



# ANONIEM TUSSENUITSPRAAK

Partijen : Mevrouw A te B, tegen NV Univé Zorg te Arnhem  
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie, verlenging machtiging, doelmatigheid  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.6 en Bijlage 1 Bzv  
Zaaknummer : 201801231  
Zittingsdatum : 24 juli 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

NV Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij brief van 19 april 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van haar fysiotherapiebehandelingen alsnog te vergoeden ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 mei 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 mei 2019 aan verzoekster gezonden.

2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 juli 2019 gehoord.

2.4. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) gevraagd een advies uit te brengen. Daarnaast heeft de commissie het Zorginstituut verzocht in te gaan op het volgende:

*"Tijdens de hoorzitting is naar voren gebracht dat na het stoppen van de - langdurige - fysiotherapie mevrouw een achteruitgang in haar functioneren heeft ervaren. Met de fysiotherapie, die erop gericht is het dieper gelegen weefsel (littekenweefsel en verkorte spieren) te behandelen, is zij in staat de mobiliteit van haar arm te behouden zodat zij in staat blijft zich zelf aan te kleden. Mevrouw maakt aanspraak op fysiotherapie op grond van 'littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma'."*

Bij brief van 3 september 2019 heeft het Zorginstituut (zaaknummer: 2019040166) aan de commissie zijn advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is, eveneens op 3 september 2019, aan partijen gestuurd. Daarbij zijn zij in de gelegenheid gesteld om op het advies van het Zorginstituut te reageren. Bij e-mailbericht van 3 september 2019 en brief van 19 september 2019 hebben verzoekster respectievelijk de ziektekostenverzekeraar op het advies gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de respectieve wederpartij gezonden.

2.5. De reacties van partijen van 3 en 19 september 2019 zijn op 20 september 2019 aan het Zorginstituut gestuurd met de vraag of het voorlopig advies van 3 september 2019 aanpassing behoeft. Daarnaast heeft de commissie het Zorginstituut gevraagd in te gaan op de volgende vraag:

*"Uit het voorlopig advies begrijpen wij dat een verzekerde ook redelijkerwijs aangewezen kan zijn op langdurige fysiotherapie als deze gericht is op het stabiel houden van de situatie. De ziektekostenverzekeraar neemt in zijn brief van 19 september 2019 het standpunt in dat een verzekerde hierop niet redelijkerwijs is aangewezen als de doelen niet SMART zijn geformuleerd."*

*Hieruit lijkt te volgen dat ziektekostenverzekeraar stelt dat de behandeling vooruitgang moet bieden wil je er redelijkerwijs op zijn aangewezen. Kunt u op dit punt ons meer duidelijkheid verschaffen?"*

Het Zorginstituut heeft bij brief van 30 september 2019 de commissie meegedeeld dat de reacties op het voorlopig advies geen aanleiding vormen het advies te herzien. Daarnaast heeft het Zorginstituut in bedoelde brief aandacht besteed aan de door de commissie gestelde vraag. Een afschrift van het definitief advies van het Zorginstituut is op 1 oktober 2019 aan verzoekster en de ziektekostenverzekeraar gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld op het advies te reageren. Bij brief van 10 oktober 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering GemeentePakket Compleet, € 0,-- eigen risico (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 5 april 2018 aan verzoekster meegedeeld dat hij de aanvraag voor vergoeding van de kosten van behandelingen fysiotherapie heeft afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 12 juli 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn beslissing te handhaven.



- 3.4. De behandelend fysiotherapeut heeft op 1 januari 2018 over verzoekster verklaard:

*"De behandeling tot nu toe heeft bestaan met van mijn kant uit het mobiliseren van het littekenweefsel/verbeteren van de verschuifbaarheid van de huidlagen en oprekken van de verkorte musculatuur van mn de M Latissimus, Teres musc en Pect musc.  
Het atrogeen mobiliseren van het art. Humerus rechts  
Het rekken van de steeds weer verkortende musculatuur door het verkeerde spierevenwicht dat post operatief ontstaan is  
Het aanleren van oefeningen aangepast aan de veranderende situatie  
Het leren omgaan met de klacht en het doseren van de belasting/belastbaarheid  
De situatie verbetert zeer langzaam, maar er is nog steeds progressie  
Het oedeem is vrijwel verdwenen  
De mobiliteit, kracht en belastbaarheid is sterk toegenomen  
Mw. kan haar werkzaamheden weer redelijk uitvoeren  
De behandeling aanvankelijk 2x p.w. oedeem therapie en 2x p.w. f.t. is gereduceerd tot 1x per 1 á 2 weken fysiotherapie.  
Mw. heeft iedere keer veel baat bij de behandeling, maar de littekens en spieren die bij de reconstructie operatie "opge(...)" zijn en beschadigd zijn spelen nog steeds op - zij het in mindere mate."*


