

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, en Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden
Zaak	: Geneeskundige zorg, medisch specialistische zorg, MSR, Long-COVID, stand wetenschap en praktijk
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.6 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022
Zaaknummer	: 202300125
Zittingsdatum	: 21 juni 2023

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 16 januari 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 13 maart 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 12 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 april 2023 aan verzoekster gestuurd. Bij e-mailbericht van 13 april 2023 heeft verzoekster hierop gereageerd. Een kopie hiervan is op 18 april 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 30 mei 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023020861) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 31 mei 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. 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 ziektekostenverzekeraar zijn op 21 juni 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd. Bij e-mailbericht van 21 juni 2023 heeft verzoekster een aanvullende stuk aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd bij brief van 28 juni 2023, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld om hierop binnen tien dagen te reageren. Een reactie van de ziektekostenverzekeraar is achterwege gebleven.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 10 juli 2023, met een kopie van het e-mailbericht van 21 juni 2023 van verzoekster en van het aanvullende stuk, aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 30 mei 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 19 juli 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg en Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Utrecht Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster is bekend met Long-COVID als gevolg van een COVID-19 besmetting in april 2020. In december 2021 testte zij voor de tweede maal positief op COVID-19. De huisarts heeft haar bij verwijsbrief van 25 januari 2023 voor reguliere Long COVID-19 herstellzorg verwezen naar

het Spine & Joint Centre Rotterdam. Bij e-mailbericht van 28 januari 2023 heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor vergoeding van een Long-COVID behandeltraject bij het Spine & Joint Centre Rotterdam.

- 3.3. Bij brief van 7 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 4 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 30 mei 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 19 juli 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van het Long-COVID behandeltraject bij het Spine & Joint Centre te vergoeden.
- 4.2. Verzoekster stelt in haar brief aan de ziektekostenverzekeraar van 7 februari 2022 dat zij is aangewezen op het aangevraagde behandeltraject. In het verleden zijn bij verzoekster drie buikoperaties uitgevoerd, als gevolg waarvan haar ademhalingspatroon is veranderd. Zij kon hier goed mee functioneren totdat zij besmet raakte met COVID-19. Verzoekster heeft verschillende oefeningen geprobeerd om haar situatie te verbeteren, waaronder ademhalingsoefeningen die zij bij fysiotherapie en logopedie kreeg, maar die hebben geen soelaas geboden. Het niet vergoeden van de behandeling leidt tot een oneerlijke situatie. Weliswaar ontbreekt op dit moment een wetenschappelijke onderbouwing, maar dit kan verzoekster niet worden tegengeworpen. Zij is namelijk tijdens de eerste coronagolf besmet geraakt met COVID-19 en is als gevolg van deze besmetting bekend met Long-COVID. Personen die in de eerste golf besmet zijn geraakt, hebben alles zelf moeten uitzoeken, ook al waren zij hier lichamelijk en geestelijk niet toe in staat. Het ontbreken van een wetenschappelijke onderbouwing is te wijten aan een gebrek aan financiering voor onderzoek én aan het feit dat patiënten pas sinds 2020 zijn geconfronteerd met Long-COVID. Er is voorts nog geen tijd geweest om hiernaar wetenschappelijk onderzoek te doen. Daarnaast komt reguliere Long-COVID herstellzorg wel voor vergoeding in aanmerking vanuit de zorgverzekering, terwijl dit ook nog niet wetenschappelijk is onderbouwd. Verzoekster heeft in haar brief aan de commissie van 16 januari 2023 nog aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar, gelet op haar bijzondere situatie, de kosten van het behandeltraject, al dan niet uit coulance, moet vergoeden. Inmiddels is zij onder behandeling bij het Spine & Joint Centre en zij blijkt hier veel baat bij te hebben. Door dit behandeltraject hoeft zij geen beroep te doen op andere, kostbare (revalidatie)zorg.
- 4.3. Verzoekster verwijst verder, in haar nadere reactie aan de commissie van 13 april 2023, naar de door haar overgelegde verwijsbrief van haar (waarnemend) huisarts naar het Spine & Joint Centre. Daaruit blijkt dat het gaat om een verwijzing voor eerste termijn COVID-19 herstellzorg. COVID-19 herstellzorg is paramedische zorg die wordt vergoed uit de basisverzekering ondanks dat er nog geen wetenschappelijke onderbouwing voor is. Het Spine & Joint Centre biedt blijkens de door verzoekster overgelegde verklaring van deze zorgaanbieder behandelingen van een uur. Verzoekster heeft begrepen dat er normaliter slechts een half uur wordt vergoed, maar ook dat halve uur is niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
- 4.4. Het Spine & Joint Centre heeft bij ongedateerde brief verklaard:

(...)In ons centrum (MSRZ) behandelen wij normaal gesproken via revalidatie mensen met klachten aan het bewegingsapparaat. Wij hebben het afgelopen jaar een eerste lijns (géén revalidatie) behandeling ontwikkeld voor post-COVID patiënten. In een eerste pilot bleken 20 van de 21 patiënten al sterk te verbeteren na 5 behandelsessies. Deze aanpak is gebaseerd op interactie tussen middenrif en buikwand in het kader van de ademhaling en niet primair op conditie verbeteren of longfunctie.

De huidige behandeling is geen reguliere eerste lijn en gaat het komend jaar onderzocht worden (samenwerking met het ErasmusMC) met een RCT. Omdat uitleg, ontspanning en rustige opbouw cruciaal zijn voor het behandel-effect is onze sessieduur 1 uur. Dit wordt normaliter niet binnen reguliere eerstelijns zorg of COVID-herstelzorg vergoed.

Zouden wij met u kunnen bespreken wat de mogelijkheden zijn voor een vergoeding van deze behandeling voor betreffende patiënte. Wij schatten in dat mevrouw met 5 tot 10 sessies van 1 uur voldoende geholpen zou kunnen worden. Onze kosten zijn 85,00 euro per uur (...).

- 4.5. Voorts heeft verzoekster verklaard dat zij op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak kon maken op 20 behandelingen van fysiotherapie en dat het aangevraagde behandeltraject, al dan niet gedeeltelijk, kan worden vergoed vanuit deze aanspraak.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop toegelicht dat zij in de zomer van 2020 is gediagnosticeerd met slaapapneu. Uit de diagnose volgt dat de apneu is getriggerd door besmetting met COVID-19. Voor die tijd had verzoekster geen klachten. Ter onderbouwing hiervan heeft zij een brief van haar longarts van 15 september 2020 overgelegd. Verzoekster benadrukt dat zij deze procedure is gestart om te laten zien waar mensen met long-COVID tegenaan lopen. Het Spine & Joint Centre behandelt patiënten met nek, rug en schouderklachten. Er is een behandeltraject gericht op de ademhaling, waarvan is gebleken dat mensen met long-COVID, met name mensen met een buiktrauma, hier baat bij hebben. Verzoekster heeft hier zelf ook veel baat bij gehad. Weliswaar voldoet het behandeltraject bij het Spine & Joint Centre niet aan de stand van de wetenschap en praktijk, maar dit kan verzoekster niet worden tegengeworpen. COVID-herstelzorg wordt immers ook vergoed ten laste van de zorgverzekering, terwijl dit niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster merkt op dat wordt gesproken over medisch specialistische revalidatie, maar niet over COVID-herstelzorg. Zij heeft een verwijzing voor COVID-herstelzorg. Verzoekster betwijfelt of zij niet voldoet aan de uitgangspunten van interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie. Haar ziektebeeld komt het meest overeen met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) zoals het Zorginstituut omschrijft in zijn standpunt in 2015. Het is logisch dat het Zorginstituut in 2015 niet sprak van COVID-19. Wat betreft de ICF domeinen legt verzoekster uit dat haar lichaam in het geheel niet meer functioneert zoals vóór haar COVID-19 besmetting(en). De huisarts heeft in zijn journaal de diagnose wel opgenomen, maar omschreven als Covid Associated Syndroom (CAS). Verzoekster heeft obesitas en heeft inmiddels vijf COVID-19 besmettingen doorgemaakt. Als het behandeltraject niet onder interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie valt, zou het behandeltraject als COVID-herstelzorg moeten worden vergoed. Verzoekster heeft ter zitting herhaald dat de behandelingen ook zouden kunnen worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat recht op 20 behandelingen fysiotherapie. De behandelingen bij het Spine & Joint Centre zijn in feite fysiotherapiebehandelingen. Echter, de behandelingen bestaan voornamelijk uit ademhalingsoefeningen en duren daarom een heel uur in plaats van een half uur.
- 4.7. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het aangevraagde behandeltraject bij Long-COVID niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Op grond van artikel 8.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering heeft een verzekerde onder voorwaarden aanspraak op revalidatie in een klinische (opname) of niet-klinische (deeltijd- of dagbehandeling) situatie. De omvang van de aanspraak op vergoeding wordt mede bepaald door artikel 1.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering. In dit artikel staat dat de verzekerde recht heeft op zorg, of vergoeding van de kosten van de zorg, zoals omschreven in de voorwaarden van de zorgverzekering, als de verzekerde daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De inhoud en omvang van de zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Wanneer die ontbreekt, wordt de inhoud en omvang van de zorg bepaald door wat binnen het betreffende vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Dit artikel is gebaseerd op artikel 2.1 Bzv.
- De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat het aangevraagde behandeltraject bij Long-COVID geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering vormt, omdat het niet bewezen effectief is en daarmee niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dat het behandeltraject niet bewezen effectief is, wordt bevestigd door verzoekster in haar brieven van 7 februari 2022 respectievelijk 16 januari 2023 en op de website van het Spine & Joint Centre.
- 5.2. Daarnaast blijkt uit de ontvangen informatie van het Spine & Joint Centre dat deze instelling niet voldoet aan de voorwaarden die de zorgverzekering stelt aan een centrum voor medisch specialistische revalidatie.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop opgemerkt dat tussen partijen niet in geschil is dat het aangevraagde behandeltraject niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hij heeft aangevoerd dat een aanvraag is ingediend voor medisch specialistische zorg. Er is onderzocht of het behandeltraject onder COVID-herstelzorg kan vallen, maar dat is niet het geval. De ziektekostenverzekeraar wijst op de ongedateerde verklaring van het Spine & Joint Centre waaruit blijkt dat de behandeling die zij heeft ontwikkeld geen reguliere eerstelijns zorg betreft.
- Ook uit het advies van het Zorginstituut aan de commissie blijkt dat het Spine & Joint Centre de eerstelijns paramedische herstelzorg voor patiënten die COVID-19 hebben doorgemaakt niet kan bieden. Een voorwaarde voor COVID-herstelzorg is dat een instelling meewerkt aan het landelijk onderzoeksprogramma. Het is van het Spine & Joint Centre niet bekend of zij daaraan meewerken. De duur van de behandeling is niet relevant, omdat de behandelingen niet onder COVID-herstelzorg vallen.
- De ziektekostenverzekeraar stelt zich verder op het standpunt dat vergoeding van de behandeling vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering buiten dit geschil valt, maar licht voor verzoekster nader toe dat onder de aanvullende ziektekostenverzekering evenmin aanspraak op vergoeding bestaat. Hij verklaart dat in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is opgenomen dat een fysiotherapiebehandeling moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hier wordt niet aan voldaan en om die reden kan de behandeling niet worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Daarnaast biedt het Spine & Joint Centre geen fysiotherapie aan. Het contract dat de ziektekostenverzekeraar heeft met het Spine & Joint Centre is gericht op revalidatie.
- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 30 april 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

'Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Verzekerde zorg

Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (IMSR) is zorg die bij bepaalde indicaties en complexiteit van klachten en beperkingen onder de Zvw kan vallen, zoals beschreven in het standpunt van het Zorginstituut uit 2015. IMSR bij langdurige klachten na een doorgemaakte COVID-19 infectie (postCOVID syndroom) is vanwege het feit dat COVID-19 een nieuwe infectieziekte is nog niet onderzocht. Dit wordt ook erkend door verzoekster, de zorgaanbieder en verweerder. Vooralsnog ontbreekt de onderbouwing voor de effectiviteit van IMSR bij langdurige klachten van het post-COVID syndroom, die zeer divers kunnen zijn. IMSR bij het post-COVID syndroom voldoet derhalve niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Indicatie

Voor de volledigheid is het Zorginstituut nagegaan of verzoekster een indicatie heeft voor IMSR op basis van het geldende standpunt. Uitgangspunten voor IMSR behandelingen zijn, dat sprake moet zijn van één van de beschreven indicatiegroepen voor IMSR én van complexe problematiek op meerdere ICFdomeinen. Daarnaast moet het uitgangsprincipe van stepped-care gehanteerd worden, waarbij eerst minder intensieve eerstelijns zorg wordt toegepast en pas bij onvoldoende resultaat intensievere tweedelijns zorg aangewezen kan zijn. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier voldoet verzoekster aan geen van deze drie uitgangspunten.

Bij verzoekster is met name sprake van ademhalings- en slaapproblematiek, ten gevolge waarvan er functioneringsproblemen zijn ontstaan. Er wordt wel gesproken over long-COVID klachten, maar de longarts bevestigt dit niet in haar rapportage en geeft de diagnose matig obstructieve slaapapneu, met daarop gerichte behandeling. Over verdere diagnostiek is geen informatie beschikbaar en over andere klachten is niets bekend, behalve dat er geen klachten van houdings- of bewegingsapparaat zijn.

Er is verder geen informatie beschikbaar over behandelingen in de eerste lijn. De huisarts vraagt in de verwijzing om een eerste behandeltermijn van reguliere COVID-19 herstellzorg, en refereert daarmee waarschijnlijk aan de onder een voorwaardelijke toelatingsregeling te vergoeden eerstelijns paramedische herstellzorg voor patiënten die COVID-19 hebben doorgemaakt. Dit kan het revalidatiecentrum echter niet bieden. Deze zorg wordt geleverd door andere zorgaanbieders in de eerste lijn.

Conclusie

IMSR bij langdurige klachten na een doorgemaakte COVID-19 infectie (postCOVID syndroom) voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster voldoet daarnaast niet aan de geldende indicatievoorwaarden voor IMSR. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van IMSR ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie bij langdurige klachten na een doorgemaakte COVID-19 infectie (post-COVID syndroom) maakt geen onderdeel uit van de basisverzekering en verzoekster voldoet niet aan de geldende indicatievoorwaarden voor interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie.'

- 6.2. In het definitieve advies van 19 juli 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

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

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. 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 4.6 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 5.6 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg en de stand van de wetenschap en praktijk 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.
- 8.2. Verzoekster wil graag dat het aangevraagde behandeltraject wordt vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Long-COVID heeft een enorme impact op haar leven en het aangevraagde behandeltraject is volgens verzoekster de enige mogelijke oplossing voor haar klachten. Hoewel de commissie de wens van verzoekster voor een oplossing voor haar klachten begrijpt, staat dit los van de taak die de commissie heeft, namelijk om te beoordelen of het aangevraagde behandeltraject voor vergoeding in aanmerking komt vanuit de zorgverzekering of vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering.

Zorgverzekering

- 8.3. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt moet in de eerste plaats worden beoordeeld of de door verzoekster ondergane behandeling, te weten een Long-COVID behandeltraject bij het Spine & Joint Centre Rotterdam, een instelling voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 1.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie neemt hierbij het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 113, derde en vierde lid, Zvw). Het advies van het Zorginstituut is niet bindend.
- 8.4. Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 8.5. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd met betrekking tot interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie bij het post-COVID syndroom. Het advies van 30 mei 2023 bevat de uitkomst hiervan. Het Zorginstituut concludeert dat interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie bij langdurige klachten na een doorgemaakte COVID-19 infectie (post-COVID syndroom) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en niet valt onder de basisverzekering. Verzoekster voldoet daarnaast niet aan de geldende indicatievoorwaarden

voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie. Het Zorginstituut overweegt voorts dat het revalidatiecentrum de onder een voorwaardelijke toelatingsregeling te vergoeden eerstelijns paramedische herstellzorg voor patiënten die COVID-19 hebben doorgemaakt (COVID-19 herstellzorg) niet kan bieden en dat deze zorg wordt geleverd door andere zorgaanbieders in de eerste lijn.

De commissie ziet in de door het Spine & Joint Centre bij ongedateerde brief afgegeven verklaring dat het hier niet gaat om revalidatiebehandeling en in hetgeen verzoekster heeft gesteld, met name ten aanzien van het uitblijven van wetenschappelijk onderzoek op dit terrein en de gestelde besparing op andere zorgkosten, geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken en volgt dit dan ook. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding, onder de noemer interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie, van de kosten van het behandeltraject bij het Spine & Joint Centre ten laste van de zorgverzekering. Voor een gedeeltelijke vergoeding ziet de commissie evenmin aanleiding, nu de instelling, ook blijkens zijn hiervoor aangehaalde verklaring, geen reguliere COVID-19 herstellzorg biedt en deze zorg ook niet aan verzoekster is geleverd.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.6. Verzoekster heeft aangevoerd dat de behandelingen in het Spine & Joint Center moeten worden vergoed op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering, en wel omdat het hierbij zou gaan om fysiotherapie. De commissie stelt vast dat op grond van artikel 10 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, een verzekerde recht heeft op fysiotherapie zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden, voor zover deze zorg (para)medisch noodzakelijk is. De commissie gaat ervan uit dat de ziektekostenverzekeraar hiermee heeft willen aansluiten bij de aanspraak op fysiotherapie zoals geregeld in artikel 2.6. Bzv. Tot deze zorg behoort - onder voorwaarden - de eerder genoemde COVID-19 herstellzorg, maar deze zorg is niet aan verzoekster geleverd, zoals hiervoor is vastgesteld. Dit leidt tot de conclusie dat het aangevraagde behandeltraject niet ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering kan worden vergoed.
- 8.7. Ook hetgeen door verzoekster is aangevoerd in het kader van een coulancevergoeding, leidt niet tot de conclusie dat het behandeltraject moet worden vergoed. De commissie merkt in algemene zin op dat een verzekeraar niet kan worden verplicht tot het doen van een coulancevergoeding. Het voeren van een coulancebeleid en het toepassen van coulance is voorbehouden aan de verzekeraar. De commissie kan daarin niet treden. Dit kan mogelijk anders zijn wanneer de ziektekostenverzekeraar gelijke gevallen zonder goede reden ongelijk behandelt. Dit is in het onderhavige geval echter gesteld noch gebleken.

Slotsom

- 8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
9. **Bindend advies**
- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 augustus 2023,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Sterilisatie bij mannen

Utrecht Standaard	Utrecht Top
Geen vergoeding	- 100% tot maximaal € 300,00, als de behandeling door een huisarts wordt uitgevoerd; - 75% tot maximaal € 300,00, als de behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis wordt uitgevoerd.

Sterilisatie bij vrouwen

Utrecht Standaard	Utrecht Top
Geen vergoeding	75% tot maximaal € 1.200,00, als de behandeling door een medisch specialist in een ziekenhuis wordt uitgevoerd.

9.3 Oorstandcorrecties

Wat wordt er vergoed?

Voor vergoeding kunnen in aanmerking komen de kosten voor oorstandcorrecties bij verzekerden jonger dan 15 jaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Utrecht Standaard	Utrecht Top
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 500,00

Artikel 10 Paramedische behandelingen

10.1 Fysiotherapie en oefentherapie

Wat wordt er vergoed?

U heeft recht op fysiotherapie of oefentherapie zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden, voor zover deze zorg (para)medisch noodzakelijk is.

Wat wordt niet vergoed?

- behandelingen op basis van de indicatie artrose aan heup- en kniegewrichten;
- behandelingen op basis van de indicatie COPD;
- behandelingen waar u vanuit de basisverzekering of Wlz aanspraak op heeft;
- verbijzonderingen fysiotherapie. Dit geldt niet voor manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkenfysiotherapie, oedeemtherapie, psychosomatische fysiotherapie en geriatrie fysiotherapie.

Speciale handelingen en materialen

In sommige gevallen verricht de therapeut speciale handelingen tijdens uw behandeling. Het kan dan gaan om shockwave, dry needling of echografie. Deze handelingen zijn onderdeel van de behandeling en mag de therapeut niet apart bij u in rekening brengen.

Ook de kosten van tijdens de behandeling verstrekte materialen, zoals (hulp-)verbandmiddelen, zijn onderdeel van de behandeling en mag de therapeut niet apart bij u in rekening brengen.

Kosten voor het maken en aanmeten van een handspalk mag de fysiotherapeut (ook wel handtherapeut genoemd) niet apart bij u in rekening brengen. Vergoeding van deze kosten verloopt via specifieke behandelingen waarin de kosten voor werkzaamheden rondom spalken zijn opgenomen.

Wat zijn de voorwaarden?

a. Alleen de volgende zorgverleners mogen de zorg verlenen:

	Fysiotherapie	Verbijzonderde fysiotherapie excl. oedeem-/littetherapie	Oedeem-/littetherapie	Oefentherapie	Verbijzonderde oefentherapie
Fysiotherapeut	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Verbijzonderd fysiotherapeut	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Oefentherapeut	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee
Verbijzonderd oefentherapeut	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja
Oedeemtherapeut of huidtherapeut	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee

- de (verbijzonderd) fysiotherapeut moet voor de betreffende specialisatie geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL of bij het Keurmerk Fysiotherapie;
 - de (verbijzonderd) oefentherapeut moet voor de betreffende specialisatie geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP) (status kwaliteitsgeregistreerd);
 - komt u in aanmerking voor gesuperviseerde oefentherapie (looptraining) door perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 (claudicatio intermittens)? Dan moet uw fysiotherapeut of oefentherapeut voor claudicatio intermittens zijn aangesloten bij Chronisch ZorgNet en als zodanig bij Zorg en Zekerheid bekend zijn, door middel van een registratie in het Vektis AGB-register;
 - wordt u behandeld voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen? Dan moet uw fysiotherapeut of oefentherapeut aangesloten zijn bij ParkinsonNet en als zodanig bij Zorg en Zekerheid bekend zijn, door middel van een registratie in het Vektis AGB-register;
 - wordt voor u een handspalk gemaakt en wordt deze bij u aangemeten? Dan moet uw fysiotherapeut beschikken over een Nederlands Certificaat Handtherapeut (CHT-NL) van de Nederlandse Vereniging voor Handtherapie (NVHT) en dient de fysiotherapeut als zodanig vermeld te zijn op de website van de NVHT.
- b. De volgende voorwaarden gelden voor het aantal behandelingen:
- start van een behandeling:
Start u met een nieuwe behandeling bij een fysiotherapeut? Dan zal de fysiotherapeut eerst onderzoeken wat u precies heeft en welke behandeling u nodig heeft. Dit telt als één behandeling. Als de fysiotherapeut u vervolgens daadwerkelijk behandelt telt dit ook weer als één behandeling. Daardoor kunnen er twee behandelingen gedeclareerd worden bij een eerste bezoek aan de fysiotherapeut;
 - alle behandelingen tellen mee:
Alle behandelingen fysiotherapie en oefentherapie tellen mee. Dit geldt ook voor (poliklinische) behandelingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling;
 - manuele therapie:
Als onderdeel van uw behandeling worden maximaal negen behandelingen manuele therapie vergoed. Hierbij tellen zowel de behandelingen uit de basisverzekering als aanvullende verzekering mee.
- c. Groepsbehandeling:
Als u behandelingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele behandelingen voor dezelfde aandoening, al dan niet gegeven door een andere fysiotherapeut of oefentherapeut. Dit geldt niet wanneer de individuele behandelingen ingezet worden als beginmeting, tussentijdse evaluatie en/of eindmeting.
- d. Indicatiecriteria verbijzonderde fysiotherapie:
Bij manuele fysiotherapie, kinderfysiotherapie, oedeemtherapie, bekkenfysiotherapie, psychosomatische fysiotherapie of geriatrie fysiotherapie geldt dat er sprake moet zijn van een aandoening die is opgenomen in de domeinomschrijving/richtlijn/criteriumlijst van de betreffende beroepsvereniging (respectievelijk NVMT, NVFK, NVFL, NVFB, NFP en NVFG) en er moet tevens worden voldaan aan de daarin gestelde indicatiecriteria. Als de aandoening of de gestelde indicatie daarbuiten valt, worden de kosten voor reguliere fysiotherapie vergoed, mits wordt voldaan aan de daaraan gestelde eisen.

Heb ik een verwijzing nodig?

Heeft u een aandoening die staat in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Chronische Lijst) of gaat u behandeld worden voor artrose van het heup- of kniegewricht, claudicatio intermittens Fontaine II, COPD Gold klasse II of hoger of voor urine-incontinentie door middel van bekkenfysiotherapie? Dan heeft u voor de behandeling een schriftelijke verwijzing nodig van de behandelend arts, de verpleegkundig specialist of de physician assistant. Ook

volstaat een bewijs van diagnose met daarop de volgende gegevens: uw naam, de naam van de arts die de diagnose heeft gesteld en een duidelijke omschrijving van de diagnose.

Staat uw aandoening niet in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Chronische Lijst) en u wordt niet behandeld voor artrose van het heup- of kniegewricht, claudicatio intermittens Fontaine II, COPD Gold klasse II of hoger of urine-incontinentie door middel van bekkenfysiotherapie? Dan kunt u zonder verwijzing naar een zorgverlener. Dit noemen wij directe toegankelijkheid.

