

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Anderzorg N.V. te Wageningen
Zaak : EU/EER, Frankrijk, paramedische zorg
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019 en 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.6 en Bijlage 1 Bzv, 2.1 Rzv,
art. 19 Verordening (EG) 883/2004, art. 25 Verordening (EG) 987/2009
Zaaknummer : 202002510
Zittingsdatum : 23 maart 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

Anderzorg N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 13 maart 2021 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan; op 31 maart 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 25 mei 2021 aan de commissie meegedeeld dat hij een zogenoemd tarifieringsverzoek heeft ingediend bij het uitvoeringsorgaan van de Franse sociale ziektekostenverzekering. De zorgverzekeraar heeft de commissie gevraagd de behandeling van het geschil aan te houden in afwachting van een reactie hierop. De commissie heeft hiermee ingestemd en partijen hierover bij brief van 27 mei 2021 geïnformeerd.
- 2.3. De commissie heeft de zorgverzekeraar bij brief van 6 juli 2021 verzocht haar te informeren over de huidige stand van zaken ter zake het tarifieringsverzoek. De zorgverzekeraar heeft op 12 juli 2021 per e-mail verklaard dat het enkele maanden kan duren voordat een antwoord wordt ontvangen. Een afschrift van deze e-mail is ter kennisname aan verzoekster gezonden.
- 2.4. De commissie heeft de zorgverzekeraar bij brief van 13 september 2021 opnieuw verzocht haar te informeren over de huidige stand van zaken. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 14 september 2021 meegedeeld dat hij nog geen antwoord heeft ontvangen en dat op 2 september 2021 een rappel is gestuurd aan het Franse uitvoeringsorgaan. Een afschrift van deze brief is ter kennisname aan verzoekster gezonden.
- 2.5. De commissie heeft bij brief van 5 november 2021 bij de zorgverzekeraar geïnformeerd naar de actuele stand van zaken en hem gevraagd wat volgens hem de consequentie moet zijn als een reactie op het tarifieringsverzoek uitblijft. De zorgverzekeraar heeft op 10 november 2021 per e-mail en bij brief van 8 december 2021 gereageerd. Afschriften hiervan zijn op 10 december 2021 aan verzoekster gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren.
- 2.6. Verzoekster heeft op 10 januari 2022 en 12 januari 2022 per e-mail gereageerd. Op 16 januari 2022 volgde een aanvullende schriftelijke reactie. Afschriften van deze reacties zijn aan de zorgverzekeraar gestuurd.
- 2.7. Op 7 maart 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022005155) het voorlopig advies aan de commissie uitgebracht. Een kopie hiervan is op 8 maart 2022 aan partijen gestuurd.

- 2.8. Bij brief van 16 maart 2022 heeft verzoekster op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 16 maart 2022 aan de zorgverzekeraar gestuurd.
- 2.9. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 23 maart 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Over deze samenstelling zijn zij voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.10. Tijdens voornoemde hoorzitting heeft de zorgverzekeraar een voorstel aan verzoekster gedaan, dat hij bij brief van 23 maart 2022 schriftelijk heeft bevestigd. Dat voorstel is om de (39) fysiotherapiebehandelingen te vergoeden voor 75%, waarbij het eigen risico in rekening zal worden gebracht. Voorts is de zorgverzekeraar bereid de nog openstaande nota's voor een controle bij de chirurg (€ 17,50) en medicatie (€ 5,59) te voldoen. Een afschrift van het voorstel is aan verzoekster gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 31 maart 2022 heeft verzoekster het voorstel afgewezen, een tegenvoorstel gedaan en de commissie verzocht een bindend advies uit te brengen. Een kopie van deze brief is op 5 april 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar niet gereageerd.
- 2.11. De aantekeningen van de hoorzitting en afschriften van voornoemde brieven zijn aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies aanpassing behoeft. Bij brief van 29 april 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 en 2020 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Anderzorg Basis (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft in 2019 en 2020 zorgkosten gemaakt in Frankrijk, door haar beschreven als (i) bezoeken aan de huisarts (€ 75,-), (ii) medicijnen (€ 24,22), (iii) laboratoriumkosten (€ 42,26), (iv) kosten voor wondverzorging aan huis (€ 83,88), (v) revalidatiekosten (€ 628,73), (vi) verslag, controle en X-ray in het ziekenhuis (€ 53,02) en (vii) kosten voor een cardioloog € 103,62). Deze kosten, voor een totaalbedrag van € 1.010,73 heeft verzoekster op 18 september 2020 bij de zorgverzekeraar gedeclareerd.
- 3.3. Bij brief en declaratieoverzicht van 5 oktober 2020 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de door haar gedeclareerde kosten voor revalidatie, medicatie, verbandmiddelen en het bezoek aan de cardioloog niet worden vergoed. Verder blijkt uit het declaratieoverzicht dat de zorgkosten die overigens zijn gedeclareerd worden vergoed tot een totaalbedrag van € 241,81, waarvan € 82,93 ten laste van het wettelijk verplicht eigen risico komt. Dit betekent dat een bedrag van € 158,88 aan verzoekster is uitgekeerd.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 25 november 2020 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij de declaraties voor verbandmiddelen, medicatie en het bezoek aan de cardioloog opnieuw zal beoordelen en dat mogelijk een aanvullende vergoeding volgt. Verder is vermeld dat hij zijn afwijzende beslissing voor het overige handhaaft.

3.5. Bij brief en declaratieoverzicht van 26 november 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij de kosten van de voorgeschreven verbandmiddelen (€ 13,48) en de kosten van het bezoek aan de cardioloog (€ 103,62) alsnog vergoed. Omdat deze kosten ten laste van het wettelijk verplicht eigen risico komen, is geen aanvullende vergoeding aan verzoekster uitgekeerd.

3.6. In het voorlopig advies van 7 maart 2022 heeft het Zorginstituut verklaard:

"(...) Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Er is weliswaar (nog) geen officiële richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie (NVT) of van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Wel staat op de website van de NVT (www.trauma.nl/pub/letsel/qebroken-bovenarm-ter-hoogte-van-de-schouder) uitleg over de periode dat de nabehandeling duurt; het kan meer dan 6-12 weken duren totdat de schouder weer normaal kan worden gebruikt. Begeleiding en beweging (eerst passief, geleidelijk aan actiever) vindt veelal plaats met de hulp van een fysiotherapeut.

In de correspondentie tussen verweerder en verzoekster wordt in eerste instantie over revalidatie in engere zin gesproken. In deze casus is er geen indicatie voor een dergelijk revalidatietraject. Uit het dossier blijkt niet dat er sprake is van medisch-specialistische revalidatie. De behandeling door een kinesitherapeut is te vergelijken met een fysiotherapeutische behandeling in Nederland. Wel is er een indicatie voor fysiotherapeutische begeleiding. Zoals bovenstaand aangegeven valt het herstel na een ziekenhuisopname onder de basisverzekering. De eerste 20 sessies moeten wel zelf worden betaald, aangezien verzoekster hiervoor geen aanvullende verzekering heeft afgesloten. In het kader van een goed herstel van de bovenarm-/schouderfunctie is verzoekster op fysiotherapie aangewezen.

Opmerkingen

Verweerder heeft in de brief van 9 december 2021 aan de SKGZ aangeboden om alle 39 sessies voor 75% te vergoeden, rekening houdend met het eigen risico van verzoekster. Verzoekster zou dan nog om gerekend 10 sessies zelf moeten betalen in plaats van de wettelijke 20 sessies.

Conclusie

Uit het dossier blijkt niet dat er sprake is van medisch-specialistische revalidatie. Op basis van de beschikbare informatie kan geconcludeerd worden dat verzoekster vanaf de 21ste behandeling aanspraak kan maken op vergoeding van fysiotherapie behandeling ten laste van de basisverzekering op grond van de aandoening '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' met een maximale duur van 12 maanden. De eerste 20 behandelingen komen en niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. (...)"

4. Het geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar de zorgkosten, die zij op 18 september 2020 bij hem heeft gedeclareerd, ten bedrage van totaal € 1.010,73 volledig moet vergoeden.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op medisch specialistische zorg en paramedische zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Ook zijn hierin de toepasselijke bepalingen uit de Verordening (EG) 883/2004 en Verordening (EG) 987/2009 vermeld. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster heeft verklaard dat zij op 29 december 2019 is opgenomen in een ziekenhuis in Frankrijk vanwege een humerus fractuur. Een dag later heeft een operatie plaatsgevonden en nadien is een revalidatietraject gestart. De hieraan verbonden zorgkosten bedragen € 1.010,73. De zorgverzekeraar heeft besloten slechts een deel van deze kosten aan haar uit te keren (€ 158,88) en hij heeft een ander deel (€ 200,03) verrekend met het wettelijk verplicht eigen risico. Volgens verzoekster is de zorgverzekeraar gehouden ook de overige gedeclareerde kosten te vergoeden. De zorgverzekeraar vergoedt niet alle zorgkosten, omdat deze volgens hem niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen. Verzoekster heeft gesteld dat dit niet juist is, waarbij zij heeft aangevoerd dat ten gevolge van het gebrek aan kennis van de Franse taal de zorgverzekeraar het in het Frans opgestelde medisch dossier niet juist uitlegt en niet goed beoordeelt. Pas na een half jaar touwtrekken heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster gevraagd om voor een vertaling zorg te dragen. Verzoekster is echter van mening dat de zorgverzekeraar ingeval van medische dossiers in een door de Europese Unie erkende taal zelf voor een professionele vertaler dient zorg te dragen. Het gebrek aan kennis van de Franse taal komt volgens verzoekster met name tot uiting in het oordeel over de vergoeding van het gevolgde revalidatietraject. Ondanks verschillende pogingen van haar kant om hierover mede aan de hand van het medisch dossier uitleg te geven blijft de zorgverzekeraar van oordeel dat geen sprake is van revalidatie, maar van fysiotherapie.
- Verder heeft verzoekster verklaard dat zij de eerste drie maanden van 2020, met daarop volgend een zes weken durende Franse quarantaine, onmogelijk naar Nederland kon reizen voor verdere behandeling. Zij was dan ook afhankelijk van de voorschriften en verrichtingen zoals gebruikelijk in Frankrijk. Volgens verzoekster was dan ook sprake van een noodsituatie en was er geen alternatief. Verzoekster meent dat toepassing van de European Health Insurance Card met zicht brengt dat deze verrichtingen naar Franse maatstaven en niet naar Nederlandse maatstaven erkend, en in de gegeven omstandigheden, vergoed moeten worden. Volgens verzoekster zou een keuze tussen beide stelsels door de verzekerde aangewezen zijn. De huidige situatie is onbillijk omdat deze met zich meebrengt dat de zorgverzekeraar de voordelen geniet en de verzekerde de nadelen. Bovendien is de situatie nu een krachtens Europese regelgeving niet toegestane beperking van het vrije verkeer van goederen en diensten.
- Overigens heeft verzoekster opgemerkt dat de zorgverzekeraar het zogenoemde tarifieringsverzoek in de Nederlandse taal heeft opgesteld en dat hierin niet is verzocht te beoordelen of een deel van de geleverde zorg in Frankrijk een equivalent is van het Nederlandse begrip revalidatie. Volgens verzoekster kan het uitvoeringsorgaan van de Franse sociale ziektekostenverzekering hierdoor mogelijk geen oordeel geven. Verzoekster wil naast de volledige vergoeding van haar zorgkosten in Frankrijk graag een oordeel in het algemeen en op een hoger niveau, over de systematiek voor het verkrijgen van vergoedingen van zorg in andere landen van de Europese Unie.

Standpunt zorgverzekeraar

- 6.3. De zorgverzekeraar heeft, met inachtneming van de Verordening (EG) 883/2004 en Verordening (EG) 987/2009, een tarifieringsverzoek ingediend bij het uitvoeringsorgaan van de Franse sociale ziektekostenverzekering om na te gaan of de zorg die verzoekster heeft ontvangen onder de dekking van deze verzekering valt en zo ja, welke vergoeding op basis hiervan zou zijn toegekend.

Hoewel dit verzoek reeds in mei 2021 is ingediend, en een rappelbrief is gestuurd, heeft de zorgverzekeraar hierop nog geen reactie gehad.

Voor zover het de dekking van de zorgverzekering betreft, heeft de zorgverzekeraar verklaard dat verzoekster in Frankrijk geen zorg heeft ontvangen van een revalidatiearts, maar van een kinesitherapeut. Deze zorgverlener is aan te merken als een fysiotherapeut. Er is dan ook geen sprake van medisch specialistische revalidatiezorg, maar van fysiotherapie. Volgens de zorgverzekeraar komt deze zorg niet voor vergoeding in aanmerking op grond van de zorgverzekering, omdat niet aan de gestelde voorwaarden wordt voldaan. De zorgverzekeraar is evenwel bereid de 39 geboden fysiotherapiebehandelingen te vergoeden voor 75%, waarbij wel het eigen risico in rekening zal worden gebracht. Ook is hij bereid de openstaande nota's van € 17,50 en € 5,59 voor respectievelijk een controle bij de chirurg en medicatie te voldoen.

Overwegingen commissie

- 6.4. Verzoekster heeft de commissie verzocht te beslissen de zorgkosten die zij op 18 september 2020 bij de zorgverzekeraar heeft gedeclareerd te vergoeden. De commissie leidt uit de brief van verzoekster van 5 november 2020, in samenhang gelezen met de brief en het declaratieoverzicht van de zorgverzekeraar van 26 november 2020, af dat aanvankelijk in geschil was of de zorgverzekeraar is gehouden de kosten te vergoeden die door verzoekster zijn beschreven als (i) 'revalidatie (€ 628,73)', (ii) 'controle door de chirurg (€ 17,50)' en '(iii) medicatie verband houdend met de operatie (€ 5,59)'. Aangezien de zorgverzekeraar bij brief van 23 maart 2022 heeft verklaard dat hij alsnog bereid is de zorgkosten als vermeld onder (ii) en (iii) te vergoeden, vormt dit niet langer onderdeel van het geschil. De beoordeling van de commissie blijft om die reden beperkt tot de vraag of de zorgverzekeraar de zorgkosten die door verzoekster zijn gedeclareerd en beschreven als 'revalidatie' dient te voldoen. Hierover overweegt de commissie het volgende.

Europese verordeningen

- 6.5. De commissie is gehouden te toetsen aan de toepasselijke wet- en regelgeving, waaronder aan de systematiek en de bepalingen van de voornoemde Europese Verordeningen. De inhoud daarvan vormt voor de commissie een gegeven. De commissie kan verzoekster om die reden niet volgen in haar wens om een algemeen oordeel te geven over inhoud en strekking van deze Europese Verordeningen. De commissie kan verzoekster evenmin volgen in haar stelling dat toepassing van deze Europese Verordeningen leidt tot een ongeoorloofde beperking van het vrije verkeer van goederen en diensten. De Europese Verordeningen zien immers op de coördinatie van de verschillende sociale ziektekostenverzekeringssystemen binnen de EU/EER, zodat een en ander wordt voorkomen.
- 6.6. Op grond van artikel 19 van Verordening (EG) 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in een andere EU-lidstaat op grond van de sociale ziektekostenverzekering van die lidstaat. Hiervoor kan de European Health Insurance Card (EHIC) worden getoond. Als de EHIC niet kan worden getoond óf als deze door de buitenlandse zorgaanbieder wordt geweigerd en hierdoor kosten voor rekening van de verzekerde blijven, bepaalt artikel 25 van Verordening (EG) nr. 987/2009 welke mogelijkheden tot vergoeding er in dat geval zijn.
- De eerste mogelijkheid is dat verzekerde zich zelf met het verzoek om vergoeding richt tot het uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering van de andere EU-lidstaat, in dit geval Frankrijk. De tweede mogelijkheid is dat verzekerde de kosten zelf declareert bij het bevoegde uitvoeringsorgaan in het eigen land, in dit geval de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan de kosten dan vergoeden op basis van het tarief zoals dat in de andere EU-lidstaat wordt toegepast óf op grond van de zorgverzekering. In het laatste geval geldt dat de verzekerde hiermee expliciet moet instemmen. Deze instemming is niet vereist als vast staat dat de sociale ziektekostenverzekering van de andere EU-lidstaat geen dekking biedt voor de zorg die verzekerde daar heeft ontvangen.

- 6.7. Verzoekster heeft ervoor gekozen de voor haar rekening gebleven zorgkosten te declareren bij de zorgverzekeraar. Gesteld noch gebleken is dat zij ermee heeft ingestemd de eventuele vergoeding hiervan uitsluitend te baseren op de zorgverzekering. Daarnaast staat niet op voorhand vast dat de desbetreffende zorg niet onder de dekking van de Franse sociale ziektekostenverzekering valt. Dit heeft tot gevolg dat verzoekster, overeenkomstig artikel 25, lid 5, van Verordening (EG) 987/2009 recht heeft op vergoeding van de zorg overeenkomstig de dekking die de Franse sociale ziektekostenverzekering biedt.
- 6.8. Om na te gaan of de Franse sociale ziektekostenverzekering dekking biedt, is het aan de zorgverzekeraar een zogenoemd tarifieringsverzoek in te dienen bij het Franse uitvoeringsorgaan. De zorgverzekeraar heeft het desbetreffende verzoek op 31 mei 2021 ingediend, maar hierop is door hem nog geen reactie ontvangen, ondanks zijn schriftelijke rappel van 6 september 2021. De zorgverzekeraar heeft daarmee voldaan aan de verplichtingen die op hem rusten ingevolge artikel 25, lid 5, van Verordening (EG) 987/2009. Het Franse uitvoeringsorgaan is, op basis van voornoemd artikel, overigens verplicht inlichtingen te verstrekken over de tarieven en bedragen aan de zorgverzekeraar. Dat hij dit tot op heden niet heeft gedaan, kan de zorgverzekeraar echter niet worden tegengeworpen. Het voorgaande neemt overigens niet weg dat de zorgverzekeraar het tarifieringsverzoek pas heeft ingediend lopende de onderhavige procedure. Dit verdient niet de schoonheidsprijs. De zorgverzekeraar was immers gehouden – gelet op hetgeen onder 6.7. is overwogen – het verzoek in te dienen op het moment dat verzoekster de zorgkosten bij de zorgverzekeraar declareerde. Hetgeen verzoekster heeft gesteld ten aanzien van het tarifieringsverzoek wordt door de commissie gepasseerd. Zoals hiervoor is overwogen, had verzoekster de mogelijkheid zelf de facturen in te dienen bij het Franse uitvoeringsorgaan en in dat kader de door haar gewenste toelichting kunnen geven. Zij heeft er echter voor gekozen dit niet te doen. Voorts geldt dat het tarifieringsverzoek, zoals dit door de zorgverzekeraar is ingediend, er slechts op gericht is na te gaan of de geleverde zorg onder de dekking van de Franse sociale ziektekostenverzekering valt en welk tarief in dat geval van toepassing is. In dit verband is het voldoende de gedeclareerde facturen en de overgelegde medische informatie met het Franse uitvoeringsorgaan te delen. Het hierbij gebruikte formulier wordt door alle bevoegde uitvoeringsorganisatie binnen de EU gehanteerd en is, los van de taal waarin het is opgesteld, qua inhoud en opmaak gelijk, zodat dit voor het Franse uitvoeringsorgaan geen problemen zou mogen opleveren.

Zorgverzekering

- 6.9. Hoewel verzoekster, in het kader van de toepassing van artikel 25 van Verordening (EG) 987/2009 niet expliciet heeft ingestemd met een vergoeding op basis van de zorgverzekering, neemt dit niet weg dat zij na tarifiering aanspraak kan maken op een aanvullende vergoeding op grond van de zorgverzekering. Althans, voor zover de toepassing van de Nederlandse voorwaarden en tarieven leidt tot een hoger te vergoeden bedrag en rekening houdend met eventuele eigen bijdragen en het wettelijk verplicht eigen risico. In dit verband overweegt de commissie het volgende.
- 6.10. Het Zorginstituut concludeert in het advies van 7 maart 2022 dat uit het dossier noch blijkt dat in het geval van verzoekster sprake was van medisch specialistische revalidatie noch dat zij een indicatie had voor een dergelijke revalidatietraject. Voorts merkt het Zorginstituut op dat de behandelingen die verzoekster heeft ontvangen van een kinesitherapeut vergelijkbaar zijn met een fysiotherapeutische behandeling in Nederland. Volgens het Zorginstituut moet dan ook de aanspraak op fysiotherapie worden beoordeeld. In dat verband stelt het Zorginstituut dat de zorgverzekering op grond van artikel 2.6, tweede lid, Bzv dekking biedt voor fysiotherapie vanaf de 21e behandeling, voor zover deze zorg plaatsvindt in verband met een aandoening of situatie als vermeld op bijlage 1 Bzv. Het Zorginstituut is van mening dat in het geval van verzoekster sprake is van een situatie als vermeld op bijlage 1, eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5, Bzv en dat verzoekster op basis hiervan aanspraak heeft op vergoeding van de zorgkosten vanaf de 21e behandeling ten laste van de zorgverzekering.

De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt de conclusie hieruit over.

De zorgverzekeraar heeft zich - in afwijking van het voorgaande - bereid verklaard alle 39 behandelingen die door de kinesitherapeut zijn gegeven voor 75% te vergoeden. Dit betekent feitelijk dat de zorgverzekeraar 29 behandelingen volledig vergoedt en dat de kosten van de overige 10 behandelingen voor rekening van verzoekster blijven. Verzoekster heeft hiermee een ruimere vergoeding toegezegd gekregen dan waarop zij, op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering, recht heeft.

- 6.11. De stelling van verzoekster, dat de ziektekostenverzekeraar en/of het Zorginstituut het medisch dossier niet goed hebben begrepen omdat dit in de Franse taal is opgesteld, treft geen doel. Daarbij neemt de commissie in overweging dat de ziektekostenverzekeraar - op grond van artikel A16 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering - verzoekster bij vragen of onduidelijkheden kan vragen om vertaling door een beëdigd vertaler van een nota die niet in de het Nederlands, Engels of Duits is opgesteld en de kosten hiervan voor rekening van de verzekerde zijn. Voorts heeft het Zorginstituut de mogelijkheid te adviseren om nader onderzoek uit te voeren, als er vragen of onduidelijkheden zijn over het dossier. Gesteld noch gebleken is dat het een of het ander aan de orde is.
- 6.12. De commissie heeft kennis genomen van de stelling van verzoekster dat een keuze moet worden gemaakt tussen vergoeding op grond van de Franse sociale ziektekostenverzekering of op grond van de zorgverzekering. Zij is van mening dat door de zorgverzekeraar uitsluitend rekening wordt gehouden met de vraag of de tarieven in het buitenland hoger zijn, maar nooit met het omgekeerde. De commissie kan verzoekster hierin niet volgen.
Toepassing van de Europese Verordeningen houdt niet in dat de aanspraak op vergoeding in haar geval uitsluitend wordt beoordeeld en vastgesteld op grond van de Franse sociale ziektekostenverzekering. Er is tevens getoetst of hierop aanspraak bestaat ten laste van de zorgverzekering. Indien dit laatste het geval was geweest én de dekking die de zorgverzekering biedt beter was geweest, had verzoekster ook recht gehad op een (aanvullende) vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Hoewel dit laatste - zoals hiervoor is overwogen - niet aan de orde is, treft de stelling van verzoekster geen doel.
- 6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:
 - (i) verzoekster na tarifiering recht heeft op vergoeding van de door haar gedeclareerde zorgkosten overeenkomstig de voorwaarden en tarieven die op grond van de Franse sociale ziektekostenverzekering gelden;
 - (ii) verzoekster geen recht heeft op een aanvullende vergoeding op grond van de zorgverzekering, anders dan reeds door de zorgverzekeraar aan haar is toegekend;
 - (iii) de zorgverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
 - (iv) het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.

Zeist, 31 mei 2022,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

3. Europese wet- en regelgeving
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

- nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij het 7^e punt van de opsomming onder 'Welke zorg', is verstreken,
- de gedragsmatige begeleiding van een gezondheidsprogramma Stoppen met Roken als u dit volgt bij een door Anderzorg gecontracteerde zorgaanbieder.

