



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden
Zaak : Alternatieve zorg, massages bij meervoudige hernia
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.6 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019
Zaaknummer : 201902012
Zittingsdatum : 6 mei 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij klachtenformulier van 4 januari 2020 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 16 maart 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 17 maart 2020 aan verzoeker gezonden.

2.3. Bij brief van 9 april 2020 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020014039) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is dezelfde dag aan partijen gestuurd.

2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 mei 2020 gehoord.

2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 13 mei 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 14 mei 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Vrij Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoeker heeft een viervoudige hernia. Zijn huisarts heeft hem daarom doorverwezen voor fysiotherapie. Omdat fysiotherapie niet hielp tegen de pijnklachten, heeft verzoeker zich gewend tot een masseuse. Hij heeft de nota voor de zeven massagebehandelingen ten bedrage van € 262,50 ter vergoeding bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van deze nota afgewezen.

3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 7 augustus 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

- 3.4. Het voorlopig advies van het Zorginstituut van 9 april 2020 luidt, voor zover hier van belang:
"(...)

Juridische beoordeling

Verzoeker heeft massagebehandeling[en] gehad door een masseuse bij de praktijk Spieren in Balance. Er is geen sprake van fysiotherapie of oefentherapie. Massage door een masseur is geen verzekerde prestatie. Verzoeker kan dan ook geen aanspraak maken op vergoeding van de massagebehandelingen ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut heeft kennisgenomen van de stukken en beoordeeld of verweerder terecht het gevraagde heeft afgewezen. Gelet op het bovenstaande adviseert het Zorginstituut tot afwijzing van het verzoek."

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de door hem ondergane massagebehandelingen te vergoeden.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 4.6 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en artikel 10 van de 'Verzekeringsvoorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over fysiotherapie zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. De zorgverzekering biedt, althans aan verzekerden vanaf achttien jaar, dekking voor fysiotherapie en oefentherapie zoals fysiotherapeuten onderscheidenlijk oefentherapeuten die plegen te bieden bij aandoeningen die zijn vermeld op bijlage 1 Bzv vanaf de eenentwintigste behandeling. De duur van de aanspraak is eveneens geregeld in bijlage 1 Bzv. De zorgverzekering biedt in aanvulling hierop dekking voor een gemaximeerd aantal behandelingen bekkenfysiotherapie onderscheidenlijk gesuperviseerde oefentherapie - al dan niet in combinatie met een gemaximeerde behandeltermijn - aan verzekerden vanaf achttien jaar bij aandoeningen die zijn vermeld in artikel 2.6, derde tot en met zesde lid Bzv. Het voorgaande is overeenkomstig artikel 17.4 van de zorgverzekering.
- 6.3. De aan verzoeker verleende massagebehandelingen door een masseuse zijn niet aan te merken als fysiotherapie of oefentherapie. Dit wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut van 9 april 2020. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de massages ten laste van de zorgverzekering. Dat verzoeker, in tegenstelling tot de eerder genoten behandelingen fysiotherapie, veel baat heeft gehad bij de massages, maakt het voorgaande niet anders. Hetzelfde geldt voor de lagere kosten van de massagebehandelingen in vergelijking met behandelingen fysiotherapie. Deze omstandigheden zijn, gelet op de verzekeringsvoorwaarden en de onderliggende wet- en regelgeving, voor de aanspraak op vergoeding niet relevant.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.4. Omdat geen sprake is van fysiotherapie of oefentherapie, kan het verzoek niet worden ingewilligd op basis van de gemaximeerde dekking die de aanvullende ziektekostenverzekeraar daarvoor kent.
- 6.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt - onder voorwaarden - een gemaximeerde vergoeding voor homeopathische en antroposofische geneesmiddelen, en consulten en behandelingen op het gebied van een aantal limitatief benoemde alternatieve behandelwijzen. Dit zijn: acupunctuur, antroposofie, chiropractie, cranio sacraal therapie, halotherapie, haptotherapie, (klassieke) homeopathie, manuele geneeskunde, natuurgeneeskunde, orthomoleculaire geneeskunde, osteopathie en shiatsu (medisch). Behandelingen en consulten op het gebied van manuele geneeskunde, orthomoleculaire geneeskunde en natuurgeneeskunde moeten worden verleend door een arts, niet zijnde de huisarts van de betreffende verzekerde. Voor behandelingen en consulten op het gebied van halotherapie is een verwijzing van een (huis)arts of fysiotherapeut vereist. Voor behandelingen en consulten op het gebied van de andere alternatieve behandelwijzen waarvoor de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt, geldt dat de behandelaar moet voldoen aan de voorwaarden die zijn gesteld in de 'Begripsomschrijvingen'. Het voorgaande volgt uit artikel 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.6. De betrokken masseuse heeft een AGB-code van een natuurgeneeskundige. Nog daargelaten of de massagebehandelingen zijn aan te merken als natuurgeneeskundige behandeling, is niet gebleken dat de masseuse een arts is. Evenmin is gebleken dat de massagebehandelingen behoren tot een van de andere alternatieve behandelwijzen waarvoor de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt. Het verzoek kan daarom niet op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering worden toegewezen.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 juni 2020,

mr. G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

en zorgzekerheid.nl. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

4.4 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens

Voor het aangaan, aanpassen of beëindigen van uw zorgverzekering verstrekt u persoonsgegevens aan ons. Wij verzamelen en verwerken uw persoonsgegevens voor het aangaan en uitvoeren van uw zorgverzekering en eventueel aanvullende verzekering. Deze persoonsgegevens nemen wij op in onze persoonsregistratie. Op deze registratie zijn de vigerende privacyregelgeving en de voor ons geldende gedragscodes van toepassing.

Wat doen wij nog meer met uw persoonsgegevens? Wij:

- a. stellen uw gegevens beschikbaar aan de zorgverlener voor het controleren van uw verzekeringsstatus;
- b. gebruiken uw gegevens voor statistische analyse;
- c. gebruiken uw gegevens voor controles en/of onderzoek onder verzekerden en zorgverleners of deze zorg daadwerkelijk is geleverd en/of doelmatig is;
- d. kunnen voor de uitvoering van de zorgverzekering uw gegevens verstrekken aan derden, met in achtname van de vigerende privacy regelgeving. Wanneer u dat wenst, vermelden wij daarbij niet uw adres. U kunt dit schriftelijk aan ons doorgeven;
- e. voeren in het kader van een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid, conform de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars een Gebeurtenissenadministratie. Conform het Protocol Incidentenwaarschuwing Financiële Instellingen wordt een incidentenregister gevoerd en kunnen wij uw gegevens raadplegen bij en/of vastleggen in het Extern Verwijzingsregister dat beheerd wordt door de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag.

4.5 Hoe gaan wij om met fraude

Wanneer u of iemand namens u fraude pleegt, dan vervalt uw recht, en de vergoeding hiervan, op zorg. Wij vorderen alle eerder uitgekeerde kosten terug per de datum dat sprake is van fraude. Ook brengen wij kosten voor onderzoek naar fraude bij u in rekening.

Daarnaast hebben wij het recht uw lopende verzekeringsovereenkomst(en) bij Zorg en Zekerheid (zorgverzekering en/of aanvullende zorgverzekeringen) te beëindigen per de datum dat sprake is van fraude.

Bij fraude registreren wij u en/of de verzekerde in het Extern verwijzingsregister. Fraudeonderzoek vindt plaats conform het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit. Bij fraude of een sterk vermoeden hiervan kunnen wij ook aangifte doen bij de politie.

4.6 Klachten en geschillen

4.6.1 Heeft u een klacht

Als u ontevreden bent met een beslissing van ons of met onze dienstverlening dan kunt u binnen 8 weken een klacht indienen. U kunt uw klacht eenvoudig bij ons indienen door het invullen van het online klachtenformulier op onze website [zorgzekerheid.nl/klacht](https://www.zorgzekerheid.nl/klacht). U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan onze Klachtencommissie.

Zorg en Zekerheid
T.a.v. de Klachtencommissie
Postbus 400
2300 AK LEIDEN

Bent u niet tevreden met ons antwoord op uw klacht of heeft u binnen 10 weken (wij streven ernaar u binnen deze termijn te antwoorden) geen antwoord van ons ontvangen dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist. U kunt het geschil ook voorleggen aan de burgerlijke rechter.

4.6.2 Klachten over onze formulieren

Vindt u dat onze formulieren ingewikkeld of overbodig zijn? Dan kunt u uw klacht daarover voorleggen aan de NZa. De NZa zal dan een uitspraak doen, die wordt aangemerkt als bindend advies. U kunt uw klacht schriftelijk voorleggen, gebruikt u het volgende adres: NZa Postbus 3017 3502 GA Utrecht.

4.7 Slotbepaling

In gevallen die niet in deze polisvoorwaarden zijn geregeld, beslist het bestuur van Zorg en Zekerheid. Vastgesteld door de Ledenraad op 1 november 2018 met ingang van 1 januari 2019.

Artikel 17 Paramedische zorg

17.1 Algemeen

De aanspraak op vergoeding van de kosten van paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, diëtetiek, ergotherapie en logopedie. Paramedische zorg omvat ook de verbijzonderingen van deze zorg. De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, diëtisten, ergotherapeuten en logopedisten als zorg plegen te bieden en hetgeen gebruikelijk is binnen de paramedische zorg. Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden deze zenden wij u desgevraagd toe of kunt u raadplegen op zorgzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

17.2 Algemene voorwaarden fysiotherapie en/of oefentherapie (ook van toepassing op 17.3 en 17.4)

- de fysiotherapiebehandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut;
- de oefentherapiebehandeling moet worden uitgevoerd door een oefentherapeut;
- in geval van oedeem- en littekentherapie kan de behandeling (ook) uitgevoerd worden door een huidtherapeut;
- de fysiotherapeut staat geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie, Keurmerk Fysiotherapie of dient aan te tonen dat hij/zij voldoet aan de eisen zoals gesteld door één van beide registratiesystemen;
- de oefentherapeut en huidtherapeut staan geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- in geval van een zitting manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkenfysiotherapie, oedeemtherapie of geriatrische fysiotherapie, moet de behandeling worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die voor de betreffende verbijzondering staat geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie of dient aan te tonen dat hij/zij voor de betreffende verbijzondering voldoet aan de eisen zoals gesteld door één van beide registratiesystemen;
- in geval van een zitting kinderoefentherapie moet de oefentherapeut geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- een chronische aandoening moet benoemd zijn in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Voor een aantal van deze aandoeningen is de vergoeding beperkt tot de behandelduur of leeftijd, zoals in Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering is aangegeven;
- voor een chronische aandoening fysiotherapie en/of oefentherapie geldt dat de therapie medisch noodzakelijk is en door een behandelend arts is voorgeschreven. Een verklaring is noodzakelijk, zie voor verdere details onder 17.3 en 17.4;
- de fysiotherapeutische of oefentherapeutische behandeling bestaat uit zogenaamde prestaties. Elke prestatie telt als één behandeling. Dit betekent bijvoorbeeld dat ook een "screening" en een "intake en onderzoek na screening" elk als één behandeling kunnen tellen;
- elk behandeltraject start met "screening" en "intake en onderzoek na screening" of met "screening, intake en onderzoek" of met "intake en onderzoek na verwijzing";
- per dag komt maximaal één zitting fysiotherapie of oefentherapie voor vergoeding in aanmerking, tenzij:
 - a. er medische noodzaak bestaat voor meerdere zittingen op één dag en dit is vastgesteld door een arts, deze zittingen verantwoord gespreid zijn en Zorg en Zekerheid vooraf schriftelijke toestemming heeft gegeven aan de therapeut;
 - b. het gaat om "screening", "screening en intake en onderzoek", "intake en onderzoek na screening", "intake en onderzoek na verwijzing" of "instructie/overleg ouders/verzorgers van de patiënt". Deze prestaties mogen in combinatie met bepaalde prestaties wel op één dag plaatsvinden. Uw therapeut weet om welke prestaties het gaat.
- als u zittingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele zittingen voor dezelfde aandoening, al dan niet gegeven door een andere fysiotherapeut en/of oefentherapeut. Dit geldt niet wanneer de individuele zittingen deel uitmaken van de groepsbehandeling én als deze ingezet worden als beginmeting, tussentijdse evaluatie en/of eindmeting;
- in bijzondere gevallen heeft u vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid voor fysiotherapie en/of oefentherapie. Het gaat hier om de volgende indicaties (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering):
 - a. Div D5 Revalidatie(dag)behandeling 12 maanden in aansluiting op ontslag;
 - b. Div D5 Verpleeghuisopname, 12 maanden in aansluiting op ontslag;
 - c. Div D5 Ziekenhuisopname, 12 maanden in aansluiting op ontslag.De aanvraag tot toestemming van Zorg en Zekerheid moet worden ingediend door uw behandelend fysiotherapeut of oefentherapeut;
- handelingen die worden verricht tijdens de zitting, zoals shockwave en dry needling, zijn onderdeel van de reguliere behandeling en mag de fysiotherapeut en/of oefentherapeut niet apart bij u in rekening brengen;
- de kosten van tijdens de behandeling verstrekte (hulp-) en verbandmiddelen, zijn onderdeel van de behandeling en mag de fysiotherapeut en/of oefentherapeut niet apart bij u in rekening brengen;
- in geval van behandeling voor claudicatio intermittens moet uw fysiotherapeut of oefentherapeut aangesloten zijn bij ClaudicatioNet;
- in geval van behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen, moet uw fysiotherapeut of oefentherapeut aangesloten zijn bij ParkinsonNet;
- in geval van kinderfysiotherapie geldt dat sprake moet zijn van een aandoening behorend binnen de Domeinbeschrijving Kinderfysiotherapie van de Nederlandse Vereniging voor Kinderfysiotherapeuten (NVFK). De lijst is bekend bij de kinderfysiotherapeut;

- in geval van manuele therapie geldt dat sprake moet zijn van een aandoening behorend binnen de Domeinbeschrijving Manuele Therapie van de Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT). De lijst is bekend bij de fysiotherapeut;
- in geval van bekkenfysiotherapie geldt dat sprake moet zijn van een aandoening die voldoet aan de gestelde richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek (NVFB);
- in geval van geriatrie fysiotherapie geldt dat sprake moet zijn van een aandoening behorend binnen de criteriumlijst van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG).

17.3 Fysiotherapie en/of oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar

Chronische aandoening

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen, zoals aangegeven in Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering, fysiotherapie en/of oefentherapie per verzekerde per kalenderjaar.

Heb ik een verklaring nodig?

Als u behandeling nodig heeft voor een aandoening die op de chronische lijst staat, heeft u een schriftelijke verklaring nodig van een arts.

Niet-chronische aandoening

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van:

- maximaal 9 behandelingen (kinder)fysiotherapie en/of -oefentherapie per aandoening per kalenderjaar;
- in aansluiting op deze behandelingen bestaat er bij ontoereikend resultaat, recht op maximaal 9 extra behandelingen (kinder)fysiotherapie en/ of -oefentherapie per aandoening per kalenderjaar.

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de fysiotherapeut is direct toegankelijk.

Wat zijn de voorwaarden?

Alle zittingen voor eerstelijns fysiotherapie, ook als deze gegeven worden door een huid- of oefentherapeut tellen mee voor de genoemde maxima. Dit geldt ook voor eerstelijnszittingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling.

Zorg en Zekerheid biedt in haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij paramedische behandelingen.

17.4 Fysiotherapie en/of oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder

Chronische aandoening

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van:

- de medisch noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie voor aandoeningen die zijn benoemd in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (de chronische lijst), voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden;
- vergoeding 'littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma' door een fysiotherapeut en/of huidtherapeut;
- vergoeding voor maximaal 37 zittingen gesuperviseerde looptraining per jaar in geval van perifeer arterieel vaatlijden stadium 2 (claudicatio intermittens);
- vergoeding voor ten hoogste 12 zittingen gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van het heup- of kniegewricht gedurende maximaal 12 maanden;
- vergoeding voor zittingen gesuperviseerde oefentherapie bij COPD, afhankelijk van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties:
 - klasse A: ten hoogste 5 zittingen gedurende maximaal 12 maanden vanaf de eerste behandeling;
 - klasse B: ten hoogste 27 zittingen gedurende maximaal 12 maanden vanaf de eerste behandeling en maximaal 3 zittingen per 12 maanden in de aansluitende jaren;
 - klasse C en D: ten hoogste 70 zittingen gedurende maximaal 12 maanden vanaf de eerste behandeling en maximaal 52 zittingen per 12 maanden in de aansluitende jaren.

Wat zijn de voorwaarden?

Alle zittingen voor eerstelijns fysiotherapie, ook als deze gegeven worden door een huid- of oefentherapeut tellen mee voor de genoemde maxima. Dit geldt ook voor eerstelijnszittingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling.

Heb ik een verklaring nodig?

Heeft u een aandoening die op de chronische lijst staat? Dan heeft u voor de behandeling een schriftelijke verklaring nodig van een arts.

Welke kosten worden niet vergoed?

- de eerste 20 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie, als er sprake is van een eerste behandelserie bij een chronische aandoening. Dit geldt niet voor behandeling bij “claudicatio intermittens”, “artrose van het heup- of kniegewricht” en “gesuperviseerde oefentherapie bij COPD vanaf GOLD classificatie II”;
- de eerste 20 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie in een bestaande behandelserie bij een chronische aandoening bij overgang van de leeftijd van 17 naar 18 jaar. Dit geldt evenmin voor behandeling bij “claudicatio intermittens” en “artrose van het heup- of kniegewricht”.

Niet-chronische aandoening*Wat wordt er vergoed?*

Wij vergoeden de kosten van de eerste 9 zittingen bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie, mits gegeven in het kader van “stepped care”.

Wat zijn de voorwaarden?

Alle zittingen voor eerstelijns fysiotherapie tellen mee in de genoemde maxima. Dit geldt ook voor eerstelijnszittingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling.

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de fysiotherapeut is direct toegankelijk.

Zorg en Zekerheid biedt in haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij paramedische behandelingen.

17.5 Ergotherapie*Wat wordt er vergoed?*

Wij vergoeden de kosten van ergotherapie gedurende maximaal 10 behandeluren per verzekerde per kalenderjaar.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij ergotherapie.

Wat zijn de voorwaarden?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een ergotherapeut;
- de ergotherapeut moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- de ergotherapie heeft als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen;
- alle behandelingen eerstelijns ergotherapie tellen mee in het genoemde maximum aantal behandeluren, ook eerstelijnsbehandelingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling;
- elk behandeltraject start met “screening” en “intake en onderzoek na screening” of met “screening, intake en onderzoek”, of met “intake en onderzoek na verwijzing”;
- per dag komt maximaal één zitting ergotherapie voor vergoeding in aanmerking, tenzij:
 - a. er medische noodzaak bestaat voor meerdere zittingen op één dag en dit is vastgesteld door een arts, deze zittingen verantwoord gespreid zijn en Zorg en Zekerheid vooraf schriftelijke toestemming heeft gegeven aan de therapeut;
 - b. het gaat om “screening”, “screening en intake en onderzoek”, “intake en onderzoek na screening”, “intake en onderzoek na verwijzing” of “instructie/overleg ouders/verzorgers van de patiënt”. Deze prestaties mogen in combinatie met bepaalde prestaties wel op één dag plaatsvinden. Uw therapeut weet om welke prestaties het gaat.
- de behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen wordt alleen vergoed als uw ergotherapeut is aangesloten bij ParkinsonNet.

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de ergotherapeut is direct toegankelijk.

17.6 Logopedie*Wat wordt er vergoed?*

Wij vergoeden de kosten van logopedische behandeling.

Wat zijn de voorwaarden?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een logopedist;
- de behandeling moet een geneeskundig doel dienen;
- van de behandeling kan herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen worden verwacht;
- de logopedist moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);

Leefstijlcoach

De leefstijlcoach is een professional die mensen begeleidt bij het nemen van de regie over hun gezondheid en welzijn. De leefstijlcoach gaat hierbij expliciet uit van de definitie van positieve gezondheid. Doel is dat mensen een leven kunnen leiden waar ze zich goed bij voelen, met alle mogelijkheden en beperkingen die ze hebben.

Lichamelijke functiestoornissen

Van een lichamelijke functiestoornis is sprake bij bijvoorbeeld een bewegingsbeperking, gezichtsveldbeperking of doorgankelijkheid. Psychische en sociale functiestoornissen ten gevolge van een lichamelijke afwijking vormen geen indicatie voor vergoeding.

Logopedist

Een logopedist die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Manueel geneeskundige

Een manueel geneeskundige die als arts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding Manuele geneeskunde heeft afgerond.

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als manueel therapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of het Keurmerk Fysiotherapie.

Mantelzorg

De zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en hulpbehoevenden door naasten, familie, vrienden, kennissen en burens.

Marktconform bedrag

Voor zover het door de verlener van zorg in rekening gebrachte bedrag in verhouding tot de door de overige zorgaanbieders voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

(Medisch) adviseur

De (tand)arts, fysiotherapeut of andere deskundige die Zorg en Zekerheid in medische, fysiotherapeutische of andere aangelegenheden adviseert.

Medisch(e) noodzakelijk/noodzaak

De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen, voor zover vallend onder de dekking van deze polis. Eén en ander ter beoordeling door de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid.

Medisch noodzakelijke repatriëring

Het medisch noodzakelijke ziekenvervoer vanuit de verblijfplaats in het buitenland naar een ziekenhuis, revalidatie-instelling of verpleeghuis in Nederland, voor zover er sprake is van verblijf in het buitenland zoals bedoeld in artikel 3 Buitenland.

Medisch noodzakelijke zorg in het buitenland

Medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland.

Medisch specialist

Een arts, die als medisch specialist is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Model-Kwaliteitsstatuut GGZ

In het model-Kwaliteitsstatuut GGZ staat aangegeven wat zorgaanbieders in de GGZ moeten hebben geregeld op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve geestelijke gezondheidszorg. Dit model is van kracht per 1-1-2017 voor alle aanbieders van generalistische basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ binnen de Zorgverzekeringswet.

Mondhygiënist

Een vrijgevestigd mondhygiënist, die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', en bevoegdheid heeft op grond van artikel 4 van het Besluit functionele zelfstandigheid.

Natuurgeneeskundige

Een arts die is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding natuurgeneeskunde heeft afgerond.

Rubriek A Omvang dekking

In deze rubriek vindt u de aanspraken en/of de vergoedingen waarop u, als verzekerde, recht heeft. In de artikelen is aangegeven onder welke voorwaarden en tot welk bedrag er maximaal recht op vergoeding bestaat. De Ledenraad heeft dit besloten op 1 november 2018. De vergoedingen voor de (medische) kosten vanuit de aanvullende verzekeringen van Zorg en Zekerheid zijn gebaseerd op het door of namens ons met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als er geen tarief is overeengekomen, vergoeden wij de (medische) kosten volgens het in de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) vastgestelde tarief. Als er geen Wmg-tarief is vastgesteld, vergoeden wij de (medische) kosten volgens de tarieven die staan op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker. U heeft als verzekerde slechts recht op zorg voor zover 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 verzekeringsvoorwaarden en deze rubriek samen vormen de Algemene Voorwaarden van uw aanvullende verzekering bij Zorg en Zekerheid.

Artikel 1 Alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen

Wat wordt er vergoed?

Onder kosten wordt verstaan de kosten van consulten, behandelingen en geneesmiddelen. Per verzekerde komen per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking de kosten van:

- homeopathische/antroposofische geneesmiddelen;
- de volgende alternatieve behandelwijzen:
 - acupunctuur;
 - antroposofie;
 - chiropractie;
 - cranio sacraal therapie;
 - halotherapie;
 - haptotherapie;
 - (klassieke) homeopathie;
 - manuele geneeskunde;
 - natuurgeneeskunde;
 - orthomoleculaire geneeskunde;
 - osteopathie;
 - shiatsu (medisch).

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Geneesmiddelen:

- de geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door de arts bij wie u onder behandeling bent;
- de middelen moeten worden geleverd door een apotheker of apothekhoudende huisarts;
- de geneesmiddelen dienen te zijn geregistreerd door de databank van het College ter beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). De lijst met geregistreerde middelen kunt u raadplegen op cbg-meb.nl of is een middel van één van de volgende fabrikanten: Wala®, Weleda®, Heel®, Vogel®, Biohorma®, Vsm®, Reckeweg® of Dolysos®.

Behandelwijzen:

- als het gaat om manuele geneeskunde, orthomoleculaire geneeskunde en natuurgeneeskunde moet de behandeling worden gegeven door een arts, die niet uw eigen huisarts is;
- als het gaat om halotherapie, dient u een verwijzing te hebben van een (huis)arts of fysiotherapeut;
- voor alle overige genoemde alternatieve behandelwijzen geldt dat de behandelaar moet voldoen aan de voorwaarden die zijn genoemd bij de begripsomschrijvingen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

Vergoedingspercentage en maximumbedrag gelden voor alle alternatieve consulten, behandelingen en geneesmiddelen samen.

	AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Maximum	Geen vergoeding	€ 250,00	€ 460,00	€ 600,00
Behandelingen/ Consulten	Geen vergoeding	100% tot maximaal € 25,00 per dag	100% tot maximaal € 40,00 per dag	100%
Geneesmiddelen	Geen vergoeding	50%	75%	100%

9.4 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?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Top AV-GeZZin AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 500,00

Artikel 10 Paramedische behandelingen

10.1 Algemene voorwaarden fysiotherapie en/of oefentherapie

- de fysiotherapiebehandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut;
- de oefentherapiebehandeling moet worden uitgevoerd door een oefentherapeut Mensendieck dan wel een oefentherapeut Cesar;
- in geval van oedeemtherapie en littekentherapie kan de behandeling ook uitgevoerd worden door een huidtherapeut;
- de fysiotherapeut moet geregistreerd staan in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie, Keurmerk Fysiotherapie of dient aan te tonen dat hij/zij voldoet aan de eisen zoals gesteld door één van beide registratiesystemen;
- de oefentherapeut en huidtherapeut moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd); in geval van een zitting manuele therapie, kindfysiotherapie, bekkenfysiotherapie, oedeemtherapie, psychosomatische fysiotherapie of geriatric fysiotherapie moet de behandeling worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die voor de betreffende verbijzondering staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie;
- in geval van een zitting kinderoefentherapie moet de behandeling worden uitgevoerd door een oefentherapeut die voor de betreffende therapie geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- een chronische aandoening moet benoemd zijn in Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering. Of sprake is van een chronische aandoening kan afhangen van de leeftijd van de verzekerde. Voor een aantal van deze aandoeningen is de vergoeding bovendien beperkt tot de maximale behandelduur, zoals in Bijlage 1 bij het besluit Zorgverzekering is aangegeven;
- voor een chronische aandoening geldt dat de therapie medisch noodzakelijk is en door een behandelend arts is voorgeschreven;
- de fysiotherapeutische of oefentherapeutische behandeling bestaat uit zogenaamde prestaties. Elke prestatie telt als één behandeling. Dit betekent dat bijvoorbeeld ook een "screening" en een "intake en onderzoek na screening" elk als één behandeling kunnen tellen;
- elk behandeltraject start met "screening" en "intake en onderzoek na screening" of met "screening en intake en onderzoek" of met "intake en onderzoek na verwijzing";
- fysiotherapie of oefentherapie voor een niet-chronische aandoening is direct toegankelijk (er is geen verwijzing nodig). Deze Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF) omvat de "screening" en "intake en onderzoek na screening" of "screening en intake en onderzoek";
- per dag komt maximaal één zitting fysiotherapie of oefentherapie voor vergoeding in aanmerking tenzij:
 - a. er medische noodzaak bestaat voor meerdere zittingen op één dag en dit is vastgesteld door een arts, deze zittingen verantwoord gespreid zijn en Zorg en Zekerheid vooraf toestemming heeft gegeven aan de therapeut;
 - b. het gaat om "screening", "screening en intake en onderzoek", "intake en onderzoek na screening", "intake en onderzoek na verwijzing" of "instructie/overleg ouders/verzorgers van de patiënt". Deze prestaties mogen in combinatie met bepaalde prestaties wel op één dag plaatsvinden. Uw therapeut weet om welke prestaties het gaat.
- als u zittingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele zittingen voor dezelfde aandoening, al dan niet gegeven door een andere fysiotherapeut of oefentherapeut. Dit geldt niet wanneer de individuele zittingen deel uitmaken van de groepsbehandeling én als deze ingezet worden als beginmeting, tussentijdse evaluatie en/of eindmeting;
- het maximale aantal behandelingen dat is aangegeven per aanvullend pakket geldt voor de fysiotherapiebehandelingen die zijn omschreven onder 10.1.1, 10.1.2 en 10.1.3 samen;
- handelingen die worden verricht tijdens de zitting, zoals shockwave en dry needling zijn onderdeel van de reguliere behandeling en mag de fysiotherapeut of oefentherapeut niet apart bij u in rekening brengen;
- de kosten van tijdens de behandeling verstrekte materialen, zoals (hulp-)verbandmiddelen, zijn onderdeel van de behandeling en mag de fysiotherapeut of oefentherapeut niet apart bij u in rekening brengen;

- in geval van behandeling voor claudicatio intermittens moet uw fysiotherapeut of oefentherapeut aangesloten zijn bij ClaudicatioNet. U vindt de gegevens van de gecontracteerde ClaudicatioNet fysiotherapeuten op zorgzekerheid.nl/zorgzoeker of u kunt ze opvragen via ons Contact Center (071) 5 825 825 of bij een van onze verzekeringswinkels;
- Zorg en Zekerheid vergoedt alleen gesuperviseerde looptraining na 37 zittingen uit de basisverzekering bij Claudicatio Intermittens gegeven door een fysiotherapeut of oefentherapeut die is aangesloten bij ClaudicatioNet;
- in geval van behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen moet uw fysiotherapeut of oefentherapeut aangesloten zijn bij ParkinsonNet.

Wat wordt niet vergoed?

- behandelingen op basis van de indicatie artrose aan heup- en kniegewrichten;
- behandelingen op basis van de indicatie COPD.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- in bijzondere gevallen heeft u vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid voor fysiotherapie of oefentherapie. Het gaat hier om de volgende indicaties (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering):
 - Div D5 Revalidatie(dag)behandeling, 12 maanden in aansluiting op ontslag;
 - Div D5 Verpleeghuisopname, 12 maanden in aansluiting op ontslag;
 - Div D5 Ziekenhuisopname, 12 maanden in aansluiting op ontslag.
- de aanvraag tot toestemming van Zorg en Zekerheid moet worden ingediend door uw behandelend fysiotherapeut of oefentherapeut.

10.1.1 Fysiotherapie door een gecontracteerde fysiotherapeut

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van fysiotherapie per verzekerde per kalenderjaar, voor zowel chronische als niet-chronische aandoeningen, voor zover er geen recht is op vergoeding uit de basisverzekering.

Welke verbijzonderingen fysiotherapie worden vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor manuele therapie, kinderysiotherapie, bekkenfysiotherapie, oedeemtherapie, psychosomatische fysiotherapie en geriatrie fysiotherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een gecontracteerde fysiotherapeut. U vindt de gegevens van deze gecontracteerde fysiotherapeuten op zorgzekerheid.nl/zorgzoeker of u kunt ze opvragen via ons Contact Center: (071) 5 825 825 of bij een van onze verzekeringswinkels;
- voor de verbijzonderingen fysiotherapie gelden de aanvullende voorwaarden zoals bepaald in artikel 10.1.3;
- alle zittingen voor eerstelijns fysiotherapie, ook als gegeven door een huidtherapeut, en -oefentherapie tellen mee in de genoemde maxima, ook eerstelijnszittingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Maximaal 9 behandelingen * vergoeding tezamen met oefentherapie	Maximaal 12 behandelingen	Maximaal 25 behandelingen	Maximaal 40 behandelingen

10.1.2 Fysiotherapie door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van fysiotherapie per verzekerde per kalenderjaar voor chronische en niet-chronische aandoeningen, voor zover er geen recht is op vergoeding volgens de basisverzekering. Hiertoe behoren ook de behandelingen manuele therapie, kinderysiotherapie, bekkenfysiotherapie, oedeem- en huidtherapie, psychosomatische en geriatrie fysiotherapie. Voor deze verbijzonderingen fysiotherapie gelden de aanvullende voorwaarden zoals bepaald in artikel 10.1.3.

Bij hulp door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut (oedeem- of littekentherapie) vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. De vergoeding voor een verbijzonderde zitting (bijv. manuele therapie) door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut is gelijk aan de vergoeding voor een reguliere zitting bij een niet-gecontracteerde fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut (er wordt geen opslag toegekend).

Wat wordt er niet vergoed?

- de prestaties “screening”, “intake en onderzoek na screening” en “screening en intake en onderzoek” (Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie) door een niet-gecontracteerde zorgverlener;

- de “toeslag voor behandeling aan huis”, “toeslag voor behandeling in een instelling” en de “toeslag voor behandeling op de werkplek” door een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Maximaal 9 behandelingen * vergoeding tezamen met oefentherapie	Maximaal 12 behandelingen	Maximaal 25 behandelingen	Maximaal 40 behandelingen

10.1.3 Verbijzonderingen fysiotherapie

Manuele therapie

Als onderdeel van het aantal behandelingen per aanvullende verzekering, aangegeven in artikel 10.1.1 en 10.1.2, worden zo nodig maximaal 9 behandelingen manuele therapie vergoed. Zowel de behandelingen in de basisverzekering als de behandelingen in de aanvullende verzekering tellen mee voor deze 9.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die als manueel therapeut is geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie (status kwaliteitsgeregistreerd);
- de behandeling manuele therapie wordt vergoed voor aandoeningen behorend binnen de Domeinbeschrijving Manuele Therapie van de Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT). De lijst van deze aandoeningen is bekend bij uw fysiotherapeut.

Kinderfysiotherapie

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut is geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of Keurmerk Fysiotherapie (status kwaliteitsgeregistreerd);
- de behandeling kinderfysiotherapie wordt vergoed voor aandoeningen behorend binnen de Domeinbeschrijving Kinderfysiotherapie van de Nederlandse Vereniging voor Kinderfysiotherapie (NVFK). De lijst van deze aandoeningen is bekend bij uw fysiotherapeut.

Bekkenfysiotherapie

Als er sprake is van klachten in het gebied van bekken, buik en bekkenbodem, zoals urine-incontinentie of zwangerschap gerelateerde bekken(bodem)klachten, kan er een behandelindicatie zijn voor bekkenfysiotherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die als bekkenfysiotherapeut is geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie (status kwaliteitsgeregistreerd);
- voor de behandeling bekkenfysiotherapie geldt dat sprake moet zijn van een aandoening die voldoet aan de gestelde richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek (NVFB). De lijst van deze aandoeningen is bekend bij uw fysiotherapeut.

Oedeemtherapie

Als er sprake is van aandoeningen aan het lymfatisch- of veneuze stelsel dan kan er sprake zijn van een behandelindicatie voor oedeemtherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut is geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapeut (status kwaliteitsgeregistreerd) of door een huidtherapeut die gecontracteerd is door Zorg en Zekerheid;
- bij behandeling van een chronische indicatie door een huidtherapeut is een geldige verwijzing van een arts aanwezig.

Psychosomatische fysiotherapie

Als er sprake is van lichamelijke klachten waarbij een duidelijke relatie bestaat met psychisch disfunctioneren, kan er een behandelindicatie zijn voor psychosomatische fysiotherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die als psychosomatisch fysiotherapeut geregistreerd is in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie (status kwaliteitsgeregistreerd). De lijst van deze aandoeningen is bekend bij uw fysiotherapeut;

- er dient sprake te zijn van matig tot zwaar gecompliceerde psychische herstelbelemmerende factoren, een en ander ter beoordeling van de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid, met inachtneming van de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek (NFP);
- de verzekerde is 18 jaar of ouder.

Geriatric fysiotherapie

Als er sprake is van lichamelijke klachten waarbij een duidelijke relatie bestaat met geriatrische problematiek, kan er een behandelindicatie zijn voor geriatric fysiotherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die als geriatric fysiotherapeut is geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie (status kwaliteitsgeregistreerd). De lijst van deze aandoeningen is bekend bij uw fysiotherapeut;
- er moet sprake zijn van aandoeningen die worden vastgesteld op basis van de criteriumlijst van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatric (NVFG).

10.1.4 KNGF beweegprogramma

Wat wordt vergoed?

Een volledig doorlopen beweegprogramma dat voldoet aan de KNGF-standaarden Beweeginterventies en gegeven wordt in fysiotherapiepraktijken met het kwaliteitslabel KwaliteitZorg 3- of 2-sterren. Op zorgzekerheid.nl/zorgzoeker kunt u per aandoening een overzicht vinden van de gecontracteerde 3- of 2-sterrenpraktijken die een KNGF beweegprogramma aanbieden.

Wat wordt er niet vergoed?

Er geldt geen vergoeding voor een indicatie waarvoor u ook een individueel traject doorloopt bij de fysiotherapeut.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	50% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren	75% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren	100% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren

10.1.5 Beweegprogramma Fitkids of JOGG leefstijlinterventie programma

Wat wordt vergoed?

Een volledig doorlopen beweegprogramma Fitkids 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 KwaliteitZorg 3- of 2-sterren. U vindt de gegevens van de gecontracteerde fysiotherapeuten met dit kwaliteitslabel op zorgzekerheid.nl/zorgzoeker of u kunt deze opvragen via ons Contact Center (071) 5 825 825 of bij één van onze verzekeringswinkels.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	50% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren	75% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren	100% tot maximaal € 500,00 per 2 kalenderjaren

10.2 Oefentherapie Mensendieck/Cesar

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van oefentherapie Mensendieck/Cesar uitgevoerd door een gecontracteerde zorgverlener per verzekerde per kalenderjaar, voor zowel chronische als niet-chronische indicaties, voor zover er geen recht is op vergoeding volgens de basisverzekering.

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

- bij hulp door een niet-gecontracteerde oefentherapeut vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. De vergoeding voor een verbijzonderde zitting (bijv. kinderoefentherapie) door een niet-gecontracteerde oefentherapeut is gelijk aan de vergoeding voor een reguliere zitting bij een niet-gecontracteerde oefentherapeut (er wordt geen opslag toegekend);

- 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”, “toeslag voor behandeling in een instelling” en “toeslag voor behandeling op de werkplek” door een niet-gecontracteerde zorgverlener worden niet vergoed.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Maximaal 9 behandelingen * vergoeding tezamen met fysiotherapie	Maximaal 12 behandelingen	Maximaal 25 behandelingen	Maximaal 40 behandelingen

10.3 Diëtetiek

Wat wordt er vergoed?

Voor verzekerden tot 18 jaar komen, in aanvulling op de vergoeding vanuit de hoofdverzekering, de kosten van diëtetiek door een diëtist per verzekerde, per kalenderjaar in aanmerking voor vergoeding. De vergoeding bij een niet-gecontracteerde diëtist is maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief.

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 behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen wordt alleen vergoed als uw diëtist is aangesloten bij ParkinsonNet;
- alle behandelingen eerstelijns diëtetiek tellen mee in het genoemde maximum aantal kwartieren, ook eerstelijnsbehandelingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling;
- elk behandeltraject start met “screening” en eventueel “intake en onderzoek na screening” of met “screening, intake en onderzoek” of met “intake en onderzoek na verwijzing”.

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.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Plus	AV-Top AV-GeZZin	AV-Totaal
Geen vergoeding	7 kwartier	10 kwartier

10.4 Ergotherapie

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen per verzekerde, per kalenderjaar, de kosten van ergotherapeutische advisering, instructie, training of behandeling, in aansluiting op de vergoeding vanuit de basisverzekering. Bij consultatie van een niet-gecontracteerde ergotherapeut vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief.

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;
- elk behandeltraject start met “screening” en “intake en onderzoek na screening” of met “screening, intake en onderzoek” of met “intake en onderzoek na verwijzing”;
- alle behandelingen eerstelijns ergotherapie tellen mee in het genoemde maximum aantal behandeluren, ook eerstelijnsbehandelingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis en instelling.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.6

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