



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Paramedische zorg, littekentherapie door huidtherapeut in combinatie met fysiotherapie en oedeemtherapie, indicatie, doelmatigheid
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.6 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019
Zaaknummer : 201902631
Zittingsdatum : 23 september 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 13 mei 2020 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 30 juni 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 1 juli 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 7 juli 2020 respectievelijk 20 juli 2020 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.4. Bij brief van 17 augustus 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020029751) aan de commissie het advies uitgebracht. Een kopie is op dezelfde datum aan partijen gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Vitaal Uitgebreid (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Bij verzoekster is vanwege borstkanker de rechterborst geamputeerd. Deze borst is met een open wond bestraald. Verzoekster heeft hieraan een groot litteken overgehouden. Haar linkerborst is verkleind. Zij wordt door een fysiotherapeut behandeld met zowel fysiotherapie als oedeemtherapie. Omdat zij veel last heeft van de littekens op haar beide borsten, is door de verpleegkundig specialist bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor littekentherapie door een huidtherapeut.
- 3.3. De verpleegkundig specialist heeft op 15 maart 2019 over verzoekster verklaard:

"(...) Mevrouw met een mammacarcinoom rechts en reductie links. Heeft recht[s] een ablatio en OKD gehad, gevolgd door radiotherapie. Dien ten gevolge wond en verharding littekens rechts alsmede fibrose littekens links. Chronische huidtherapie voor links en rechts. (...)".
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brieven van 22 augustus 2019 en 22 november 2019 aan verzoekster meegedeeld dat zij geen machtiging ontvangt voor chronische littekentherapie.

3.5. Verzoekster heeft na de afwijzing van de eerste aanvraag de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 25 september 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. De behandelend huidtherapeut heeft bij brief van 7 januari 2020 over verzoekster verklaard:

“Op verwijzing van (...) (verpl. specialist oncologie) heeft bovenstaande zich maart 2019 bij ons gemeld wegens ernstige verklevingen van het litteken gelokaliseerd op de borst t.g.v. bestraling op open wond na mamma amputatie.

Het litteken zorgt voor pijnklachten en bewegingsbeperking. Ondanks dat littekentherapie middels LPG, Myofasciale release technieken en oefentherapie aangetoond is heeft haar zorgverzekeraar besloten de uitgevoerde therapie niet te vergoeden uit de basisverzekering. Medisch beoordelaar (fysiotherapeut) heeft beoordeeld dat de oedeemtherapie die wordt uitgevoerd door haar fysiotherapeute voldoende zou moeten zijn om haar litteken klachten te verminderen. Patiënte is tevreden met de uitgevoerde oedeemtherapie voor het lymfoedeem maar ervaart dat de door ons uitgevoerde littekentherapie noodzakelijk is om de verkleving van het weefsel verder op te heffen.

Wij zijn van mening dat littekentherapie in dit stadium voor patiënte noodzakelijk is om haar klachten te verminderen en te voorkomen dat de verkleving zich voortzet. De ernst van het litteken wordt ons inziens onderschat door haar zorgverzekeraar. (...).”

3.7. De behandelend fysio- en oedeemtherapeut heeft op 6 februari 2020 over verzoekster verklaard:

“(...) Allereerst kort iets over mijzelf: ik ben fysiotherapeut met een aanvullende opleiding voor oedeemtherapie, geregistreerd in het big-register en het kwaliteitsregister voor fysiotherapeuten.

Ik zag mw (...) voor het eerst in onze praktijk op 15.10.2018 op verwijzing van de specialist, 2 dagen later zou zij geopereerd worden vwg mamma-ca rechts, waarbij de rechter borst verwijderd werd, een okselklierdissectie is uitgevoerd en tevens de linker borst is verkleind. Voorafgaand aan de operatie heeft mw enkele zware chemokuren ondergaan.

Na de operatie heb ik mw weer op 23.10.2018 gezien, de operatie was goed verlopen, enkel had mw al veel last van oedeem op de thorax.

Helaas kreeg mw last van veel complicaties: ca 2 weken na de operatie was er een infectie ontstaan in de wond op de thorax, er begon oedeem te ontstaan in de rechter arm en mw kreeg last van het axillary-web-syndroom, waardoor er een forse mobiliteitsbeperking in de rechter schouder ontstond. Hierdoor werd de radiotherapie uitgesteld (normaliter zou deze 4 weken postoperatief moeten starten).

Uiteindelijk is de radiotherapie ca halverwege december 2018 gestart, ondanks dat de wond nog niet genezen was. Bestraling op een open wond was nog nooit eerder uitgevoerd bij de (...), wetende dat dit negatieve gevolgen zou hebben voor de wondgenezing. In deze tijd zag ik mw 2x wekelijks voor oedeemtherapie (dit hield in: manuele lymfedrainage, lymfetaping, zorgen voor compressiemateriaal en adviezen ter oedeemreductie) en mobiliserende oefeningen voor de schouder.

Toen mw klaar was met de radiotherapie, zijn we tevens gestart op verwijzing van de specialist op 14.1.2019 met 2x wekelijks oefentherapie. De algehele conditie en kracht van mw was door het lange ziekteproces en de zware behandelingen erg achteruitgegaan, tevens had mw nog steeds last van mobiliteitsbeperkingen van de rechter schouder. De therapie bestond uit cardio-oefeningen (loopband/fietsen/roeiapp/crosstrainer) en krachtoefeningen middels fitnessapparatuur (pulley's, legpress), daarnaast nog uit manuele mobilisatie voor de schouder. Deze oefentherapie is bij uitstek het expertise-gebied van de fysiotherapeut, deze zorg kan niet geleverd worden door een huidtherapeut.

Het heeft nog tot ongeveer april 2019 geduurd eer de wond helemaal genezen was, tot die tijd heeft mw ook wondzorg aan huis gekregen van de thuiszorg. Het uiteindelijke litteken op de thorax is ca 25 cm lang en op sommige plaatsen ca 1,5, cm diep. Mw is geregeld op controle in het ziekenhuis geweest voor de wond, waar de specialist mw in maart 2019 mw een verwijzing voor littekentherapie heeft uitgeschreven uit te voeren door een huidtherapeut.

In dit geval was er een zwaar verkleefd en diep litteken dat alleen middels behandeling via een LPG-apparaat te behandelen is, iets wat een fysiotherapiepraktijk niet heeft en wat ook niet tot ons beroepsdomein behoort.

De behandeling van complexe/ uitgebreide littekens zoals bij mw (...) moet door een huidtherapeut uitgevoerd worden.

In een gesprek met mw (...) van Huidtherapie (...) jl. is mij dit nogmaals bevestigd.

De oedeemtherapie uitgevoerd door een huidtherapeut of een oedeemtherapeut heeft natuurlijk wel overlap, maar daar is in dit geval geen sprake van.

Mw (...) heeft bij ons oedeemtherapie en oefentherapie gekregen en bij de huidtherapeut littekentherapie. Zodoende is er geen sprake van ondoelmatige zorg.

Ik betreur de afwijzing van de chronische machtiging voor littekentherapie door de zorgverzekeraar VGZ, dit heeft tot gevolg gehad dat mw de littekentherapie heeft moeten stopzetten. Hierdoor is inmiddels het oedeem verergerd op de thorax (littekens vormen een forse belemmering voor de lymfeafvoer als zij zo diep en verkleefd zijn), heeft mw meer pijnklachten gekregen en is de schoudermobiliteit rechts niet optimaal. (...)"

3.8. Bij brief van 17 augustus 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"(...) De beoordeling of gelijktijdige toepassing van deze therapie door een huidtherapeut (waarbij specifieke apparatuur wordt toegepast), met lymfoedeemtherapie en oncologische fysiotherapie door een fysiotherapeut (met specialisatie oedeemtherapeut) doelmatig is, is niet aan het Zorginstituut maar aan de zorgverzekeraar.

Desalniettemin wil het Zorginstituut graag het volgende opmerken:

- a. In het dossier wordt aangegeven dat verzoekster een indicatie heeft voor oncologische fysiotherapie. Oncologische fysiotherapie is echter geen indicatie op de lijst van chronische indicaties voor fysiotherapie (bijlage 1 bij artikel 2.6 Bzv); het is op basis van de informatie in het dossier niet duidelijk voor welke indicatie verweerder in een eerder stadium een machtiging heeft afgegeven. Mogelijk betreft dit de indicatie weke delen tumoren (bijlage 1 lid 1, sub d onder 7 Bzv).*
- b. Lymfoedeemtherapie kan zowel door een fysiotherapeut met specialisatie oedeemtherapeut worden gegeven als door een huidtherapeut.*
- c. De door de dermatoloog geadviseerde endermotherapie als onderdeel van de littekentherapie vereist specifieke apparatuur die de huidtherapeut wel ter beschikking heeft, maar de fysiotherapeut niet. De huidtherapeut kan naast de littekentherapie wel lymfoedeemtherapie geven.*
- d. Het is niet duidelijk waarom de resterende behandelingen in het kader van de lymfoedeemtherapie niet door de huidtherapeut kunnen worden overgenomen, waarna de fysiotherapeut zich kan beperken tot de behandelingen in het kader van de oncologische fysiotherapie (uitgaande van een geldige indicatie hiervoor, zie opmerking onder a).*
- e. Vanuit doelmatigheidsoogpunt maakt het niet uit of dezelfde therapeut alle benodigde behandelingen uitvoert, of dat twee therapeuten (die beide de vereiste competenties hebben en eenzelfde tarief in rekening brengen) de helft van de benodigde behandelingen uitvoeren. Wel komen bij elke (nieuwe) indicatie van de lijst van chronische indicaties voor fysiotherapie 20 behandelingen voor eigen rekening van de patiënt of zijn/haar aanvullende verzekering.*
- f. De behandelaren geven aan dat er wel overlap kan zijn tussen littekentherapie en lymfoedeemtherapie, maar dat dat in deze casus niet het geval is. Een overlap lijkt echter wel aannemelijk aangezien de huidtherapeut naast het toepassen van endermotherapie ook aandacht besteed [aan] myofasciale release, bevorderen van de schoudermobiliteit, algemene oefentherapie en het bevorderen van zelfmanagement. Wellicht kan overleg tussen beide zorgverleners over*

welke interventies elke therapeut toepast en een beperking van de behandelrequentie tot het aantal behandelingen dat daarvoor nodig is, overlap tussen de behandelprogramma's voorkomen.

Conclusie

Verzoekster is redelijkerwijs aangewezen op de littekentherapie, waarbij het de vraag is of er overlap bestaat met twee andere gelijktijdig lopende fysiotherapeutische behandelprogramma's, waardoor het geheel niet voldoende doelmatig is. Het is aan verweerder om de doelmatigheid te beoordelen. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar alsnog een machtiging te verstrekken voor chronische littekentherapie door een huidtherapeut.
- 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 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

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


Zorgverzekering

- 6.2. Verzoekster voert aan dat zij bij de oedeemtherapie manueel wordt behandeld. De oncologische fysiotherapie heeft in het geheel geen raakvlak met de aangevraagde littekentherapie. De littekentherapie is nodig omdat het litteken op haar rechterborst is verkleefd aan haar ribben. Deze verkleving is veroorzaakt doordat zij met een open wond haar bestralingen heeft moeten ondergaan. De therapie bestaat eruit dat de huid wordt losgemaakt met speciale apparatuur, waarover de fysiotherapeut niet beschikt. Volgens verzoekster heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar niet eens de moeite genomen de opgestuurde foto's van het litteken te bekijken. Haar litteken kan volgens de behandelend specialist, die zeer deskundig is op dit gebied, nooit manueel worden behandeld. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat er drie behandelaars zouden zijn, maar dit is onjuist. De fysiotherapeut is tevens oedeemtherapeut. Daarnaast bezoekt verzoekster een huidtherapeut voor littekentherapie.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat een machtiging is afgegeven voor oedeemtherapie, waarbij ook het litteken moet worden behandeld. Ook is er een machtiging gegeven voor oncologische fysiotherapie, waarbij het litteken in de behandeling moet worden meegenomen. Als het litteken in deze behandelingen niet wordt meegenomen, is men niet doelmatig bezig en niet conform de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster ontvangt geen machtiging voor een derde indicatie op basis van de chronische lijst, waarmee zij littekentherapie kan ondergaan bij een andere zorgverlener. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch contact gehad met de huidtherapeut. Hieruit is de medische noodzaak voor aparte littekentherapie niet gebleken.

- 6.4. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster een indicatie heeft voor littekentherapie, oncologische fysiotherapie en oedeemtherapie. De ziektekostenverzekeraar heeft een machtiging afgegeven voor oncologische fysiotherapie en oedeemtherapie. Hij zou bereid zijn geweest een machtiging af te geven voor littekentherapie, maar niet naast de oncologische fysiotherapie en oedeemtherapie. Hij acht deze samenloop ondoelmatig.
- 6.5. De eis dat een bepaalde vorm van zorg of dienst voor een verzekerde doelmatig dient te zijn, behoort gelet op de Nota van Toelichting bij artikel 2.1, derde lid, Bzv, tot de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar. De doelmatigheid is omschreven in artikel 1.1 van de zorgverzekering. Hiermee is de juridische basis gelegd voor de beoordeling. De commissie zal de doelmatigheid daarom inhoudelijk toetsen.
- 6.6. De behandelend fysio-/oedeemtherapeut, huidtherapeut en dermatoloog hebben toegelicht waarom zij van mening zijn dat aparte littekentherapie voor verzoekster is aangewezen. Ook hebben de fysio-/oedeemtherapeut en huidtherapeut toegelicht waarin de littekentherapie verschilt met de oncologische fysiotherapie en oedeemtherapie die verzoekster ontvangt. De behandelaars schrijven dat weliswaar een overlap kan zijn in de behandeling door een oedeemtherapeut en een huidtherapeut, maar dat deze overlap er in het geval van verzoekster niet is. De afwijzing van de ziektekostenverzekeraar lijkt met name erop te zijn gebaseerd dat het uitzonderlijk is zowel een machtiging voor fysiotherapie, oedeemtherapie als huidtherapie te geven. De overlap zou volgens hem eruit bestaan dat ook door de fysio-/oedeemtherapeut aandacht dient te worden gegeven aan het litteken. Door de behandelaars en door verzoekster is echter betoogd dat voor de littekentherapie speciale apparatuur nodig is, waarover de fysio-/oedeemtherapeut niet beschikt. De ziektekostenverzekeraar is op dit argument niet ingegaan.
- 6.7. Het Zorginstituut merkt in zijn advies van 17 augustus 2020 op dat inderdaad overlap kan zijn tussen de verschillende behandelingen, omdat door de huidtherapeut ook aandacht wordt besteed aan myofasciale release, het bevorderen van de schoudermobiliteit, algemene oefentherapie en het bevorderen van zelfmanagement. Het Zorginstituut merkt op dat wellicht contact tussen de behandelaars mogelijk is om een overlap te voorkomen.
- 6.8. De commissie overweegt dat de indicatie voor oncologische fysiotherapie geen onderwerp van geschil is. Tevens is door verzoekster aannemelijk gemaakt dat vanwege het ontbreken van de hiervoor benodigde apparatuur de behandeling van het litteken niet in dit kader kan plaatsvinden. Het Zorginstituut heeft dit bevestigd. Zoals door het Zorginstituut is toegelicht, is er wel een mogelijke overlap tussen de behandelingen oedeemtherapie door de fysio-/oedeemtherapeut en de littekentherapie door de huidtherapeut, indien en voor zover de huidtherapeut ook oedeemtherapie zou geven. Gesuggereerd is de resterende behandelingen oedeemtherapie te laten overnemen door de huidtherapeut. Het is mogelijk dat één therapeut alle benodigde behandelingen uitvoert, maar evengoed kunnen twee therapeuten ieder de helft voor hun rekening nemen. Hierbij is door het Zorginstituut opgemerkt dat het aan de ziektekostenverzekeraar is zich uit te laten over de doelmatigheid. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar zich hierover niet heeft uitgelaten. Het verzoek ligt daarom voor toewijzing gereed. In het kader van de af te geven machtiging voor littekentherapie door een huidtherapeut mag de ziektekostenverzekeraar de voorwaarde stellen dat de huidtherapeut met de behandelend fysiotherapeut in overleg treedt om overlap in behandeling te voorkomen. De door het Zorginstituut genoemde aandachtsgebieden dienen hierbij aan de orde te komen.


Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor beweegzorg, waaronder fysiotherapie en oefentherapie tot maximaal 32 behandelingen per jaar. Er is geen aparte dekking opgenomen voor littekentherapie door een huidtherapeut. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.



6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.


7. Bindend advies



7.1. De commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar:
(i) gehouden is verzoekster alsnog een machtiging te geven voor littekentherapie door een huidtherapeut;
(ii) aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.



Zeist, 23 september 2020,



G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Besluit zorgverzekering

Bijlage 1. van het Besluit zorgverzekering

Bijlage behorende bij artikel 2.6, tweede lid.

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;
 - b. of een van de volgende aandoeningen van het bewegingsapparaat:
 - 1°. aangeboren afwijking;
 - 2°. progressieve scoliose;
 - 3°. juveniele osteochondrose en hij jonger is dan 22 jaar;
 - 4°. reflexdystrofie;
 - 5°. [vervallen;]
 - 6°. fractuur als gevolg van morbus Kahler, botmetastase of morbus Paget;
 - 7°. frozen shoulder (capsulitis adhaesiva);
 - 8°. [vervallen;]
 - 9°. [vervallen;]
 - 10°. [vervallen;]
 - 11°. [vervallen;]
 - 12°. [vervallen;]
 - 13°. hyperostotische spondylose (morbus Forestier);
 - 14°. collageenziekten;
 - 15°. status na amputatie;
 - 16°. whiplash;
 - 17°. postpartum bekkeninstabiliteit;
 - 18°. fractures indien deze conservatief worden behandeld;
 - c. [vervallen;]
 - d. of een van de volgende aandoeningen:
 - 1°. [vervallen;]
 - 2°. aangeboren afwijking van de tractus respiratorius;
 - 3°. lymfoedeem;
 - 4°. littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma;
 - 5°. status na opname in een ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie en de hulp dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling;
 - 6°. perifere arterieel vaatlijden in stadium 3 Fontaine;
 - 7°. weke delen tumoren;
 - 8°. diffuse interstitiële longaandoening indien sprake is van ventilatoire beperking of diffusiestoornis.
2. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 10, of onderdeel b, subonderdeel 17, is de duur van behandeling maximaal drie maanden.

3. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 18, is de duur van behandeling maximaal zes maanden na conservatieve behandeling.
4. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 7, of onderdeel d, subonderdeel 6, is de duur van behandeling maximaal twaalf maanden.
5. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5, is de duur van de behandeling maximaal twaalf maanden in aansluiting op ontslag naar huis of beëindiging van de behandeling in de instelling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5.
6. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 16, is de duur van de behandeling maximaal drie maanden. Indien hierna nog sprake is van de trias bewegingsverlies, conditieverlies en cognitieve stoornissen, kan deze periode verlengd worden met maximaal zes maanden.
7. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 7, is de duur van behandeling maximaal twee jaren na bestraling.

Besluit zorgverzekering

Zichtdatum 29-04-2020

Geldend van 30-03-2019 t/m 25-06-2019

Artikel 2.1

- 1 De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
- 2 De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 3 Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 4 Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in het Interimbesluit forensische zorg.
- 5 In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
- 6 De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.6

1. Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek.
2. Fysiotherapie of oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar en ouder niet de eerste twintig behandelingen.
3. Fysiotherapie omvat tevens bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste negen behandelingen.
4. Fysiotherapie omvat tevens gesuperviseerde oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste zevenendertig behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden.
5. Fysiotherapie omvat tevens gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van heup- of kniegewricht. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste twaalf behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden.
6. Fysiotherapie omvat tevens gesuperviseerde oefentherapie bij chronisch obstructive pulmonary disease, indien sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste:
 - a. indien sprake is van klasse A van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties: vijf behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden;
 - b. indien sprake is van klasse B van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties:
 - 1°. zevenentwintig behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden na aanvang van de behandeling, en
 - 2°. drie behandelingen per twaalf maanden in de daarop volgende jaren;
 - c. indien sprake is van klasse C of D van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties:
 - 1°. zeventig behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden na aanvang van de behandeling, en
 - 2°. tweeënvijftig behandelingen per twaalf maanden in de daarop volgende jaren.
7. Voor verzekerden jonger dan achttien jaar bestaat fysiotherapie en oefentherapie in andere gevallen dan het tweede lid tevens uit ten hoogste negen behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met ten hoogste negen behandelingen.
8. Logopedie omvat zorg zoals logopedisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.
9. Ergotherapie omvat zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden, mits deze als doel heeft de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van tien behandelingen per kalenderjaar.
10. Diëtetiek omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft, tot een maximum van drie behandelingen per kalenderjaar.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 11

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, psychiater, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapt of straatdokter. De straatdokter is een arts die is geregistreerd in de gemeente(n) waar hij/zij werkzaam is en bij een vereniging van straatdokter (bijvoorbeeld de Nederlandse Straatdokter Groep). De straatdokter mag alleen verwijzen als de cliënt geen huisarts heeft.

Ontving u GGZ op basis van de Jeugdwet en heeft u hiervoor geen verwijsbrief van een hierboven genoemde verwijzer? Dan heeft u een nieuwe verwijsbrief nodig.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor gespecialiseerde GGZ met verblijf (zie artikel 36, Verblijf). Verstrikt binnenkort de termijn waarvoor toestemming is gegeven? Dan moet u opnieuw toestemming aanvragen. U kunt samen met uw zorgaanbieder een toestemmingsformulier gespecialiseerde GGZ invullen. Het formulier vindt u op onze website. Vraag de toestemming ten minste 2 maanden voor het verstrijken van de termijn aan. Dan weet u zeker dat uw aanvraag op tijd wordt verwerkt. Voorin deze voorwaarden vindt u waar u de aanvraag naar toe kunt sturen. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

PARAMEDISCHE ZORG

Artikel 26. Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

Jonger dan 18 jaar

- U heeft vanaf de eerste behandeling recht op behandeling van aandoeningen waarvoor een langdurige of chronische behandeling nodig is. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn.
- Heeft u een aandoening die niet op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie staat? Dan heeft u per kalenderjaar recht op maximaal 9 behandelingen per aandoening. Als u na deze 9 behandelingen nog last heeft van de aandoening, dan heeft u nog recht op maximaal 9 extra behandelingen voor die aandoening. In totaal heeft u dus recht op maximaal 18 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

18 jaar en ouder

Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie

U heeft eenmalig recht op de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.

Oefentherapie bij etalagebenen

U heeft recht op maximaal 37 behandelingen oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut (looptraining) bij perifere arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen) in een periode van maximaal 12 maanden.

Oefentherapie bij artrose heup- en kniegewricht

U heeft recht op maximaal 12 behandelingen oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij artrose van heup- of kniegewricht in een periode van maximaal 12 maanden.

Oefentherapie bij COPD

U heeft recht op oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) GOLD klasse II en hoger. Het aantal behandelingen is afhankelijk van de ernst van de klachten en het risico op longaanvallen volgens de GOLD groep A, B, C of D.

Groep	A	B	C	D
Eerste 12 maanden Het aantal behandelingen in de periode van 12 maanden na de start van de behandeling is maximaal	5	27	70	70
Na 12 maanden Het aantal behandelingen voor iedere periode van 12 maanden na het eerste jaar is maximaal	0	3	52	52

Behandeling van chronische aandoeningen

U heeft vanaf de 21e behandeling recht op behandeling van aandoeningen waarvoor een langdurige of chronische behandeling nodig is. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn.

Chronische lijst

De lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie wordt ook wel de 'Chronische lijst' genoemd. Deze naam dekt eigenlijk niet de lading, omdat niet alle chronische aandoeningen op deze lijst staan. Aandoeningen die wel op de lijst staan, zijn onder andere bepaalde aandoeningen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat, bepaalde long- en vaataandoeningen, lymfoedeem, weke delen tumoren en littekenweefsel van de huid. Het gaat in sommige gevallen ook om de behandeling van een aandoening na een opname in een ziekenhuis ter bespoediging van het herstel. Twijfelt u of uw aandoening op deze lijst voorkomt? Neem dan vooraf contact met ons op.

U vindt ons telefoonnummer op onze website.

U vindt de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) op onze website. U kunt deze lijst ook telefonisch bij ons opvragen. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

U heeft geen recht op:

- Arbocuratieve zorg. Dit is zorg die zich richt op genezing en behandeling van arbeidsgerelateerde acute en chronische lichamelijke aandoeningen;
- Re-integratietrajecten. Re-integratie is het geheel aan maatregelen dat erop gericht is om de arbeidsongeschikte werknemer terug te laten keren in het arbeidsproces;
- Behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

1. Bij een fysiotherapeut, heilgymnast-masseur, kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of manueel therapeut
2. Bij een oefentherapeut Cesar/Mensendieck of kinderoefentherapeut
3. Oedeemtherapie mag alleen worden verleend door een oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

ParkinsonNet

Heeft u de ziekte van Parkinson en heeft u fysiotherapie of oefentherapie nodig? Dan kunt u terecht bij fysiotherapeuten of oefentherapeuten aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie op onze website.

ClaudicatioNet

Heeft u oefentherapie (looptraining) nodig vanwege etalagebenen (claudicatio intermittens)? Dan kunt u terecht bij fysiotherapeuten of oefentherapeuten aangesloten bij ClaudicatioNet. Kijk voor meer informatie op onze website.

Toestemming

U heeft alleen vooraf onze toestemming nodig als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). U heeft een verklaring nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist waaruit blijkt dat u behandeld moet worden voor een aandoening die is opgenomen in deze lijst. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 27. Logopedie

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op zorg zoals logopedisten deze plegen te bieden, als deze zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

U heeft geen recht op logopedische behandelingen in verband met:

- Dyslexie
- Taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid
- Spreken in het openbaar
- Voordrachtskunst.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een logopedist.

Logopedische behandelingen die afwijken van de reguliere behandeling mogen alleen worden geleverd door een logopedist die is ingeschreven in een van de volgende deelregisters van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF):

- Afasie
- Hanen programma's
- Integrale zorg stotteren
- Preverbale logopedie (eten en drinken)
- Stotteren.

Stottertherapie mag ook worden verleend door een stottertherapeut die is ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

ParkinsonNet

Heeft u de ziekte van Parkinson en heeft u logopedie nodig? Dan kunt u terecht bij logopedisten aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie op onze website.

Artikel 28. Ergotherapie

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op zorg zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg het doel heeft uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen, tot maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Bijzonderheden

1. Onder alternatieve zorg verstaan wij niet consulten en (groeps)behandelingen voor:
 - preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
 - sociaal (maatschappelijke) dienstverlening en coaching;
 - werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
 - relatietherapie;
 - schoonheidsbevordering;
 - het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen (zie artikel 20);
 - celtherapie en chelatietherapie.
2. U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Artikel 10. Bewegzorg

U krijgt een budget voor bewegzorg. Dat kunt u inzetten voor fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck, oedeemtherapie en alternatieve bewegingstherapieën zoals hierna beschreven in artikel 10.1. tot en met 10.3.

Wat is uw budget voor alle bewegzorg samen?

	Basis	Uitgebreid
VGZ Jong	maximaal 6 behandelingen per kalenderjaar; voor alternatieve bewegingstherapieën maximaal 1 behandeling per dag tot maximaal € 45,	maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar; voor alternatieve bewegingstherapieën maximaal 1 behandeling per dag tot maximaal € 45, voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar
VGZ Single/Duo	maximaal 7 behandelingen per kalenderjaar; voor alternatieve bewegingstherapieën maximaal 1 behandeling per dag tot maximaal € 45	maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar; voor alternatieve bewegingstherapieën maximaal 1 behandeling per dag tot maximaal € 45, voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar
VGZ Gezin	maximaal 7 behandelingen per kalenderjaar; voor alternatieve bewegingstherapieën maximaal 1 behandeling per dag tot maximaal € 45,	maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar; voor alternatieve bewegingstherapieën maximaal 1 behandeling per dag tot maximaal € 45, voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar
VGZ Vitaal	maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar; voor alternatieve bewegingstherapieën maximaal 1 behandeling per dag tot maximaal € 45,	maximaal 32 behandelingen per kalenderjaar; voor alternatieve bewegingstherapieën maximaal 1 behandeling per dag tot maximaal € 45, voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar

10.1. Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Omschrijving

1. Fysiotherapie
2. Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Uw budget voor beweegzorg staat bij Artikel 10.

Wie mag de zorg verlenen

1. Fysiotherapie: fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of manueel therapeut.
2. Oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kinderoefentherapeut of psychosomatisch oefentherapeut.

Voor fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck hebben wij alleen contracten met zorgverleners die voldoen aan de kwaliteitseisen van de beroepsgroep.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling (zitting) in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners' op onze website. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

Bijzonderheden

Dit krijgt u niet vergoed:

- Arbocuratieve zorg. Dit is zorg om arbeidsgerelateerde acute en chronische lichamelijke aandoeningen te behandelen of te genezen.
- Re-integratietrajecten. Het doel van re-integratie is dat de arbeidsongeschikte werknemer weer aan het werk kan.
- Behandelingen en behandelprogramma's om de conditie te verbeteren, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

De behandelingen die u uit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet vergoed uit uw aanvullende verzekering. Dat geldt voor:

Jonger dan 18 jaar

- Chronische aandoeningen: alle behandelingen.
- Niet-chronische aandoeningen: de 1e 18 behandelingen.

18 jaar en ouder

- Chronische aandoeningen: vanaf de 21e behandeling.
- Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie: de 1e 9 behandelingen.
- Oefentherapie:
 - Bij etalagebenen: de 1e 37 behandelingen;
 - Bij artrose van heup- of kniegewricht: de 1e 12 behandelingen;
 - Bij COPD vanaf stadium Gold II: de zorgverzekering vergoedt een maximum aantal behandelingen oefentherapie.

De chronische aandoeningen staan in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). U vindt deze Lijst op onze website.

10.2. Oedeemtherapie

Omschrijving

Oedeemtherapie.

Uw budget voor beweegzorg staat bij Artikel 10.

Wie mag de zorg verlenen

Oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.

Voor oedeemtherapie hebben wij alleen contracten met zorgverleners die voldoen aan de kwaliteitseisen van de beroepsgroep.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling (zitting) in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners' op onze website. Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgverleners vindt u op onze website.

De behandelingen die u uit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet vergoed uit uw aanvullende verzekering. Dat geldt voor:

18 jaar en ouder

- Chronische aandoeningen: vanaf de 21e behandeling.

De chronische aandoeningen staan in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). U vindt deze Lijst op onze website.

10.3. Alternatieve bewegingstherapieën

Omschrijving

- Chiropractie
- Osteopathie
- Manuele therapie E.S
- (Ortho)manuele geneeskunde
- Craniosacraaltherapie
- Haptotherapie
- Adem- en ontspanningstherapie Van Dixhoorn

Uw budget voor beweegzorg staat bij Artikel 10.

Wie mag de zorg verlenen

Alleen bij een door ons aangewezen zorgverlener. Deze vindt u op onze website.

Kiest u bij alternatieve bewegingstherapie voor een niet-aangewezen zorgverlener? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Artikel 11. Ergotherapie

Omschrijving

Aanvullende vergoeding voor ergotherapie op voorwaarde dat deze zorg het doel heeft uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. Vanuit de zorgverzekering heeft u aanspraak op 10 behandeluren ergotherapie per kalenderjaar. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling op de vergoeding uit de zorgverzekering.

Wie mag de zorg verlenen

Ergotherapeut.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de tarieven zoals genoemd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners. U vindt deze lijst op onze website.

Let op

Wij hebben voor ergotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.
