyramidale aandoening;
    - 6°. motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel en hij jonger is dan 17 jaar;
    - 7°. aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel;
    - 8°. cerebellaire aandoening;
    - 9°. uitvalsverschijnselen als gevolg van een tumor in de hersenen of het ruggenmerg dan wel als gevolg van hersenletsel;
    - 10°. radiculair syndroom met motorische uitval;
    - 11°. spierziekte;
    - 12°. myasthenia gravis;

(...)