



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen NV Univé Zorg te Arnhem  
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie, verlenging machtiging, doelmatigheid  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artikel 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) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

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 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.

- 2.6. Op 23 oktober 2019 heeft de commissie bij tussenuitspraak bepaald dat:
1. verzoekster redelijkerwijs aangewezen kán zijn op langdurige behandelingen fysiotherapie als deze erop gericht zijn de situatie stabiel te houden én ter voorkoming van klachten;
  2. de ziektekostenverzekeraar zich terecht op het standpunt heeft gesteld dat een SMARTgeformuleerd behandelplan is vereist;
  3. verzoekster in de gelegenheid wordt gesteld om binnen vier weken na de datum van deze tussenuitspraak de commissie een SMART geformuleerd behandelplan te sturen;
  4. zij in afwachting van het SMART geformuleerd behandelplan iedere verdere beslissing aanhoudt.
- 2.7. Bij e-mailberichten van 20 november 2019 heeft verzoekster op de tussenuitspraak gereageerd. Afschriften hiervan zijn op 21 november 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, met de mogelijkheid op deze stukken te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft de ziektekostenverzekeraar geen gebruik gemaakt.
- 2.8. De reacties van verzoekster van 20 november 2019 zijn op 3 december 2019 aan het Zorginstituut gestuurd met de vraag of de eerdere adviezen van 3 en 30 september 2019 naar aanleiding hiervan aanpassing behoeven. Het Zorginstituut heeft bij brief van 11 december 2019 de commissie meegedeeld dat de reacties geen reden vormen de eerdere adviezen te herzien. Een afschrift van het definitief advies van het Zorginstituut van 11 december 2019 is op 12 december 2019 aan verzoekster en de ziektekostenverzekeraar gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld op het advies te reageren. Partijen hebben van de geboden mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

### 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Voor de vaststaande feiten wordt verwezen naar de tussenuitspraak van 23 oktober 2019.

### 4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de behandelingen fysiotherapie ook na 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 daarover bindend advies uit te brengen. 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.

## Zorgverzekering

- 6.2. In haar tussenuitspraak van 23 oktober 2019 heeft de commissie verzoekster opgedragen binnen vier weken na de datum van deze tussenuitspraak de commissie een SMART geformuleerd behandelplan te sturen. In afwachting hiervan heeft zij ieder verdere beslissing aangehouden. Van verzoekster werden op 20 november 2019 reacties ontvangen. Hierna is het Zorginstituut om nader advies gevraagd.
- 6.3. Uit het nader advies van het Zorginstituut van 11 december 2019 maakt de commissie op dat de achtergrond van de opdracht aan verzoekster kennelijk niet eenduidig was. De opdracht aan verzoekster bevat twee aspecten/onderdelen. In de eerste plaats is door de ziektekostenverzekeraar de stelling betrokken dat een verzekerde niet redelijkerwijs op langdurige fysiotherapie is aangewezen als de doelen niet SMART zijn geformuleerd. Deze stelling ziet nadrukkelijk op de *indicatie*. Daarnaast kunnen SMART geformuleerde behandeldoelen een rol spelen bij de beoordeling van de *doelmatigheid*. Een eventueel doelmatigheidsvereiste is aan de zorgverzekeraar en de verzekerde om daarover afspraken te maken en deze op te nemen in de zorgpolis, zo blijkt uit de Nota van toelichting bij artikel 2.1 Bzv.
- 6.4. Ten aanzien van de *indicatie* voor langdurige fysiotherapie heeft het Zorginstituut zich op het standpunt gesteld dat deze bij verzoekster aanwezig is, en wel op grond van artikel 1, eerste lid, onder d, sub 4, van de bijlage bij het Bzv. Hierbij is toegelicht dat *“regelmatige behandeling ook [kan] resulteren in het voorkomen van terugval die zich steeds voordoet als de behandeling een periode niet heeft plaatsgevonden. Ook op dit punt zijn SMART behandeldoelen te stellen.”* In het recente advies wordt dit genuanceerd: *“Dat zonder SMART geformuleerd behandelplan niet kan worden beoordeeld of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op langdurige fysiotherapie is niet juist. Uiteraard moet de behandelend fysiotherapeut kunnen aangeven wat de behandeldoelen zijn en hoe deze worden bereikt maar de aanspraak van verzoekster hangt daar niet van af.”* De commissie neemt deze overweging van het Zorginstituut over, waaruit volgt dat de stelling van de ziektekostenverzekeraar wordt verworpen. Verzoekster heeft derhalve een (verzekerings)indicatie voor langdurige fysiotherapie.
- 6.5. De volgende vraag is die naar de doelmatigheid van de langdurige fysiotherapie. Zoals uit het advies van het Zorginstituut van 11 december 2019 valt op te maken, gaat het bij het formuleren van de behandeldoelen om de randvoorwaarden teneinde binnen een fysiotherapeutisch behandeltraject een doelmatige behandeling te leveren. Als gezegd, liggen het hanteren van een doelmatigheidsvereiste en de toetsing hieraan bij de zorgverzekeraar. In dit specifieke geval heeft het Zorginstituut daarom terecht geen inhoudelijk standpunt hierover ingenomen, maar de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar dit te laten opnemen met de behandelend fysiotherapeut.
- 6.6. De commissie stelt vast dat aan de hand van de door verzoekster in vervolg op de tussenuitspraak overgelegde gegevens, de doelmatigheid van langdurige fysiotherapie niet kan worden beoordeeld. Haar verzoek zou om die reden moeten worden afgewezen. Dit heeft dan het ongewenste gevolg dat zij - ondanks het bestaan van een (verzekerings)indicatie - in het geheel geen behandelingen meer vergoed krijgt. Daarom volgt de commissie de suggestie van het Zorginstituut en draagt zij de ziektekostenverzekeraar op hierover contact te zoeken met de behandelend fysiotherapeut. Weigert de fysiotherapeut een onderbouwing te leveren, met name in de vorm van SMART geformuleerde behandeldoelen, dan mag de ziektekostenverzekeraar – op grond van eigen gegevens, en mits objectief voldoende bepaalbaar – het aantal behandelingen fysiotherapie vaststellen. De commissie tekent hierbij nog aan dat aanvankelijk sprake was van 2 behandelingen per week. Later is dit aantal teruggebracht naar 1 keer per 1 à 2 weken. Een afbouw naar 1 keer per 2 à 3 weken wordt voorzien, zo blijkt uit informatie van de behandelend fysiotherapeut.




Vervolgens is het aan de ziektekostenverzekeraar op basis hiervan de vergoeding vast te stellen voor de behandelingen die na 30 november 2017 hebben plaatsgevonden – de laatste behandeling was kennelijk op 23 juli 2018 – en te bepalen voor hoeveel toekomstige behandelingen een machtiging wordt afgegeven.




6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies




7.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als hierboven in 6.6 is vermeld.

7.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster dient te vergoeden.



Zeist, 4 maart 2020,



G.R.J. de Groot

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

# 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.