Als u een eigen bijdrage heeft of een eigen betaling doet, telt dat niet mee voor het eigen risico. Als de verzekering niet op 1 januari begint of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast. Eerst wordt het verplicht eigen risico toegepast, daarna het vrijwillig eigen risico. Als Anderzorg uw zorgnota rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, betaalt u of verzekeringnemer (ter keuze van Anderzorg) het eigen risico en de eventueel betaalde eigen bijdrage aan Anderzorg. U of verzekeringnemer ontvangt dan een nota van Anderzorg. Het eigen risico of een eigen bijdrage is ook van toepassing als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Voorbeelden

1. U wordt op 20 november 18 jaar. Het eigen risico gaat dan gelden vanaf 1 december. Dat jaar is het eigen risico voor 31/365 deel van toepassing.
2. U heeft een eigen risico van € 385. U wordt behandeld in het ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Anderzorg vergoedt de kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U ontvangt dan een nota van Anderzorg van € 385.
3. U wordt op 20 december 2019 opgenomen in het ziekenhuis, en op 10 januari 2020 weer ontslagen. Het eigen risico wordt nu eenmaal toegepast in het jaar 2019.

Volgorde van de eigen betalingen

Op de vergoeding van een nota kunnen verschillende soorten eigen betalingen van toepassing zijn. De volgorde waarin deze worden toegepast, is als volgt:

1. van een ingediende nota wordt eerst het eventuele niet-verzekerde deel afgetrokken, daarna
2. het eventuele deel dat niet vergoed wordt omdat de zorgaanbieder met Anderzorg geen contract heeft, daarna
3. de eventuele eigen bijdrage, daarna
4. het nog openstaande deel van het verplichte eigen risico, daarna
5. het nog openstaande deel van het eventuele vrijwillig gekozen eigen risico.

Overig

Forensische zorg als bedoeld in artikel 2 van het Interimbesluit forensische zorg en geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, 1^e lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet is niet verzekerd in uw Basisverzekering. Ten behoeve van integrale zorgverlening hebben we afspraken met gemeenten gemaakt (artikel 14a van de Zorgverzekeringswet). Voor zover deze van belang zijn voor de verzekeringsvoorwaarden, zijn ze conform artikel 14a lid 1 in deze verzekeringsvoorwaarden verwerkt.

Buitenland

Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.

Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door Anderzorg

gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op zorg van een door Anderzorg gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland of in een ander EU/EER-land of Verdragsland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn verleend.

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Anderzorg nodig. U kunt voor meer informatie bellen met de Anderzorg Zorgadviseur op 088 222 42 42. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als de vraag en noodzaak voor die zorg ontstond terwijl u in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.

Alarmcentrale

Als u in het buitenland bent en u heeft daar zorg nodig, belt u dan met de Alarmcentrale op +31 317 455 555. Dit telefoonnummer staat ook op uw zorgpas. De Alarmcentrale is dag en nacht bereikbaar. Schakelt u de Alarmcentrale direct in bij spoedeisende zorg.

Extra informatie

U kunt extra informatie over zorg in het buitenland vinden op anderzorg.nl/buitenland.

Audiologische hulp

Audiologische hulp is een vorm van medisch specialistische zorg. Audiologische hulp is het voorkomen, opsporen, onderzoeken en behandelen van allerlei stoornissen aan het gehoor.

Welke zorg

U heeft recht op:

- onderzoek naar de gehoorfunctie,
- advisering over aan te schaffen gehoorapparatuur,
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur,
- psychosociale zorg als u problemen heeft met de gestoorde gehoorfunctie,
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen bij een kind.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor audiologische hulp naar een audiologisch centrum. Anderzorg heeft audiologische centra gecontracteerd. U kunt uit deze centra kiezen. Op anderzorg.nl/zorgvinder vindt u via de zoekterm 'audiologische hulp' een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde

van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op erfelijkheidsonderzoek als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

Ergotherapie

Ergotherapie helpt mensen die door lichamelijke, geestelijke, zintuiglijke of emotionele aandoeningen problemen ondervinden bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. De ergotherapeut zorgt voor praktische oplossingen in de omgeving van de cliënt, zodat dagelijkse handelingen weer mogelijk zijn. De ergotherapeut kan ook advies geven over het gebruik van hulpmiddelen en ondersteuning bieden in de aanvraagprocedure.

Welke zorg

U heeft per kalenderjaar recht op maximaal 10 behandelingen ergotherapie als die het doel heeft uw zelfzorg en uw zelfredzaamheid te bevorderen en te herstellen.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een ergotherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteits geregistreerd' heeft. U kunt dit register vinden op kwaliteitsregisterparamedici.nl. Anderzorg heeft ergotherapeuten gecontracteerd. U kunt uit deze ergotherapeuten kiezen. Op anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een gecontracteerde ergotherapeut gaat die direct toegankelijk is. U kunt in het Kwaliteitsregister Paramedici vinden of een ergotherapeut direct toegankelijk is.

In de volgende gevallen heeft u altijd vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, medisch specialist of jeugdarts, of van uw bedrijfsarts als de klachten met uw werk te maken hebben:

- als u naar een gecontracteerde ergotherapeut gaat die niet direct toegankelijk is,
- als u naar een niet-gecontracteerde ergotherapeut gaat,
- als u naar een ergotherapeut gaat die werkzaam is in een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum.