- 3.5. Bij brief van 30 september 2019 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de zorgverzekering, toe te wijzen. In dat verband heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

*"Omdat de stelling van verweerder niet onderbouwd is op basis van wetenschappelijke literatuur en de beoordeling van de plastisch chirurg ontbreekt in het dossier is niet aangetoond dat verzoekster niet redelijkerwijs is aangewezen op continuering van de fysiotherapeutische behandeling van het littekenweefsel terwijl hier op basis van art. 1 lid 1 onder d sub 4 Bijlage 1 Bzv aanspraak op bestaat. Er zijn op basis van de relevante richtlijnen geen redenen om aan te nemen dat het voorzetten van de fysiotherapeutische behandeling niet zinvol is."*


 4. Geschil

-  4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de behandelingen fysiotherapie ook ná 30 november 2017 te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
-  4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

 5. Bevoegdheid van de commissie


-  5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en kan daarover bindend advies uitbrengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de zorgverzekering.

 6. Beoordeling


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

**Ten aanzien van de zorgverzekering**


-  6.2. De zorgverzekering biedt dekking voor fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling, indien sprake is van een verzekeringsindicatie. Een verzekeringsindicatie is aanwezig indien de aandoening waarvoor behandeling plaatsvindt, voorkomt op Bijlage 1 Bzv. In het eerste lid, onderdeel d, onder 4, van Bijlage 1 Bzv wordt de aandoening 'littekenweefsel van de huid al dan niet na trauma' genoemd. Aan verzoekster is eerder een machtiging verleend voor behandelingen fysiotherapie met betrekking tot de periode van 1 december 2014 tot en met 29 november 2017. De afgegeven machtiging eindigde op 30 november 2017. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of de ziektekostenverzekeraar de behandelingen fysiotherapie ook ná deze datum moet vergoeden.
-  6.3. Verzoekster heeft de behandelingen fysiotherapie voorheen vergoed gekregen op grond van de indicatie 'littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma'. Deze indicatie kent geen beperking in frequentie of doorlooptijd van de behandeling. Voor de beantwoording van de vraag of een verzekerde aanspraak heeft op langdurige fysiotherapie geldt de algemene eis dat de verzekerde redelijkerwijs moet zijn aangewezen op de behandelingen en dat deze nog steeds voldoende effect hebben. Volgens de ziektekostenverzekeraar is dit bij verzoekster niet (meer) het geval, waarbij hij heeft toegelicht dat het herstel van littekenweefsel volgens een vast patroon verloopt. Dit patroon is onderverdeeld in drie fasen, te weten een reactiefase, een regeneratiefase en een remodelleringfase. Deze laatste fase is aan de orde nadat de beide andere achtereenvolgens zijn doorlopen, en duurt normaal gesproken tussen de zes maanden en twee jaar. Na de remodelleringfase - die dus uiterlijk twee jaar na het ontstaan van de wond eindigt - zijn geen veranderingen meer te verwachten. Omdat bij verzoekster het litteken in 2014 is ontstaan, is vier jaar later geen blijvende verandering in de structuur van het litteken meer te voorzien. Verdere behandelingen fysiotherapie hebben volgens de ziektekostenverzekeraar in de situatie van verzoekster dan ook geen meerwaarde.
-  6.4. Verzoekster heeft de stelling van de ziektekostenverzekeraar bestreden en aangevoerd dat zij de fysiotherapie nodig heeft om de spieren en pezen soepel te houden. Ter zitting heeft verzoekster uitgelegd dat de behandelingen niet zo zeer zijn gericht op verbetering, maar op het stabiel houden van de situatie en het voorkomen van verdere achteruitgang. Uit het definitief advies van het Zorginstituut van 30 september 2019 blijkt dat een verzekerde ook redelijkerwijs aangewezen kan zijn op langdurige fysiotherapie als de behandeling gericht is op de behandeling van de gevolgen van het litteken. Hierbij moet worden gedacht aan contracturen, verminderde range of motion, pijn




en functiebeperking (veroorzaakt door het litteken). Door verzoekster is in dit verband gesteld dat de behandelingen nog steeds effect hebben, maar dat na verloop van tijd de klachten weer toenemen. Regelmatige behandelingen fysiotherapie kunnen er op gericht zijn een terugval te voorkomen die zich voordoet als de behandeling enige tijd wordt opgeschort. Dit laatste wordt bevestigd door het Zorginstituut in zijn advies van 30 september 2019.




6.5. Gelet op het voorgaande kán verzoekster aangewezen zijn op langdurige behandelingen fysiotherapie als deze erop gericht zijn de situatie stabiel te houden én ter voorkoming van klachten. Opgemerkt dient te worden dat alsdan wel moet komen vast te staan hoe dit doel wordt bereikt en binnen welke termijn. Verzoekster heeft weliswaar een verklaring van haar fysiotherapeut overgelegd, maar hieruit blijkt niet welke behandeldoelen er zijn gesteld. Ook de duur van de behandelperiode en een duidelijke behandelrequentie ontbreken. De commissie oordeelt dat de ziektekostenverzekeraar zich terecht op het standpunt heeft gesteld dat een SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden) geformuleerd behandelplan is vereist. Zonder deze informatie kan namelijk niet worden beoordeeld of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op langdurige fysiotherapie. De commissie stelt verzoekster dan ook in de gelegenheid om binnen vier weken na de datum van deze tussenuitspraak de commissie een SMART geformuleerd behandelplan te sturen. In afwachting hiervan houdt de commissie iedere verdere beslissing aan.



6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Tussenuitspraak



7.1. De commissie beslist dat verzoekster binnen vier weken na de datum van deze tussenuitspraak de commissie een SMART geformuleerd behandelplan moet sturen. In afwachting hiervan houdt de commissie iedere verdere beslissing aan.



Zeist, 23 oktober 2019,



G.R.J. de Groot

# I. Algemeen gedeelte

## Artikel 1. Verzekerde zorg

### 1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De Univé Zorg Geregeld polis is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering hebt u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook hebt u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

---

#### Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken hebt met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

---

#### Medische noodzaak

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

### 1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan hebt u geen recht op vergoeding.

### 1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van de overeenkomst, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

---

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen.

---

### 1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerd tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.

Het kan dan zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

**Uitzondering:** Gaat u voor huisartsenzorg zoals vermeld in artikel 11, Huisartsenzorg, onder omschrijving, punt 1, 2 en 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven.

## Artikel 25. Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck

### Omschrijving

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

Jonger dan 18 jaar:

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

18 jaar en ouder:

- u hebt eenmalig recht op de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie;
- u hebt vanaf de eerste behandeling recht op oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut (looptraining) bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen) tot maximaal 37 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden;
- u hebt vanaf de eerste behandeling recht op oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij artrose van heup- of kniegewricht tot maximaal 12 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden;
- u hebt vanaf de 21e behandeling recht op behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaald termijn.

De kosten van de eerste 20 behandelingen per aandoening komen voor uw eigen rekening. U krijgt deze behandelingen mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

U hebt geen recht op:

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

---

### Chronische lijst

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

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

In het schema hieronder vindt u op hoeveel zorg u recht hebt:

<b>Jonger dan 18 jaar</b>	
Uw aandoening staat op de Chronische lijst met aandoeningen	Volledig De duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn.
Uw aandoening staat niet op de Chronische lijst met aandoeningen	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen In totaal hebt u recht op maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar.
<b>18 jaar en ouder</b>	
Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie	Enmalig maximaal 9 behandelingen (vanaf de 1e behandeling)
Oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut (looptraining) bij etalagebenen (perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine)	Maximaal 37 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden (vanaf de 1e behandeling)
Oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij artrose van heup- of kniegewricht	Maximaal 12 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden (vanaf de 1e behandeling) Als dit nodig is, hebt u na 12 maanden opnieuw recht op 12 behandelingen.
Uw aandoening staat op de Chronische lijst met aandoeningen	Vanaf 21e behandeling De duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn.
Uw aandoening staat niet op de Chronische lijst met aandoeningen	Geen vergoeding

### Eigen risico

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

### Wie mag de zorg verlenen

1. Fysiotherapeut, heilgymnast-masseur of gespecialiseerde fysiotherapeut.  
Een gespecialiseerde fysiotherapeut is een kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of manueel therapeut. De gespecialiseerde fysiotherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) of in het register van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).
2. Oefentherapeut Cesar/Mensendieck of kinderoefentherapeut. De kinderoefentherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).
3. Oedeemtherapie mag alleen worden verleend door een oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut. De oedeem(fysio)therapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) of in het register van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF). De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

### Let op

Wij hebben voor fysiotherapie voor de behandeling van de ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgaanbieders gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Voor gesuperviseerde oefentherapie (looptraining) voor de behandeling van etalagebenen hebben wij alleen gespecialiseerde zorgaanbieders gecontracteerd die zijn aangesloten bij ClaudicatioNet.

Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

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



---

### Hebt u oefentherapie (looptraining) nodig voor de behandeling van perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 en 3 Fontaine (etalagebenen)?

Dan kunt u terecht bij fysiotherapeuten of oefentherapeuten die zijn aangesloten bij het landelijke netwerk ClaudicatioNet. U bent dan verzekerd van goede zorg. Zorgaanbieders aangesloten bij ClaudicatioNet zijn specifiek opgeleid om zorg en deskundige begeleiding te leveren voor de behandeling van etalagebenen.

Hierdoor krijgt u:

- een optimale looptraining waarbij rekening wordt gehouden met eventuele andere beperkingen die het lopen kunnen belemmeren;
- deskundige begeleiding en advies om een zo goed mogelijk resultaat te behalen met de looptraining.

Kijk voor meer informatie over ClaudicatioNet op onze website.

---

### Waar mag de zorg worden verleend

Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, dan kan deze zorg ook thuis worden verleend.

### Toestemming

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

## Artikel 26. Logopedie

### Omschrijving

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

U hebt geen recht op logopedische behandelingen in verband met:

- dyslexie;
- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- spreken in het openbaar;
- voordrachtskunst.

### Eigen risico

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

### Wie mag de zorg verlenen

Logopedist.

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

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

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

### Let op

Wij hebben voor de behandeling van de ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgaanbieders gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet.

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.  
(...)

---

## 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 12 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 12 maanden.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Diëtetiek omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft, tot een maximum van drie behandelingen per kalenderjaar.

### Bijlage 1. van het Besluit zorgverzekering

Bijlage behorende bij artikel 2.6, tweede lid.

1. De aandoeningen, bedoeld in artikel 2.6, tweede lid, betreffen:
  - a. een van de volgende aandoeningen van het zenuwstelsel:
    - 1°. cerebrovasculair accident;
    - 2°. ruggemergaandoening;
    - 3°. multipale sclerose;
    - 4°. perifere zenuwaandoening indien sprake is van motorische uitval;

- 5°. extrapyramidale aandoening;
  - 6°. motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel en hij jonger is dan 17 jaar;
  - 7°. aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel;
  - 8°. cerebellaire aandoening;
  - 9°. uitvalsverschijnselen als gevolg van een tumor in de hersenen of het ruggenmerg dan wel als gevolg van hersenletsel;
  - 10°. radiculair syndroom met motorische uitval;
  - 11°. spierziekte;
  - 12°. myasthenia gravis;
- b. of een van de volgende aandoeningen van het bewegingsapparaat:
- 1°. aangeboren afwijking;
  - 2°. progressieve scoliose;
  - 3°. juveniele osteochondrose en hij jonger is dan 22 jaar;
  - 4°. reflexdystrofie;
  - 5°. [vervallen;]
  - 6°. fractuur als gevolg van morbus Kahler, botmetastase of morbus Paget;
  - 7°. frozen shoulder (capsulitis adhaesiva);
  - 8°. [vervallen;]
  - 9°. [vervallen;]
  - 10°. [vervallen;]
  - 11°. [vervallen;]
  - 12°. [vervallen;]
  - 13°. hyperostotische spondylose (morbus Forestier);
  - 14°. collageenziekten;
  - 15°. status na amputatie;
  - 16°. whiplash;
  - 17°. postpartum bekkeninstabiliteit;
  - 18°. fracturen indien deze conservatief worden behandeld;
- c. [vervallen;]
- d. of een van de volgende aandoeningen:
- 1°. Chronic obstructive pulmonary disease indien sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor COPD;
  - 2°. aangeboren afwijking van de tractus respiratorius;
  - 3°. lymfoedeem;
  - 4°. littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma;
  - 5°. status na opname in een ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie en de hulp dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling;
  - 6°. perifere arterieel vaatlijden in stadium 3 Fontaine;
  - 7°. weke delen tumoren;
  - 8°. diffuse interstitiële longaandoening indien sprake is van ventilatoire beperking of diffusiestoornis.
2. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 10, of onderdeel b, subonderdeel 17, is de duur van behandeling maximaal drie maanden.
  3. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 18, is de duur van behandeling maximaal zes maanden na conservatieve behandeling.
  4. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 7, of onderdeel d, subonderdeel 6, is de duur van behandeling maximaal twaalf maanden.
  5. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5, is de duur van de behandeling maximaal twaalf maanden in aansluiting op ontslag naar huis of beëindiging van de behandeling in de instelling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5.
  6. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 16, is de duur van de behandeling maximaal drie maanden. Indien hierna nog sprake is van de trias bewegingsverlies, conditieverlies en cognitieve stoornissen, kan deze periode verlengd worden met maximaal zes maanden.
  7. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 7, is de duur van behandeling maximaal twee jaren na bestraling.