Bent u onder behandeling van een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk gehandicapten en/of gedragswetenschapper als regiebehandelaar in verband met geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen en heeft deze in uw behandelplan individuele paramedische behandeling opgenomen? Dan heeft u voor de behandeling een schriftelijke verwijzing nodig van uw regiebehandelaar.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Als u zorg gaat ontvangen aansluitend op een opname in een ziekenhuis, verpleeghuis of instelling voor revalidatie (dagbehandeling) en de zorg is niet gericht op een aandoening die staat vermeld in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Chronische Lijst), maar gericht op de bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling, dan heeft u vooraf schriftelijk toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. Uw behandelend fysiotherapeut kan deze toestemming namens u aanvragen.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij hulp door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. De maximale vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg vindt u op zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerd. Uitzonderingen zijn:

- de prestaties "screening", "intake en onderzoek na screening" en "screening en intake en onderzoek" (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener worden niet vergoed;
- de "toeslag voor behandeling aan huis", de "toeslag voor behandeling in een instelling" en de "toeslag voor eenmalige behandeling op de werkplek" door een niet-gecontracteerde zorgverlener worden niet vergoed;
- de vergoeding voor een verbijzonderde behandeling (bijvoorbeeld kinderoefentherapie) door een niet-gecontracteerde zorgverlener is gelijk aan de vergoeding voor een reguliere behandeling bij een niet-gecontracteerde zorgverlener (er wordt geen opslag toegekend).

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Utrecht Standaard	Utrecht Top
Maximaal 9 behandelingen	Maximaal 20 behandelingen + 20 extra behandelingen bij een chronische indicatie

10.1.1 Beweegprogramma

Wat wordt vergoed?

Een volledig doorlopen beweegprogramma dat voldoet aan de KNGF-standaarden Beweeginterventies of richtlijnen van het Keurmerk Fysiotherapie en gegeven wordt in fysiotherapiepraktijken met het kwaliteitslabel A of B. Op zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker kunt u per aandoening een overzicht vinden van de gecontracteerde A- of B-praktijken die een KNGF-beweegprogramma aanbieden.

Wat wordt er niet vergoed?

- een beweegprogramma voor een indicatie waarvoor u ook een individueel traject doorloopt bij de fysiotherapeut;
- het beweegprogramma Lekker in je Lijf als u deelneemt aan de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) vanuit de basisverzekering.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Utrecht Standaard Utrecht Top
100% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren, de vergoeding geldt voor Lekker in je lijf (LIJF) en beweegprogramma's samen

10.1.2 Beweegprogramma Fitkids of JOGG leefstijlinterventieprogramma

Wat wordt vergoed?

Een volledig doorlopen Fitkids beweegprogramma geleverd door een gecontracteerde fysiotherapeut die bij Fitkids is aangesloten. Of een volledig doorlopen leefstijlinterventieprogramma in het kader van JOGG (Jongeren op Gezond Gewicht) door een gecontracteerde fysiotherapiepraktijk met het kwaliteitslabel A of B. U vindt de gegevens van de gecontracteerde fysiotherapeuten met dit kwaliteitslabel op zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker of u kunt deze opvragen via ons Contact Center (071) 5 825 825 of bij één van onze verzekeringswinkels. Zowel Fitkids als JOGG hanteren eigen voorwaarden om aan het beweegprogramma deel te kunnen nemen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Utrecht Standaard	Utrecht Top
100% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren	

10.2 Diëtetiek

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

de behandeling moet worden uitgevoerd door een diëtist;

- de diëtetiek dient een medisch doel te hebben;
- de diëtist moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- de diëtist stelt de indicatie voor diëtetiek;
- de behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen wordt alleen vergoed als uw diëtist is aangesloten bij ParkinsonNet;
- alle behandelingen diëtetiek tellen mee in het genoemde maximum aantal kwartieren, ook (poliklinische) behandelingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling.

Heb ik een verwijzing nodig?

- Bent u onder behandeling van een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk gehandicapten en/of gedragswetenschapper als regiebehandelaar in verband met geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen en heeft deze in uw behandelplan individuele paramedische behandeling opgenomen? Dan heeft u voor de behandeling een schriftelijke verwijzing nodig van uw regiebehandelaar.

Wat wordt er niet vergoed?

- de prestaties "screening", "intake en onderzoek na screening" en "screening en intake en onderzoek" (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener;
- de "toeslag voor uitbehandeling" door een niet-gecontracteerde zorgverlener;
- diëtetiek bij de indicatie overgewicht.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij hulp door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding plaats van maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief.

10.2.1 Diëtetiek aan verzekerden tot 18 jaar

Wat wordt er vergoed?

In aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering heeft u recht op vergoeding van de kosten van diëtetiek door een diëtist. De vergoeding geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar en is per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Utrecht Standaard	Utrecht Top
Geen vergoeding	12 kwartier

10.2.2 Diëtetiek bij specifieke indicaties vanaf 18 jaar

Wat wordt er vergoed?

In aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering heeft u recht op vergoeding van de kosten van diëtetiek door een diëtist indien het één van de volgende indicaties betreft: ondervoeding, oncologie en/of ongewenst gewichtsverlies. De vergoeding is per kalenderjaar.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Utrecht Standaard	Utrecht Top
Geen vergoeding	8 kwartier

10.3 Ergotherapie

Wat wordt er vergoed?

In aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering heeft u recht op vergoeding van de kosten voor ergotherapeutische advisering, instructie, training of behandeling. De vergoeding is per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de ergotherapie wordt gegeven door een ergotherapeut in een behandelruimte of op het huisadres van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen;
- Zorg en Zekerheid vergoedt alleen de behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen als uw ergotherapeut is aangesloten bij ParkinsonNet;
- alle behandelingen ergotherapie tellen mee in het genoemde maximum aantal behandeluren, ook (poliklinische) behandelingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling.
- wordt voor u een handspalk gemaakt en wordt deze bij u aangemeten? Dan moet uw ergotherapeut beschikken over een Nederlands Certificaat Handtherapeut (CHT-NL) van de Nederlandse Vereniging voor Handtherapie (NVHT) en dient de ergotherapeut als zodanig vermeld te zijn op de website van de NVHT óf dient de ergotherapeut als handergotherapeut geregistreerd te staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- kosten voor het maken en aanmeten van een handspalk mag de ergotherapeut niet apart bij u in rekening brengen; vergoeding van deze kosten verloopt via specifieke behandelingen waarin de kosten voor werkzaamheden rondom de spalk zijn opgenomen.

Heb ik een verwijzing nodig?

Bent u onder behandeling van een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk gehandicapten en/of gedragswetenschapper als regiebehandelaar in verband met geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen en heeft deze in uw behandelplan individuele paramedische behandeling opgenomen? Dan heeft u voor de behandeling een schriftelijke verwijzing nodig van uw regiebehandelaar.

Wat wordt er niet vergoed?

- de prestaties "screening", "intake en onderzoek na screening" en "screening en intake en onderzoek" (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener;
- de "toeslag voor behandeling aan huis", "toeslag voor behandeling in een instelling" en "toeslag voor behandeling op de werkplek" door een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij hulp door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding plaats van maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Utrecht Standaard	Utrecht Top
Geen vergoeding	Maximaal 10 uur

10.4 Podologie/podo(posturale) therapie

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van behandelingen en consulten podologie/podo(posturale)therapie, per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

U kunt terecht bij:

- een podotherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenaamde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG en die als podotherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici;
- een registerpodoloog of podoposturaal therapeut; die een opleiding tot registerpodoloog heeft afgerond en die is ingeschreven in het kwaliteitsregister van Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg (KABIZ);
- een orthopedisch schoenmaker of werkplaats met SEMH-OSB (Orthopedisch Schoentechnische Bedrijven) of SEMH-OIM (Orthopedische Instrument Makerijen) certificering.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Utrecht Standaard	Utrecht Top
100% tot maximaal € 50,00	100% tot maximaal € 250,00

10.5 Stottertherapie

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor stottertherapie per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De behandeling moet worden gegeven volgens de methodes Del-Ferro, Boma of Hausdörfer.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Utrecht Standaard	Utrecht Top
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 350,00

Artikel 11 Preventie

11.1 GeZZondcheck

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van de geZZondcheck éénmaal per twee kalenderjaren.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de geZZondcheck moet worden uitgevoerd door een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde thuiszorgorganisatie of huisarts. Een lijst met gecontracteerde organisaties kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker;
- op de nota moet zijn aangegeven op welke data de onderzoeken, cursussen, voorlichting of het advies hebben plaatsgevonden en welke cursussen exact zijn gevolgd;
- u neemt niet deel aan een ketenzorgprogramma;
- de geZZondcheck ontvangen via ons bedrijfszorgprogramma telt mee als vergoeding.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Utrecht Standaard Utrecht Top
100% éénmaal per kalenderjaar

11.2 Preventieve cursussen

Wat wordt er vergoed?

U heeft recht op één of meerdere preventieve cursussen, per kalenderjaar, mits uitgevoerd door een goedgekeurde organisatie. Kijk voor een volledige lijst met goedgekeurde organisaties op zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Vergoeding is alleen mogelijk voor de volgende cursussen:

- Afvallen bij overgewicht;
- EHBO-cursus, reanimatiecursus of AED-training;
- Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO);
- Zelfmanagement:
 - Leren omgaan met een ziekte of aandoening;
 - Mantelzorgcursus;
 - Slaapcursus;
 - Stoppen met roken.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- op de nota moet zijn aangegeven op welke data de onderzoeken, cursussen, voorlichting of het advies hebben plaatsgevonden en welke cursussen exact zijn gevolgd;
- Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO) wordt vergoed vanaf 55 jaar;
- een preventieve cursus die u via een bedrijfszorgprogramma volgt telt ook mee voor de maximale vergoeding.

Besluit zorgverzekering

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 artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 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 veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslapte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte-spleten, misvormingen

- van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
 - c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

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 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.

Rubriek A Algemene voorwaarden

Artikel 1 Algemene bepalingen

1.1 Grondslag van de zorgverzekering

Deze zorgverzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- a. de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- b. het Besluit zorgverzekering;
- c. de Regeling zorgverzekering;
- d. de bijbehorende toelichtingen van onderdelen a, b en c;
- e. de gegevens die u bij het afsluiten van de verzekering aan ons heeft doorgegeven.

De zorgverzekeringsovereenkomst is vastgelegd in uw zorgpolis en deze polisvoorwaarden. Op het polisblad worden de verzekerde(n) en de gesloten zorgverzekering(en) vermeld. Wanneer wij uw aanvraag hebben verwerkt ontvangt u zo snel mogelijk uw verzekeringsbewijs in de vorm van een polisblad en verzekeringspas. In het vervolg ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuw polisblad.

Op vertoon van uw verzekeringspas kunt u zorg, waarop u op basis van deze polis recht heeft, ontvangen van een door Zorg en Zekerheid daartoe gecontracteerde zorgverlener (zie artikel 1.5). In de zorg geldt daarnaast de identificatieplicht.

Op deze verzekering is uitsluitend Nederlands recht van toepassing. De Zvw, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering zijn van doorslaggevend belang bij interpretatieverschillen van deze zorgverzekeringsovereenkomst.

1.2 Voor wie

Deze zorgverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen die in Nederland of in het buitenland wonen. De aanspraak op zorg en de vergoeding van de kosten van zorg geldt voor alle verzekerden woonachtig in Nederland en voor de in het buitenland wonende verzekerden.

1.3 Vorm van de zorgverzekering

De Zorg Zeker Polis is een naturaverzekering van Zorg en Zekerheid. Dit betekent dat u op basis van deze zorgverzekering recht heeft op zorg in natura. Met zorg in natura bedoelen wij dat u zorg ontvangt van een door ons gecontracteerde zorgverlener.

1.4 Inhoud en omvang van de zorgverzekering

U heeft recht op zorg, of de vergoeding van kosten van zorg, zoals omschreven in deze polisvoorwaarden als u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Of dit zo is, wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van de zorg of diensten. De inhoud en omvang van de zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Wanneer dit ontbreekt, wordt de inhoud en omvang van de zorg bepaald door wat binnen het betreffende vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

1.5 Wie mag de zorg verlenen

1.5.1 Gecontracteerde zorgverlener

Zorg in natura wordt verleend door een zorgverlener waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten: dit heet een gecontracteerde zorgverlener.

Wanneer u zorg omschreven in rubriek B nodig heeft, kunt u zich richten tot een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener. Een overzicht met gecontracteerde zorgverleners vindt u op **zorgzekerheid.nl/zorgzoeker**. Ook kunt u contact met ons opnemen via telefoonnummer (071) 5 825 825 of bezoek één van onze winkels.

De gecontracteerde zorgverlener ontvangt de vergoeding van de kosten van de geleverde zorg rechtstreeks van ons.

Voor de zorg genoemd in Rubriek B sluit Zorg en Zekerheid met zorgverleners contracten. In deze overeenkomsten maken wij afspraken over prijs, kwaliteit, doelmatigheid, de wijze van declareren en de voorwaarden waaronder zij de zorg kunnen verlenen.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 8 Revalidatie

8.1 Revalidatie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op revalidatie in een klinische (opname) of niet-klinische (deeltijd- of dagbehandeling) situatie.

Wat zijn de voorwaarden?

- de zorg dient voor de verzekerde als meest doeltreffend te zijn aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag;
- de hulp dient de verzekerde in staat te stellen een dusdanige mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven de beperkingen van de verzekerde, redelijkerwijs mogelijk is;
- voor aanspraak op klinische revalidatie dient er de verwachting te zijn dat binnen een korte termijn betere resultaten worden behaald dan met niet-klinische revalidatie.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Om te kunnen beoordelen of er sprake is van een aanspraak op zorg dient u vooraf schriftelijk toestemming aan te vragen als u naar een niet-gecontracteerde zorginstelling gaat voor revalidatie.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

8.2 Geriatrische revalidatie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op geriatrische revalidatie die start vanuit:

- een klinische opname eventueel gevolgd door een deeltijd- of dagbehandeling in de thuissituatie (ambulante geriatrische revalidatie). De zorg moet aansluiten (of maximaal binnen een week na ontslag uit het ziekenhuis bij een gestelde indicatie voor revalidatiezorg) op en gaat voor aanvang gepaard met verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, een zogeheten ziekenhuisopname;
Of;
- de thuissituatie bij een acute mobiliteitsstoornis of afname van zelfredzaamheid na een geriatrisch assessment.

Wat zijn de voorwaarden?

- de zorg omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid;
- de geriatrische revalidatie is gericht op het verminderen van de functionele beperkingen zodat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is;
- de indicatie voor geriatrische revalidatiezorg is aanwezig indien de internist ouderengeneeskunde, de klinisch geriater of specialist ouderengeneeskunde na een (schriftelijke) verwijzing van de medisch specialist van het ziekenhuis dit vaststelt;
- is er sprake van instroom in de GRZ vanuit de thuissituatie of een eerstelijns verblijf (ELV) zonder voorafgaande medisch-specialistische zorg, dan kan in bepaalde gevallen de specialist ouderengeneeskunde een geriatrisch assessment afnemen. Een voorwaarde voor een indicatie voor toegang tot geriatrische revalidatie is dan het vaststellen van de medische stabiliteit. Bij acute aandoeningen zal de specialist ouderengeneeskunde dan altijd contact opnemen met de behandelend medisch specialist of wordt er bij twijfel een medisch specialist geconsulteerd om de medische stabiliteit vast te stellen;
- u heeft geen recht op geriatrische revalidatie als u voorafgaand aan de ziekenhuisopname was opgenomen in een Wlz-instelling en u daar behandeling op grond van de Wlz heeft ontvangen;
- de totale duur van de behandeling bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan Zorg en Zekerheid een langere periode toestaan.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor een behandeling van een indicatie die (naar verwachting) langer duurt dan 120 dagen, dient voor het voortzetten van deze behandeling vanaf de 121^e dag, vooraf (uiterlijk vier weken voor de afloop van de eerste 120 dagen) schriftelijke toestemming te worden aangevraagd bij Zorg en Zekerheid.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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