Fysiotherapie, oefentherapie, bekkenfysiotherapie

Fysiotherapie

De fysiotherapeut stabiliseert, vermindert of herstelt een functiestoornis of de gevolgen daarvan door het toepassen van fysiotherapie, advisering of begeleiding. Hiermee probeert hij de functie van onder andere het houdings- en bewegingsapparaat te verbeteren. Normale houding en beweging zijn weer mogelijk of u leert zo goed mogelijk met uw beperkingen om te gaan.

Welke zorg

U heeft recht op fysiotherapie. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u ouder of jonger bent dan 18 jaar. Het werken aan verbetering of behoud van de conditie in de vorm van medische fitness (of een vergelijkbare activiteit, zoals fysiofitness, Slender You en groepszwemmen) en extracorporale shockwave therapie is geen fysiotherapie. U heeft geen recht op die behandelingen. Meer informatie vindt u op anderzorg.nl.

18 jaar of ouder

U heeft recht op fysiotherapie vanaf de 21^e behandeling, als het gaat om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst. Bij een aantal aandoeningen heeft u recht op fysiotherapie voor een maximale periode. Of dat het geval is vindt u op de lijst die de minister van VWS heeft vastgesteld. Dit is de lijst opgenomen in Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering. Deze lijst vindt u op anderzorg.nl. U kunt ook bellen met de Klantenservice.



Let op

U heeft vanuit uw Basisverzekering geen recht op de 1^e 20 behandelingen per aandoening. In de aanvullende verzekeringen van Anderzorg is een aantal behandelingen verzekerd. Kijk daarvoor in uw aanvullende verzekering.

Jonger dan 18 jaar

U heeft recht op fysiotherapie in dezelfde gevallen als mensen van 18 jaar of ouder, maar dan vanaf de 1^e behandeling. Als u een aandoening heeft die niet op de lijst die de minister van VWS heeft vastgesteld staat, heeft u recht op ten hoogste 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar. Als de 1^e 9 behandelingen niet toereikend zijn, heeft u recht op nog eens ten hoogste 9 behandelingen per kalenderjaar.

Welke zorgaanbieder

Voor de meeste klachten kunt u terecht bij een algemeen fysiotherapeut. Voor sommige specifieke klachten kunt u naar een therapeut die gespecialiseerd is in de behandeling van deze klachten:

- de manueel therapeut: gespecialiseerd in klachten waarin de wervelkolom en ledematen centraal staan,
- de kindfysiotherapeut: gespecialiseerd in klachten waarin de motorische ontwikkeling en motorisch leren van het kind centraal staan,
- de geriatriefysiotherapeut: gespecialiseerd in klachten bij kwetsbare ouderen en cliënten/patiënten met een hoge (biologische) leeftijd die te maken hebben met complexe gezondheidsproblematiek,
- een bij ClaudicatioNet aangesloten fysio- en oefentherapeut voor behandelingen van Claudicatio intermittens (etalagebenen),
- de bekkenfysiotherapeut: gespecialiseerd in klachten waarin de bekkenregio en heupen centraal staan,
- de oedeemtherapeut: gespecialiseerd in klachten waarin (lymf)oedeem centraal staat.

Wij raden u aan om aan uw fysiotherapeut te vragen of hij gespecialiseerd is in de behandeling van uw klachten.



Let op

U kunt voor behandeling van de ziekte van Parkinson alleen naar een fysiotherapeut die is aangesloten bij ParkinsonNet en die staat ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of in het register Keurmerk Fysiotherapie.



Let op

U kunt alleen naar een algemeen fysiotherapeut, een kinderfysiotherapeut, een manueel therapeut, een oedeemfysiotherapeut, een geriatriefysiotherapeut of een bekkenfysiotherapeut die staat ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of in het register Keurmerk Fysiotherapie. Voor oedeemtherapie en littekentherapie kunt u ook naar een huidtherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft.

Op anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt voor vragen over gespecialiseerde fysiotherapie bellen met de Anderzorg Zorgadviseur op 088 222 42 42. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

In de volgende gevallen heeft u vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, medisch specialist, jeugdarts of tandarts, of van uw bedrijfsarts als de klachten met uw werk te maken hebben:

- als het gaat om een aandoening die staat op de hierboven bedoelde lijst (Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering). Uw medisch specialist moet in dat geval de diagnose gesteld hebben,
- als u jonger bent dan 18 jaar: als u voor de 1^e 9 behandelingen naar een niet-gecontracteerde therapeut gaat of naar een gecontracteerde therapeut gaat die niet direct toegankelijk is,
- voor een behandeling buiten de praktijk van de therapeut, behandeling aan huis uitgezonderd.



Let op

Het is mogelijk dat Anderzorg navraag doet over nut en noodzaak van de behandeling bij de fysiotherapeut. Bijvoorbeeld als u meer dan 50 behandelingen per jaar krijgt. Anderzorg en de beroepsgroep van fysiotherapeuten vinden doelmatige zorgverlening belangrijk. Zo zorgen we ervoor dat u de juiste behandeling krijgt en kunnen we de kosten voor u zo laag mogelijk houden.

Oefentherapie

Oefentherapie is een behandeling gericht op de verbetering van de houding en manier van bewegen van mensen met lichamelijke klachten. De gedachte achter de therapie is dat houdingen en bewegingen onbewust aangepast worden aan klachten en dat deze klachten hierdoor in stand worden gehouden. De therapie bestaat uit oefeningen om de houding en beweging te corrigeren.

Welke zorg

U heeft recht op oefentherapie. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u ouder of jonger bent dan 18 jaar. Het werken aan verbetering of behoud van de conditie in de vorm van medische fitness (of een vergelijkbare activiteit, zoals Slender You en groepszwemmen) is geen oefentherapie. U heeft geen recht op die behandelingen. Meer informatie vindt u op anderzorg.nl.

18 jaar of ouder

U heeft recht op oefentherapie vanaf de 21^e behandeling, als het gaat om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst. Bij een aantal aandoeningen heeft u

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°. multipale 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°. fracturen 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°. perifeer 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 de eerste behandeling na 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

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 en van een matige ziektelast of een voldoende fysieke capaciteit:
 - 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 B van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties en van een hoge ziektelast en een beperkte fysieke capaciteit of 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 behandeluren per kalenderjaar.
10. Diëtetiek omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft, tot een maximum van drie behandeluren per kalenderjaar.

Artikel 25

Verblijf in een andere dan de bevoegde lidstaat

1. Voor de toepassing van artikel 19 van de basisverordening verstrekt de verzekerde de zorgverlener in de lidstaat van verblijf een door het bevoegd orgaan uitgereikt document waaruit blijkt dat hij recht heeft op verstrekkingen. Indien de verzekerde niet in het bezit is van een dergelijk document, vraagt het orgaan van de verblijfplaats het document op verzoek, of indien anderszins noodzakelijk, bij het bevoegde orgaan op.
 2. Uit dat document moet blijken dat de verzekerde volgens de voorwaarden van artikel 19 van de basisverordening recht heeft op verstrekkingen onder dezelfde voorwaarden als die welke gelden voor verzekerden ingevolge de wetgeving van de lidstaat van verblijf.
 3. Met de in artikel 19, lid 1, van de basisverordening genoemde verstrekkingen worden verstrekkingen bedoeld die in de lidstaat van verblijf volgens zijn wetgeving worden verleend en die medisch noodzakelijk worden om te voorkomen dat de verzekerde vóór het einde van zijn geplande verblijf naar de bevoegde lidstaat moet terugkeren om er de behandeling te ontvangen die hij nodig heeft.
 4. Indien de verzekerde de kosten van alle of een deel van de op grond van artikel 19 van de basisverordening verleende verstrekkingen zelf heeft betaald en indien de door het orgaan van de verblijfplaats toegepaste wetgeving voorziet in de mogelijkheid van vergoeding van deze kosten aan de verzekerde, kan hij een verzoek om vergoeding aan het orgaan van de verblijfplaats richten. In dat geval vergoedt dat orgaan hem het bedrag van de kosten van de verstrekkingen rechtstreeks, binnen de grenzen en onder de voorwaarden van de volgens de wetgeving van het orgaan geldende vergoedingstarieven.
 5. Indien het verzoek om vergoeding van zulke kosten niet rechtstreeks bij het orgaan van de verblijfplaats is ingediend, worden de kosten door het bevoegde orgaan aan de betrokkene vergoed tegen het vergoedingstarief dat het orgaan van de verblijfplaats in het betrokken geval toepast, dan wel ten bedrage van de vergoeding die door het orgaan van de verblijfplaats zou zijn uitbetaald indien artikel 62 van de toepassingsverordening van toepassing was geweest.
- Het orgaan van de verblijfplaats is verplicht het bevoegde orgaan desgevraagd de nodige inlichtingen over die tarieven of bedragen te verstrekken.
6. In afwijking van lid 5 kan het bevoegde orgaan de gemaakte kosten vergoeden binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving, op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.
 7. Indien de wetgeving van de lidstaat van verblijf in het betrokken geval niet voorziet in vergoeding overeenkomstig de leden 4 en 5, mag het bevoegde orgaan de gemaakte kosten binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving vergoeden zonder instemming van de verzekerde.
 8. De vergoeding voor de verzekerde mag het bedrag van de werkelijk door hem gemaakte kosten nooit overschrijden.
 9. Indien het om aanzienlijke uitgaven gaat, kan het bevoegde orgaan een passend voorschot aan de verzekerde uitbetalen zodra deze de aanvraag tot vergoeding bij dit orgaan indient.
 10. De leden 1 tot en met 9 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de verzekerde.

Artikel 19

Verblijf buiten de bevoegde staat

1. Tenzij anders bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.
2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt.