



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden

Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie en oedeemtherapie, eerste 20 behandelingen, declaratiecodes

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.6 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 201902762

Zittingsdatum : 12 augustus 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 5 maart 2020 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 7 mei 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 8 mei 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 3 juni 2020 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020021327) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 5 juni 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies van het Zorginstituut, uit te voeren. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 juli 2020 de uitkomst van het nader onderzoek meegedeeld. Een kopie van deze reactie is op 14 juli 2020 aan verzoekster gestuurd.
- 2.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 augustus 2020 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Vrij Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Sure +Delen (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft in 2019 zowel behandelingen fysiotherapie als oedeemtherapie gehad in verband met klachten aan haar knie.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 9 april 2020 aan verzoekster meegedeeld dat de eerste twintig behandelingen oedeemtherapie niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. De vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering is reeds volledig gebruikt, zodat ook op basis hiervan volgens de ziektekostenverzekeraar geen vergoeding mogelijk is.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 20 december 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.5. Bij brief van 3 juni 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"(...) Het dossier bevat geen medische informatie. Het is onduidelijk waarom de behandelend fysiotherapeut een andere declaratiecode is gaan hanteren. Zonder medisch inhoudelijke gegevens van de orthopeed met betrekking tot de knieoperatie en van de arts of fysiotherapeut die de indicatie voor oedeemtherapie heeft vastgesteld kan het Zorginstituut geen advies geven in dit geschil. Mogelijk kan het ook gaan om een administratieve fout waarbij per abuis een andere diagnosecode is gedeclareerd en daarbij een hoger tarief in rekening is gebracht.

Met ingang van 1 januari 2012 is het aantal niet vergoede behandelingen fysio- en oefentherapie gewijzigd in twintig. In de toelichting bij de wijziging is het volgende opgenomen: "Met het wijzigen van artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering komen de eerste twintig fysiotherapie behandelingen bij een chronische aandoening voor verzekerden van achttien jaar en ouder voor eigen rekening. Voor de duidelijkheid, het gaat niet om de eerste twintig per kalenderjaar maar om de eerste twintig behandelingen voor een aandoening die vermeld is op bijlage 1. Er is immers niet geregeld dat het gaat om twintig behandelingen per kalenderjaar.

Dit betekent dat wanneer vast staat dat sprake is van twee verschillende aandoeningen ('status na opname (...) en 'lymfoedeem'), de eerste twintig behandelingen per aandoening voor eigen rekening van verzoekster komen. Wanneer de declaraties echter dezelfde aandoening betreffen, die - al dan niet abusievelijk - onder een andere diagnosecode zijn gedeclareerd, dan komen slechts eenmaal de eerste twintig behandelingen voor eigen rekening.

Conclusie

Het Zorginstituut kan op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet beoordelen op grond van welke aandoening(en) op de chronische lijst verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van fysio- en oedeemtherapie ten laste van de basisverzekering en of de eerste twintig behandelingen tweemaal voor eigen rekening van verzoekster komen.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande. (...)"

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 10 juli 2020 het volgende meegedeeld:

"(...) Inmiddels hebben wij nadere informatie ontvangen van [praktijk A] ten aanzien van de behandelingen die zijn gedeclareerd door [praktijk A] met diagnosecode 7001. [Praktijk A] heeft het volgende aangegeven:

"Patiënt was van 31-1-2019 tot 10-5-2019 bij ons onder behandeling.

Verwijsdiagnose: Revisie TKP RECHTS (patella button)

Contactreden: Mevrouw is door dr. (...) verwezen voor de behandeling van een klacht aan de rechter knie. De klacht is pijn, forse zwelling van de knie, er was een beperkte ROM voor buigen en strekken na de revisie operatie en mevrouw wil weer langer dan een uur kunnen wandelen en fietsen, binnen 6 maanden.

Behandeling:

instructie van huiswerk oefeningen, mobilisaties van de knie, begeleiden bij oefentherapie en advies t.a.v. adl activiteiten opbouwen.

Hoofddoel:

Volledig herstel van beperking 'wandelen' van PSK 100 naar PSK 10 binnen een termijn van 26 weken. Dit doel is niet gehaald.

Behandelresultaat:

Op advies van haar behandelend arts (dr. (...)) gestopt met fysiotherapie, i.v.m. toename van pijnklachten en afname van mobiliteit voor buigen."

Voor wat betreft de andere behandelingen uitgevoerd bij [praktijk B] (...) die zijn gedeclareerd met diagnosecode 7146 hebben wij de volgende reactie ontvangen op ons verzoek om informatie:

"De gestelde diagnose is gegeven door Dr (...) Orthopeed en de diagnose mag ik u niet geven daar ik deze niet mag stellen. De behandeling bestond uit Manuele lymfedrainage en littekentherapie en er is verder geen plan meer daar mw overgestapt is naar een andere therapeut."

Naar aanleiding van de aanvullende informatie van de twee verschillende praktijken concludeert onze adviserend fysiotherapeut als volgt:

"Bij de behandeling door [praktijk A] lag de nadruk van de behandeling op oefentherapie met als indicatie mobiliseren en herstel activiteiten ADL. Bij de behandeling door [praktijk B] (...) was de indicatie oedeembestrijding, mede gezien de klacht van verzekerde en de gebruikte diagnosecode. (...)."

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de eerste twintig behandelingen oedeemtherapie alsnog 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 4.6 van de zorgverzekering.

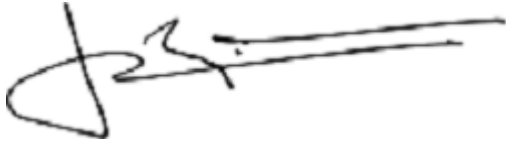
6. Beoordeling

6.1. De commissie stelt vast dat partijen tijdens de hoorzitting tot overeenstemming zijn gekomen. De ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat de aan verzoekster verleende fysiotherapie en oedeemtherapie onder één behandelindicatie vallen, zodat één keer de eerste twintig behandelingen voor eigen rekening komen. Omdat de ziektekostenverzekeraar dit pas in een laat stadium vernam, en hij naar zijn mening niets verkeerd heeft gedaan, vindt hij dat hij het entreegeld van € 37,-- niet aan verzoekster hoeft te vergoeden. Verzoekster heeft desgevraagd verklaard dat zij hiermee akkoord gaat, en dat het geschil hiermee is opgelost.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie stelt vast dat partijen ter zitting zijn overeengekomen dat de aan verzoekster verleende behandelingen fysiotherapie en oedeemtherapie vallen onder één behandelindicatie. Het entreegeld van € 37,- wordt niet door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster vergoed. Verzoekster heeft verklaard dat het geschil is opgelost.

Zeist, 18 augustus 2020,



H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Besluit zorgverzekering

Bijlage 1. van het Besluit zorgverzekering

Bijlage behorende bij artikel 2.6, tweede lid.

1. De aandoeningen, bedoeld in artikel 2.6, tweede lid, betreffen:
 - a. een van de volgende aandoeningen van het zenuwstelsel:
 - 1°. cerebrovasculair accident;
 - 2°. ruggemergaandoening;
 - 3°. multipele sclerose;
 - 4°. perifere zenuwaandoening indien sprake is van motorische uitval;
 - 5°. extrapyramidale aandoening;
 - 6°. motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel en hij jonger is dan 17 jaar;
 - 7°. aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel;
 - 8°. cerebellaire aandoening;
 - 9°. uitvalsverschijnselen als gevolg van een tumor in de hersenen of het ruggenmerg dan wel als gevolg van hersenletsel;
 - 10°. radiculair syndroom met motorische uitval;
 - 11°. spierziekte;
 - 12°. myasthenia gravis;
 - b. of een van de volgende aandoeningen van het bewegingsapparaat:
 - 1°. aangeboren afwijking;
 - 2°. progressieve scoliose;
 - 3°. juveniele osteochondrose en hij jonger is dan 22 jaar;
 - 4°. reflexdystrofie;
 - 5°. [vervallen;]
 - 6°. fractuur als gevolg van morbus Kahler, botmetastase of morbus Paget;
 - 7°. frozen shoulder (capsulitis adhaesiva);
 - 8°. [vervallen;]
 - 9°. [vervallen;]
 - 10°. [vervallen;]
 - 11°. [vervallen;]
 - 12°. [vervallen;]
 - 13°. hyperostotische spondylose (morbus Forestier);
 - 14°. collageenziekten;
 - 15°. status na amputatie;
 - 16°. whiplash;
 - 17°. postpartum bekkeninstabiliteit;
 - 18°. fracturen indien deze conservatief worden behandeld;
 - c. [vervallen;]
 - d. of een van de volgende aandoeningen:
 - 1°. [vervallen;]
 - 2°. aangeboren afwijking van de tractus respiratorius;
 - 3°. lymfoedeem;
 - 4°. littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma;
 - 5°. status na opname in een ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie en de hulp dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling;
 - 6°. 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.

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.

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);

- elk behandeltraject start met “screening” en “intake en onderzoek na screening” of met “screening, intake en onderzoek” of met “intake en onderzoek na verwijzing”;
- in geval van een behandeling voor afasie, preverbaal logopedie of stotteren, moet de behandeling worden uitgevoerd door een logopedist die als zodanig staat ingeschreven in het kwaliteitsregister van de Nederlandse Vereniging Logopedie en Foniatrie (status kwaliteitsgeregistreerd);
- per dag komt maximaal één zitting logopedie 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;
 - c. het behandeltraject volgens het Hänen Ouderprogramma betreft. Naast dit programma mag voor dezelfde verzekerde tegelijkertijd ook een behandeling voor een andere indicatie gestart worden.
- de behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen wordt alleen vergoed als uw logopedist is aangesloten bij ParkinsonNet.

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de logopedist is direct toegankelijk.

Welke kosten worden niet vergoed?

- onder logopedische behandeling wordt niet verstaan de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en/of anders taligheid. Wanneer er alleen een achterstand is in het Nederlands, en dit is de tweede taal, dan is er geen sprake van een ontwikkelingsstoornis, maar van het leren van de tweede taal. Dit vergoedt Zorg en Zekerheid niet;
- logopedische behandelingen gegeven op school komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- 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 logopedist. Dit geldt niet wanneer de individuele zittingen deel uitmaken van de groepsbehandeling én als deze ingezet worden als beginmeting, tussentijdse evaluatie en/of eindmeting.

17.7 Diëtetiek

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van diëtetiek met een medisch doel, tot een maximum van 3 behandeluren per kalenderjaar.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering voor mensen met ondervoeding of overgewicht. Kijk voor meer informatie op zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker of in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij preventieve cursussen.

Wat zijn de voorwaarden?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een diëtist;
- de diëtist moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- alle behandelingen eerstelijns diëtetiek tellen mee in het genoemde maximum aantal behandeluren, ook eerstelijnsbehandelingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis;
- de behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen wordt alleen vergoed als uw diëtist is aangesloten bij ParkinsonNet;
- 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”.

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de diëtist is direct toegankelijk.

Welke kosten worden niet vergoed?

Diëtetiek voor de indicatie diabetes, COPD of CVRM kan onderdeel uitmaken van multidisciplinair gecoördineerde ketenzorg, die wordt ingekocht bij een zorggroep. Als u diëtetiek via multidisciplinair gecoördineerde ketenzorg ontvangt, heeft u geen recht op de bovengenoemde 3 behandeluren diëtetiek voor dezelfde indicatie of voor aan deze indicatie gerelateerde problematiek.

17.8 Elektrische epilatie of laserbehandeling bij transseksuelen

Wat wordt er vergoed?

Wij vergoeden de kosten van elektrische epilatie en/of laserbehandeling van de baard (gezicht en hals).

Welke kosten worden niet vergoed?

Epilatie van romp en ledematen.

Wat zijn de voorwaarden?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een daartoe bevoegd huidtherapeut;
- de huidtherapeut moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd).

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de huidtherapeut is direct toegankelijk.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor de vergoeding van meer dan in totaal 10 sessies elektrische epilatie en/of laserbehandeling voor transseksuelen moet de behandelaar vooraf schriftelijke toestemming vragen aan Zorg en Zekerheid.

Artikel 18 Mondzorg

18.1 Algemene bepalingen

Wat wordt er vergoed?

- mondzorg omvat de vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, als het slechts tandheelkundige zorg betreft die noodzakelijk is;
- de mondzorg kan worden verleend door een wettelijke daartoe bevoegde zorgverlener zoals een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus en mondhygiënist.

Welke kosten worden niet vergoed?

- de mondzorg omvat geen behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of tandheelkundig niet doelmatig zijn;
- prothetische voorzieningen vervaardigd en gedeclareerd door een tandtechnicus komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Mondzorg buiten reguliere praktijk

Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg ter plaatse van waar de verzekerde verblijft (dat wil zeggen elders dan op de locatie waar de behandelaar regulier praktijk uitoefent), is een schriftelijk advies van de huisarts of specialist vereist.

18.2 Mondzorg tot 18 jaar

Wat wordt er vergoed?

U heeft bij een vrijgevestigde mondhygiënist recht op:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- incidenteel tandheelkundig consult;
- het verwijderen van tandsteen;
- fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf het doorbreken van de blijvende gebitselementen, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde meer keren per jaar op die tandheelkundige hulp is aangewezen;
- sealing;
- parodontale hulp.

Behandelingen en bijbehorende prestatiecodes die voor vergoeding in aanmerking komen kunt u vinden in het document Vergoedingen vrijgevestigde mondhygiënisten aanvullende verzekeringen op zorgzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

U heeft bij de overige zorgverleners zoals genoemd in artikel 18.1 recht op:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- incidenteel tandheelkundig consult;
- het verwijderen van tandsteen;
- fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf het doorbreken van de blijvende gebitselementen, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde meer keren per jaar op die tandheelkundige hulp is aangewezen;
- sealing;
- parodontale hulp;
- anesthesie;
- endodontische hulp, met uitzondering van uitwendig bleken;
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp);