



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, in deze vertegenwoordigd door Stichting Promovendum te Dordrecht

Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie, polyneuropathie, indicatie, doelmatigheid

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2016, 2017, 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.6 en Bijlage 1 Bzv

Zaaknummer : 201801597

Zittingsdatum : 12 juni 2019

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

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door Stichting Promovendum te Dordrecht.

2. Het verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 17 januari 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de door hem vanuit de zorgverzekering vergoede behandelingen fysiotherapie in verband met de aandoening polyneuropathie met motorische uitval in de periode van 16 november 2016 tot en met 15 november 2017 niet mag corrigeren. Tevens heeft verzoeker de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de behandelingen fysiotherapie in verband met genoemde indicatie vanaf 17 november 2017 voor onbepaalde tijd te vergoeden ten laste van de zorgverzekering (hierna gezamenlijk: het verzoek).
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 april 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Op 30 april 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar op verzoek van de commissie aanvullende informatie gestuurd. Een afschrift van de aanvullende informatie is op 1 mei 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van juni 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019024878) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht en geadviseerd tot toewijzing van het verzoek voor zover dat ziet op de behandelingen fysiotherapie voor de indicatie polyneuropathie met perifere uitval vanaf april 2018 met een behandelfrequentie van één sessie per week. Het Zorginstituut heeft meegedeeld geen advies te kunnen geven over de behandelintensiteit in de periode van november 2016 tot november 2017. Een afschrift is op 4 juni 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 juni 2019 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 13 juni 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 17 juni 2019 heeft het Zorginstituut de commissie medegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. De vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2016, 2017 en 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Optimaal (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 mei 2018 aan verzoeker meegedeeld dat zijns inziens bij hem geen sprake is van een (verzekerings)indicatie voor fysiotherapie vanuit de zorgverzekering, omdat zijn polyneuropathie niet gepaard gaat met motorische uitval. De behandelingen fysiotherapie zijn in de periode van 16 november 2016 tot en met 15 november 2017 volgens de ziektekostenverzekeraar dan ook ten onrechte vergoed op basis van de zorgverzekering. Hij zal de uitgekeerde vergoedingen - na overleg met de behandelend fysiotherapeut - corrigeren. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de maximale behandeltermijn van twaalf maanden voor fysiotherapie vanuit de zorgverzekering bij de indicatie claudicatio intermittens is overschreden. De behandelingen fysiotherapie die hij na deze termijnoverschrijding nog heeft vergoed op basis van de zorgverzekering worden gecorrigeerd.
- 3.3. De behandelend neuroloog heeft op 11 juli 2013 over verzoeker verklaard:  
*"(...) Bovengenoemde patiënt zag ik op de polikliniek neurologie. Anamnese: patiënt heeft sinds enkele maanden pijnklachten onder in zijn rug, uitstralend naar zijn rechter been. Dit neemt toe bij mobiliseren. Traplopen is ook zeer moeizaam. Tevens een doof gevoel van zijn rechter scheenbeen uitstralend naar de rechter grote teen. In de loop van de tijd gaat het linker been ook wat meedoen. Tevens langer bestaande nekklachten en een zwaar gevoel in de nek. Voorgeschiedenis: CTS, COPD, vasculaire problematiek, waarvoor dotterbehandeling. Medicatie: Telmisartan 1dd 80 mg, Nebivolol 1dd 5 mg, Ascal 1dd 100 mg, Pantozol, Simvastatine 1dd 40 mg en Isordil zonodig. Sociale anamnese: beroepsmuzikant. Neurologisch onderzoek: symmetrisch normale spierkracht, behoudens lichte zwakte musculus extensor hallucis longus. Hypaesthesie L5-dermatoom rechts. Overig onderzoek ongestoord. Aanvullend onderzoek: MRI LWK: normaal. EMG: oud neurogeen beeld L5 rechts. Liquor-onderzoek: normaal, behoudens een licht verhoogde IgG-productie. MRI-hersenen en myelum: normaal. Bespreking: pseudoradiculair beeld zonder duidelijke oorzaak. Wel bij aanvullend onderzoek een licht oud neurogeen beeld op het EMG zichtbaar. Beleid: Lyrica 2dd 75 mg, fysiotherapie. Patiënt komt ter controle terug. (...)"*
- 3.4. De behandelend neuroloog heeft op 16 april 2014 over verzoeker verklaard:  
*"(...) Anamnese: [o]ndanks operaties van het carpale tunnelsyndroom en ulnaire tunnelsyndroom, gaat het nog steeds niet goed met patiënt. Hij houdt met name 's nachts veel tintelingen in de 4e en 5e vinger rechts meer dan links. De kracht is minimaal verminderd. Geen nekklachten. Neurologisch onderzoek: Hypaesthesie dig 4 geheel en dig 5 rechts. Kracht goed. Tinel over de carpale tunnel rechts positief. EMG: licht CTS rechts echo: bdz sprake van een medianopathie over de pols, met rechts nog compressie zichtbaar ter hoogte van de carpale tunnel. Tevens nog een ulnaropathie rechts zichtbaar, maar geen compressie. Conclusie: Ulnaropathie en medianopathie beiderzijds ten gevolge van doorgemaakte compressies in respectievelijk de sulcus van de elleboog en de carpale tunnel, met nog een bestaand CTS rechts. Beleid: eerst nog expectatief. Patiënt heeft zelf ook de voorkeur om een en ander nog eens af te wachten. Zo nodig komt hij terug. (...)"*
- 3.5. De behandelend neuroloog heeft op 23 oktober 2015 over verzoeker verklaard:  
*"(...) **Vraagstelling(en):** Krampen-gevoelsstoornissen handen-benen. VG: CTS/ulnaropathie wv OK's. Myotone ontladingen? Polyneuropathie? (...) **Conclusie: Polyfasie in de M. Ext. Hall. Longus rechts, iets minder polyfasie in de M. Tib. Ant. rechts. Verder redelijk normale zenuwgeleidingen van de benen. De amplituden van de N. peroneus rechts zijn wat laag. De H-reflex rechts is opwekbaar (H-M net op de grens). (...)"***
- 3.6. De behandelend neuroloog heeft op 20 november 2015 over verzoeker verklaard:  
*"(...) Bovengenoemde patiënt zag ik op de polikliniek neurologie. Ik verwijs ook naar voorgaande correspondentie. **Anamnese:** patiënt blijft eigenlijk in toenemende mate last houden van krampen en een vervelend gevoel in beide benen. Ook tintels in zijn handen. Ook een krampend gevoel in de handen. Aanraken is zeer pijnlijk in zijn voeten. Geen visusveranderingen opgemerkt. Geen spraak-of slikstoornissen. Lopen gaat soms iets onzekerder. Intoxicaties: patiënt rookt niet, gebruikt 1 tot 2 keer per week alcohol, vroeger wel meer. Medicatie: niet geheel duidelijk. Sociale anamnese: altijd veel gesport. **Neurologisch onderzoek:** enige myotone verkramping van de handen, geen percussie-myotonie. Verminderde aanraking voeten beiderzijds, vibratiezin normaal.*

*Koppuntdiscriminatie intact. Symmetrisch normale spierkracht. APR beiderzijds afwezig, overige reflexen symmetrisch normaal opwekbaar. **Aanvullend onderzoek:** EMG: lichte polyneuropathie. Laboratoriumonderzoek: ongestoord. **Conclusie:** lichte chronische idiopathische axonale polyneuropathie. (...)"*

3.7. Verzoeker heeft in de periode van 6 januari 2014 tot 29 juli 2016 520 behandeling fysiotherapie in verband met de aandoening claudicatio intermittens ondergaan. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervan 310 behandelingen vergoed.

3.8. De behandelend neuroloog heeft op 8 november 2016 op het 'Algemeen aanvraagformulier' vermeld:  
*"(...) **Omschrijving aangevraagde behandeling, therapievorm of hulpmiddel:** Fysiotherapie - chronisch. (...) **Medische diagnose/indicatie: (in te vullen door de behandelend arts/specialist)** Polyneuropathie met perifere uitval/parese. (...)"*

3.9. De behandelend fysiotherapeut heeft op 4 oktober 2016 over verzoeker verklaard:  
*"(...) Hierbij wil ik bezwaar maken tegen de afwijzing van de vergoeding voor fysiotherapie (...) De chronische fysiotherapie is voorgeschreven door de heer [naam vaatchirurg] in het Elkerliek Ziekenhuis in Helmond. Zoals [naam verzoeker], ik (de behandelend fysiotherapeut) en de behandelend medisch specialisten weten (behalve de heer [naam vaatchirurg] zijn dit de heer drs. [naam], cardioloog en mevrouw drs. [naam], neuroloog, beiden eveneens werkzaam in het Elkerliek Ziekenhuis), is de fysiotherapeutische begeleiding noodzakelijk om het dagelijks functioneren en welbevinden van de heer [naam verzoeker] op een acceptabel niveau te houden, en de medische consumptie zo laag mogelijk. Behalve de ernstige arteriosclerose in de benen met claudicatio intermittens tot gevolg, lijdt hij aan polyneuropathie met hyperalgesie van de ledematen als voornaamste symptoom, dysfunctie van beide voetwortels en de tenen (klauwteenvorming), ernstige verstijving van beide heupen, de gehele wervelkolom (m.n. cervicaal) en de kaakgewrichten met duidelijke aanwijzingen voor arthrose en een verlaagde cardiale belastbaarheid t.g.v. coronaire vernauwingen en aritmieën. Zoals gezegd is de doelstelling van alle betrokkenen helder en eensluidend, nl. om het functioneren van de heer [naam verzoeker] op een zo hoog mogelijk niveau te houden met zo min mogelijk klachten en zo min mogelijk medische consumptie. Dit lukt ons tot heden naar omstandigheden goed. Ook Promovendum is uiteindelijk bij een goede fysiotherapeutische begeleiding gebaat. Om de kosten van deze begeleiding voor de cliënt betaalbaar te houden[,] is vergoeding grotendeels vanuit de basisverzekering noodzakelijk. Hiervoor heeft dr. [naam vaatchirurg] een (uitermate reële) verwijzing uitgeschreven, leidend tot diagnosecode 9248, om deze indien nodig jaarlijks te verlengen. Zowel de heer [naam verzoeker] als de medisch specialisten als ik waren en zijn in de veronderstelling hiermee integer te hebben gehandeld, in het belang van de cliënt en de zorgverzekeraar. De heer [naam verzoeker] is inmiddels over het ontstane probleem in contact getreden met zijn medisch specialisten. Zoals uit bovenstaande blijkt, zijn er diverse chronische aandoeningen waaraan de heer [naam verzoeker] lijdt. Voor elk van deze aandoeningen afzonderlijk zou fysiotherapie nodig kunnen zijn. Ik begrijp dat u als zorgverzekeraar de wettelijke regels moet volgen. Wij waren in de veronderstelling dit evenals u ook te hebben gedaan. Mocht het nodig zijn dat we aanvullende acties moeten ondernemen (andere verwijsdiagnose, toezenden van kopieën), dan horen we het graag van u. We hopen en vertrouwen er op, dat u dit bezwaar redelijk zult beoordelen en samen met ons, de cliënt en de verwijzer(s) tot een goede oplossing zult komen. (...)"*

3.10. De behandelend neuroloog heeft op 7 februari 2017 op het 'Algemeen aanvraagformulier' vermeld:  
*"(...) **Omschrijving aangevraagde behandeling, therapievorm of hulpmiddel:** Fysiotherapie - vervolg aanvraag. (...) **Medische diagnose/indicatie: (in te vullen door de behandelend arts/specialist)** polyneuropathie met uitval van m hb ant beiderzijds/m exl half longen / en enigszins in m gastrocremiul. (...)"*

- 3.11. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 februari 2017 een machtiging afgegeven voor behandelingen fysiotherapie (diagnosecode 9378) ten laste van de zorgverzekering op grond van de indicatie polyneuropathie (een perifere zenuwaandoening) met motorische uitval. Deze machtiging is toegekend voor de periode van 16 november 2016 tot en met 15 november 2017.
- 3.12. De behandelend neuroloog heeft op 20 april 2017 op het 'Algemeen aanvraagformulier' vermeld: "(...) **Omschrijving aangevraagde behandeling, therapievorm of hulpmiddel:** Fysiotherapie. (...) **Medische diagnose/indicatie: (in te vullen door de behandelend arts/specialist)** polyneuropathie met perifere uitval. (...)"
- 3.13. In de periode van 16 november 2016 tot en met 15 november 2017 heeft verzoeker 171 behandelingen fysiotherapie in verband met de aandoening polyneuropathie met motorische uitval ondergaan. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens onderzoek gedaan of verzoeker naar inhoud en omvang is aangewezen op dit aantal behandelingen fysiotherapie, ten laste van de zorgverzekering. In dit kader heeft hij informatie opgevraagd bij de behandelend neuroloog. De ziektekostenverzekeraar heeft op basis van de ontvangen informatie geconcludeerd dat bij verzoeker geen sprake is en was van een indicatie die aanspraak geeft op behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering onderscheidenlijk dat de verleende fysiotherapie niet doelmatig was. Verzoeker is het niet eens met de door de ziektekostenverzekeraar getrokken conclusie.
- 3.14. In het 'verslag fysiotherapeutische behandeling' van 25 januari 2018 is vermeld:  
"(...) Diagnostische gegevens: [b]egindatum/[f]ysiotherapeutische diagnose: 16-11-2016 polyneuropathie met perifere uitval/parese[.] Inventarisatie hulpvraag: [v]ia verwijzer. Verwijsdiagnose/[d]iagnostische gegevens: polyneuropathie met perifere uitval/parese[.] Aard ervaren functioneringsproblemen: [m]oeite met gaan, bukken, kauwen, ADL-activiteiten, werk[.] Ernst ervaren functioneringsproblemen: [d]oet alles, wel vaak beperkt zowel qua handeling als qua duur, en met regelmatig hevige pijnklachten en kramp in handen en voeten. Algemeen vermoeid[.] Beloop ervaren functioneringsproblemen: [k]lachten zijn wisselend van karakter, veel klachten nek, onderrug, heupen (pijn en stijfheid), hevige krampen in m.n. kuiten, voeten, handen en onderarmen, regelmatig darmklachten, duizeligheid, moeheid, conditieverlies, loopafstand sterk beperkt. Regelmatig darmklachten. Problemen met openen mond. Factoren van invloed op functioneel niveau: [j]a, [m]obiliteitsbeperking gehele WK, kaakgewricht, artt. coxae (re>li), pijnklachten, claudicatioklachten onderbenen, spastische pareses (wisselend) m.n. perifeer (handen en voeten), alg. conditieverlies[.] Factoren van invloed op participatieniveau: [j]a, [k]an ca[.] 5 minuten lopen, slechts met veel pijn. Bukken en draaien vanuit romp gaat zeer moeizaam. Mond gaat slechts ca. 3cm open. Werken en sociale activiteiten gaan wel, maar moeizaam en beperkt[.] Onderliggende persoonlijke factoren: [j]a, [z]eer actieve copingstijl[.] Onderliggende [e]xterne factoren: [j]a, [o]nregelmatige werkbelasting zowel fysiek als geestelijk is ongunstige factor[.] Beloop tot nu toe: [w]isselend, zowel qua ernst als qua lokalisatie. Sinds start fysiotherapie hanteerbaar en over het algemeen stabiel qua functie en klachten[.] Beoogd einddoel: [s]tabiliseren [f]unctiebehoud en pijnklachtcontrole, mogelijk lichte verbetering[.] Behandelplan Behandeldoelen op basis van hulpvraag: [b]ijhouden en mogelijk verbeteren van omkijken, bukken, staan, gaan, duizeligheidsklachten, kaakfunctie. Pijncontrole. Spasmecontrole[.] Behandeldoelen op basis van FT[-]diagnose: [b]ijhouden en waar mogelijk verbeteren van functies en pijnklachten gerelateerd aan: [g]ehele WK ernstig mobiliteitsbeperkt. BPPD. Arthrotisch kaakgewricht met sterke mobiliteitsbeperking. Versterkte thoracale kyfose. Coxarthrosis met mobiliteitsbeperking d.z. (re > li). Schouder-, elleboog-, pols/handklachten, voet- en kuitklachten, vasculaire problematiek (arteriosclerose met claudicatio), cardiale problematiek (ritmestoornissen, angina pectoris)[.] Verrichtingen: [b]egeleiden/coachen. Oefenen en sturen van functies (inclusief uitleg). Oefenen en sturen van activiteiten (inclusief uitleg). Teweegbrengen van articulaire bewegingen. Manuele verrichtingen. Bieden van steun. Evaluatie Realisatie behandeldoelen: [v]olledig. Functiebehoud met afname pijnklachten is bij intensieve begeleiding haalbaar gebleken. Functieverbetering wellicht minimaal mogelijk."



- 3.15. De neuroloog heeft in zijn brief van 10 april 2018 aan de ziektekostenverzekeraar het volgende vermeld:  
"(...) Naar aanleiding van uw verzoek om inlichtingen, zend ik u hierbij mijn correspondentie naar de huisarts. Ik heb [verzoeker] ondertussen nog enkele malen ter controle terug gezien. Hij blijft veel pijn en krampen houden in zijn voeten en onderbenen, hiervoor heeft hij Lyrica gekregen. Vanwege de doofheid is fysiotherapie afgesproken, waarbij de frequentie mijns inziens 1x per week voldoende is. (...)"
- 3.16. De behandelend neuroloog heeft op 6 juli 2018 over verzoeker verklaard:  
"(...) Bovengenoemde patiënt wordt regel[m]matig gezien op onze polikliniek. **Allergieën Amoxicilline. Penicillines. Beloop** Blijft erg veel last houden van tintelingen en brandende pijnen in de voeten, gebruikt Lyrica maar lijkt niet veel effect te hebben. Kan soms de schoenen niet verdragen. Daarnaast tintelingen in mn dig 4 en 5 links, rechts OK voor ulnaropathie gehad. **Aanvullend onderzoek** EMG; milde axonale pnp, CTS matig bdz. mogelijk ulnaropathie. echo: verdikte n.medianus bdz, verdinkte n.ulnaris links, geen compressie of littekenweefsel zichtbaar **Conclusie** pnp en daarnaast st na ulnaropathie/CTS **Beleid** pcm 3dd1000m aan de Lyrica toevoegen. **Actuele medicatie** (...) carbasalaatcalcium bruistablet 100mg (...) simvastatine tablet fo 40mg; (...) isosorbidedinitraat tablet sublinguaal 5mg; (...) nebivolol tablet 5mg; (...) telmisartan tablet 80mg; (...) pantoprazol tablet msr 40mg; (...) rivotril tablet 0,5mg; (...) pregabaline capsule 75mg (...)"
- 3.17. De behandelend neuroloog heeft op 7 april 2019 aan de ziektekostenverzekeraar het volgende verklaard:  
"(...) Naar aanleiding van uw verzoek om inlichtingen, kan ik u het volgende mededelen. Het onderzoek wat u vermeldt, waarbij ik schrijf dat er een normale spierkracht is, dateert van 2015. In de loop van de tijd is er een lichte zwakte ontstaan in de voetheffers en strekkers. Zoals ik in mijn aanvraag voor fysiotherapie schrijf in 2017, is er dan ook uitval van de tibialis anterior beiderzijds, extensor hallucis longus en ook de gastrocnemius. Dit alles passend bij zijn polyneuropathie. Zoals uw medisch adviseur waarschijnlijk weet, is er dan dus sprake van motorische uitval. Inderdaad heeft patiënt met name veel pijnklachten, en krampen, maar een lichte motore uitval is zeker aanwezig bij deze patiënt. (...)"
- 3.18. Bij brief van 1 mei 2019 heeft het Zorginstituut het volgende geconcludeerd:  
"(...) Beoordeling  
De verwijzend neuroloog heeft op het aanvraagformulier van 8 november 2016 aangegeven dat er sprake is van 'polyneuropathie met perifere uitval/parese'. Dit is later na EMG-onderzoek nader gespecificeerd op het aanvraagformulier van 7 februari 2017 waarbij de locatie moeilijk is op te maken (waarschijnlijk diverse spieren in onderbeen en voet). In beginsel kunnen fysiotherapeutische behandelingen bij deze indicatie voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de basisverzekering (m.u.v. de eerste 20 behandelingen). In de regelgeving zijn geen beperkingen ten aanzien van de doorlooptijd en het aantal behandelingen aangegeven. Verzoeker kan aanspraak maken op vergoeding van de fysiotherapeutische behandelingen zolang hij redelijkerwijs is aangewezen op behandeling van de klachten en beperkingen die het gevolg zijn van de geïndiceerde diagnose.<sup>1</sup> De intensiteit van de fysiotherapie moet in redelijke verhouding staan tot de ernst van de klachten en beperkingen. Een passende behandelintensiteit is niet af te leiden uit richtlijnen. Uit de beschrijving van de neuroloog in 2016 en 2017 blijkt dat er sprake was van beginnende neuropathie, waarvan bij eerdere controles nog geen sprake was. De neuropathie lijkt gelokaliseerd in enkele spieren van onderbeen en voet en is vrij mild van aard. Wat betreft de eerste behandelingsperiode (november 2016 - november 2017) heeft de behandelend neuroloog vooraf niet duidelijk vastgesteld hoe ernstig de klachten waren en ook geen aanwijzing voor de behandelintensiteit meegegeven. Achteraf kan niet meer vastgesteld worden in hoeverre verzoeker destijds redelijkerwijs in aanmerking kwam voor het aantal behandelingen dat hij heeft gekregen. EMG-onderzoek in juni 2018 laat een onveranderd beeld zien, dus de aandoening lijkt niet progressief. Twee maanden eerder gaf de neuroloog voor een nieuwe machtiging aan dat een behandelingsfrequentie van 1x per week voldoende zou zijn.

Conclusie

*Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verzoeker sinds november 2016 een indicatie heeft voor fysiotherapeutische behandelingen. Achteraf kan niet vastgesteld worden voor welke behandel frequentie verzoeker redelijkerwijs in aanmerking kwam in de periode november 2016 tot november 2017, aangezien dit bij de eerste verwijzing niet is aangegeven. Uit de informatie in het dossier blijkt dat verzoeker vanaf april 2018 voor de indicatie polyneuropathie met uitval/parese redelijkerwijs [was] aangewezen op een behandel frequentie van 1 sessie per week.  
(...)”*

4. De bevoegdheid van de commissie

- 4.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering (2018) is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

5. Het geschil

- 5.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar de vergoede behandelingen fysiotherapie, in verband met de aandoening polyneuropathie met motorische uitval, die in de periode van 16 november 2016 tot en met 15 november 2017 aan verzoeker zijn verleend ten laste van de zorgverzekering mag corrigeren. Tevens is in geschil of de ziektekostenverzekeraar de behandelingen fysiotherapie in verband met genoemde indicatie vanaf 17 november 2017 voor onbepaalde tijd moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).


6. De beoordeling

- 6.1. Artikel 1 van de zorgverzekering bepaalt dat de verzekerde recht heeft op zorg zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden als hij op de betreffende zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen en als de betreffende zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. Artikel 26 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck bestaat. Artikel 10 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) ziet op de te verzekeren risico's en artikel 11 op de te verzekeren prestaties. Fysiotherapie, als onderdeel van paramedische zorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 en Bijlage 1 Besluit Zorgverzekering (Bzv). Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wetgeving staan in de bijlage bij dit bindend advies. Deze bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. In artikel , vierde lid, van het reglement van de commissie is bepaald dat zij een geschil pas in behandeling neemt nadat de verzekeraar een redelijke mogelijkheid is geboden het door hem ingenomen standpunt te heroverwegen. De commissie stelt vast dat een verzoek om heroverweging door verzoeker en een beslissing van de ziektekostenverzekeraar hierop in het dossier ontbreken. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker in zijn primaire beslissing echter al uitdrukkelijk gewezen op de mogelijkheid de Geschillencommissie Zorgverzekeringen om een bindend advies te vragen. De commissie zal aan het ontbreken van een heroverweging geen gevolgen verbinden en het geschil inhoudelijk behandelen.
- 6.3. De zorgverzekering biedt dekking voor fysiotherapie indien sprake is van een indicatie die is opgenomen op Bijlage 1 Bzv. De eerste twintig behandelingen zijn uitgesloten van vergoeding vanuit de zorgverzekering. Een van de indicaties die voorkomt op Bijlage 1 Bzv is een perifere zenuwaandoening die gepaard gaat met motorische uitval (artikel 1, eerste lid, onderdeel a, onder 4, van Bijlage 1 Bzv). Deze indicatie geeft in beginsel aanspraak op qua duur en frequentie ongelimiteerde fysiotherapie. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of deze indicatie bij verzoeker reeds vanaf 16 november 2016 aan de orde is.




- 6.4. Volgens verzoeker is dit het geval. Dit blijkt zijns inziens uit de verwijzingen van de behandelend neuroloog in het dossier. Hierop is duidelijk vermeld dat bij verzoeker sprake is van polyneuropathie met perifere uitval/parese. Op de verwijzing van 7 februari 2017 is de motorische uitval zelfs gespecificeerd.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft betwist dat de bij verzoeker aanwezige polyneuropathie gepaard gaat met motorische uitval. Weliswaar is dit door de neuroloog op de verwijzingen vermeld, maar het wordt in de berichten van de neuroloog aan de huisarts nergens genoemd. Uit de stukken blijkt dat bij verzoeker destijds sprake was van pijn en krampen. In zoverre bestaat een discrepantie tussen de verwijzingen en de andere stukken. De neuroloog heeft in haar brief van 7 april 2019 vermeld dat bij verzoeker sprake is van "*lichte zwakte*". Dit is geen indicatie voor fysiotherapie op basis van de zorgverzekering. De neuroloog heeft in haar brief van 10 april 2018 gesteld dat zij verzoeker heeft verwezen naar een fysiotherapeut vanwege "*doofheid*".
- 6.6. De commissie tekent aan dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker een machtiging heeft verleend voor fysiotherapie op basis van de zorgverzekering op grond van de indicatie polyneuropathie met motorische uitval. Deze machtiging ziet op de periode van 16 november 2016 tot en met 15 november 2017. De commissie interpreteert het standpunt van de ziektekostenverzekeraar aldus dat hij deze machtiging, met de kennis van nu, niet zou hebben toegekend aan verzoeker, omdat uit de correspondentie met de huisarts zijns inziens naar voren komt dat verzoeker geen polyneuropathie met motorische uitval heeft. Dit laatste vormt juridisch gezien evenwel geen grond de afgegeven machtiging in te trekken. De aan verzoeker verleende machtiging blijft daarom in stand. Voor de vraag of de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoeker voor dezelfde indicatie een machtiging voor fysiotherapie op basis van de zorgverzekering te verlenen voor de periode vanaf 16 november 2017, geldt het volgende.
- 6.7. Uit het advies van juni 2019 blijkt dat het Zorginstituut oordeelt dat de polyneuropathie van verzoeker gepaard gaat met motorische uitval. Het Zorginstituut baseert dit, naast de verwijzingen van de neuroloog, op de uitkomst van de bij verzoeker verrichte EMG-onderzoeken. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie tot de hare. Dit betekent dat bij verzoeker in ieder geval vanaf 16 november 2016 sprake was van een (verzekerings)indicatie voor fysiotherapie op basis van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar is gehouden verzoeker een machtiging toe te kennen voor fysiotherapie op basis van de zorgverzekering voor de indicatie polyneuropathie met motorische uitval.
- 6.8. Hetgeen partijen tevens verdeeld houdt, is of de aan verzoeker verleende fysiotherapie - gegeven de behandelfrequentie - doelmatig is. De beoordeling of een vorm van zorg doelmatig is, is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. Omdat het vereiste van doelmatigheid is neergelegd in artikel 1.2 van de zorgverzekering kan de commissie de uitkomst van zijn beoordeling toetsen.
- 6.9. Verzoeker heeft in dit kader gesteld dat de door hem ondergane behandelingen fysiotherapie doelmatig zijn. Het aantal verleende behandelingen fysiotherapie was noodzakelijk om ervoor te zorgen dat hij de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (verder: ADL) en andere werkzaamheden bevredigend kon blijven verrichten. Tevens was dit noodzakelijk om hoge bijkomende medische kosten te vermijden. De behandelend fysiotherapeut van verzoeker probeert met zo weinig mogelijk behandelingen fysiotherapie een zo hoog mogelijk niveau van gezondheid en functioneren bij de patiënt te bewerkstelligen. Hij zou nooit een lagere behandelfrequentie instellen als de gezondheid of het niveau van functioneren van een patiënt daaronder leidt. Voorts is de aandoening van verzoeker progressief gebleken. Het bepalen van de behandelfrequentie behoort overigens tot de professionele verantwoordelijkheid van de fysiotherapeut en niet tot die van de neuroloog.




- 6.10. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat in de periode van 16 november 2016 tot en met 15 november 2017 verzoeker 171 behandelingen fysiotherapie heeft ondergaan. Dit zijn in vergelijking met andere identieke gevallen opvallend veel behandelingen. Ook de structurele interventiefrequentie vindt de ziektekostenverzekeraar opvallend. Verzoeker werd structureel op achtereenvolgende dagen behandeld in de weken dat hij drie behandelingen onderging. Dit past niet binnen de doelstelling van fysiotherapeutische interventies, namelijk het bewerkstelligen van gedragsverandering en zelfmanagement door een patiënt. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de verleende zorg niet doelmatig is.
- 6.11. De behandelingen van de fysiotherapeut moeten zien op de motorische uitval van verzoeker die als gevolg van zijn polyneuropathie is ontstaan. De neuroloog heeft bij verzoeker vastgesteld dat sprake is van uitval van de m.tibialis anterior beiderzijds, m.extensor hallucis longus en ook de m.gastrocnemius. Uit het 'Verslag fysiotherapeutische behandeling' blijkt dat de fysiotherapeut verzoeker echter ook voor andere zaken behandelt, zoals voor duizeligheidsklachten, mobiliteitsbeperking in het kaakgewricht en schouder-, elleboog-, pols- en handklachten. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar daarom volgen in zijn stelling dat verzoeker in vergelijking met soortgelijke gevallen buitensporig veel wordt behandeld. Tevens heeft verzoeker geen verklaring gegeven voor de omstandigheid dat hij regelmatig op drie achtereenvolgende dagen wordt behandeld. Verzoeker is er daarom niet in geslaagd aannemelijk te maken dat hij was aangewezen op het aantal aan hem verleende behandelingen fysiotherapie. Dit kan echter niet tot de conclusie leiden dat alle aan hem verleende behandelingen niet doelmatig waren. De neuroloog heeft immers bij brief van 10 april 2018 verklaard dat verzoeker haars inziens is aangewezen op één behandeling fysiotherapie per week. De commissie is om deze reden van oordeel dat verzoeker aanspraak heeft op één behandeling fysiotherapie per week.
- 6.12. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker een machtiging verleend voor de periode van 16 november 2016 tot en met 15 november 2017. Hij mag de door hem op grond hiervan vergoede behandelingen fysiotherapie op basis van de zorgverzekering die het aantal van één per week te boven gaan corrigeren. De ziektekostenverzekeraar hoefde er vooraf niet op bedacht te zijn dat er niet doelmatige zorg zou worden verleend. Kennelijk heeft hij naar aanleiding van de nieuwe aanvraag voor een machtiging voor fysiotherapie van verzoeker gekeken naar het aantal verrichte behandelingen fysiotherapie en op basis van dit aantal besloten een doelmatigheidsonderzoek te verrichten. De ziektekostenverzekeraar is tevens gehouden de ten behoeve van verzoeker aangevraagde machtiging voor fysiotherapie voor de indicatie polyneuropathie met motorische uitval toe te kennen voor één behandeling per week, met ingang van 16 november 2017.
- 6.13. De commissie tekent nog het volgende aan. Verzoeker lijkt te vooronderstellen dat hij op basis van de eerste verwijzing van de neuroloog zonder meer en voor onbepaalde tijd aanspraak heeft op een ongelimiteerd aantal behandelingen fysiotherapie op basis van de zorgverzekering. Dit standpunt is onjuist. Naast het hebben van een (verzekerings)indicatie kunnen in de verzekeringsvoorwaarden andere eisen voor de aanspraak op zorg zijn opgenomen waaraan moet worden voldaan. Dit is bijvoorbeeld het vereiste dat de betreffende zorg doelmatig moet zijn. Verzoeker heeft bovendien op basis van artikel 26 van de zorgverzekering voorafgaande toestemming nodig van de ziektekostenverzekeraar voor het ondergaan van fysiotherapie op basis van de zorgverzekering. Dat verzoeker dacht dat een machtiging zuiver een administratieve handeling betrof, doet hieraan niets af.
- 6.14. De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

 7. Het bindend advies

 7.1. De commissie beslist dat:

-  1. de ziektekostenverzekeraar voor de periode van 16 november 2016 tot en met 15 november 2017 gehouden is één behandeling fysiotherapie voor de indicatie polyneuropathie met motorische uitval per week te vergoeden. Hij mag de door hem te veel vergoede behandelingen fysiotherapie corrigeren;
-  2. de ziektekostenverzekeraar verzoeker een machtiging moet verlenen voor fysiotherapie voor de indicatie polyneuropathie met motorische uitval voor één behandeling per week, met ingang van 16 november 2017;
-  3. het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

 Zeist, 13 juni 2019,

 J.A.M. Strens-Meulemeester

## Relevante wet- en regelgeving

Artikel 2.1 van het Besluit zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

*3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.*

“(…)”

Artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*“1. Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefen therapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek.*

*2 Fysiotherapie of oefen therapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefen therapeuten 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.*

“(…)”

Bijlage 1. van het Besluit zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*“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:*

“(…)”

*4°. perifere zenuwaandoening indien sprake is van motorische uitval;*

“(…)”

Vraag de toestemming ten minste 2 maanden voor het verstrijken van de termijn aan. Dan weet u zeker dat uw aanvraag op tijd wordt verwerkt. Voorin deze voorwaarden vindt u waar u de aanvraag naar toe kunt sturen. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

## Paramedische zorg

### Hebt u de ziekte van Parkinson en u hebt fysiotherapie, logopedie of ergotherapie nodig?

Dan kunt u terecht bij gespecialiseerde zorgaanbieders die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. U bent dan verzekerd van goede zorg, want deze zorgaanbieders zijn specifiek opgeleid om deskundige begeleiding en zorg te leveren aan mensen met de ziekte van Parkinson. Deze zorgaanbieders zijn aangesloten bij een landelijk netwerk waardoor:

- u aan huis of dichtbij huis een optimale behandeling kunt krijgen;
- er samenwerking en kennisuitwisseling plaatsvindt tussen de aangesloten zorgaanbieders, waaronder uw Parkinson-verpleegkundige en neuroloog.

Hierdoor is de zorg die u nodig hebt, beter op elkaar afgestemd. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

## Artikel 26. 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 in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst;
- 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 recht op de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie;
- u hebt vanaf de eerste behandeling recht op gesuperviseerde oefentherapie (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 gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van heup- of kniegewricht tot maximaal 12 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden;
- u hebt vanaf de 21<sup>e</sup> 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 in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst.

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:

- Arbo curatieve zorg. Dit is zorg die zich richt op genezing en behandeling van arbeids- gerelateerde 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 bewegings-



apparaat, 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:

Omschrijving	Jonger dan 18 jaar	18 jaar en ouder
Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal hebt u dus recht op maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar.	9 behandelingen (vanaf de 1 <sup>e</sup> behandeling)
Gesuperviseerde oefentherapie (looptraining) bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen)	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal hebt u dus recht op maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar.	maximaal 37 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden (vanaf de 1 <sup>e</sup> behandeling)
Gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van heup- of kniegewricht	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal hebt u dus recht op maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar.	maximaal 12 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden (vanaf de 1 <sup>e</sup> behandeling)
Uw aandoening staat op de Lijst met aandoeningen. <b>Let op:</b> voor sommige aandoeningen is het aantal behandelingen beperkt.	volledig	vanaf 21 <sup>e</sup> behandeling

---

Uw aandoening staat niet op de Lijst met aandoeningen	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal hebt u dus recht op maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar.	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. **Fysiotherapie:** fysiotherapeut, heilgymnast-masseur of gespecialiseerde fysiotherapeut.

Een gespecialiseerde fysiotherapeut is een kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of manueel therapeut.

De gespecialiseerde fysiotherapeut moet als zodanig zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie.

2. **Oedeemtherapie:** oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.

De oedeem(fysio) therapeut moet als zodanig zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie.

De huidtherapeut moet als zodanig zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

3. **Oefentherapie Cesar/Mensendieck:** oefentherapeut Cesar/Mensendieck of kinderoefentherapeut.

De (kinder)oefentherapeut moet als zodanig zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

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

Dan kunt u terecht bij gespecialiseerde zorgaanbieders 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.

#### **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.

#### **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 27. 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. De Hanen Oudercursus valt ook onder deze zorg.

U hebt geen recht op logopedische behandelingen in verband met:

- dyslexie;
- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en/of anderstaligheid;
- muziektherapie;
- 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.

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

- Afasie;
- Hanen-ouderprogramma;
- 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).

## Artikel 1. Verzekerde zorg

### 1.1 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De Promovendum Ruime Keuze 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 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.



### 9.3 Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan hebt u vooraf onze toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website.

### 9.4 Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het invoeren van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9).

## Artikel 10. Klachten en geschillen

### 10.1 Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht gemakkelijk indienen via onze website. Bent u niet in de gelegenheid om uw klacht digitaal in te dienen? Dan kunt u uw klacht schriftelijk voorleggen aan Promovendum, ter attentie van de afdeling Kwaliteitszorg, Postbus 362, 3300 AJ Dordrecht. Deze afdeling handelt namens de directie.

#### Tips bij het indienen van een klacht

- Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent en wat volgens u de beste oplossing is.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, [www.skgz.nl](http://www.skgz.nl). U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

### **Toestemming**

U hebt vooraf onze toestemming nodig voor gespecialiseerde GGZ met verblijf (zie artikel 37, Verblijf). Verstrekt binnenkort de termijn waarvoor toestemming is gegeven? Dan moet u opnieuw toestemming aanvragen. U kunt samen met uw zorgaanbieder een toestemmingsformulier gespecialiseerde GGZ invullen. Het formulier vindt u op onze website. Vraag de toestemming ten minste 2 maanden voor het verstrijken van de termijn aan. Dan weet u zeker dat uw aanvraag op tijd wordt verwerkt. Voorin deze voorwaarden vindt u waar u de aanvraag naar toe kunt sturen. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

## **Paramedische zorg**

### **Hebt u de ziekte van Parkinson en u hebt fysiotherapie, logopedie of ergotherapie nodig?**

Dan kunt u terecht bij gespecialiseerde zorgaanbieders die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. U bent dan verzekerd van goede zorg, want deze zorgaanbieders zijn specifiek opgeleid om deskundige begeleiding en zorg te leveren aan mensen met de ziekte van Parkinson. Deze zorgaanbieders zijn aangesloten bij een landelijk netwerk waardoor:

- u aan huis of dichtbij huis een optimale behandeling kunt krijgen;
- er samenwerking en kennisuitwisseling plaatsvindt tussen de aangesloten zorgaanbieders, waaronder uw Parkinson-verpleegkundige en neuroloog.

Hierdoor is de zorg die u nodig hebt, beter op elkaar afgestemd. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

## **Artikel 26. 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 in een aantal

gevallen beperkt is volgens deze lijst;

- 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 recht op de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie;
- u hebt vanaf de eerste behandeling recht op gesuperviseerde oefentherapie (looptraining) bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen) tot maximaal 37 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden;
- u hebt vanaf de 21<sup>e</sup> 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 in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst.

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 bewegings-

apparaat, 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:

Omschrijving	Jonger dan 18 jaar	18 jaar en ouder
Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal hebt u dus recht op maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar.	9 behandelingen (vanaf de 1 <sup>e</sup> behandeling)
Gesuperviseerde oefentherapie (looptraining) bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen)	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal hebt u dus recht op maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar.	maximaal 37 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden (vanaf de 1 <sup>e</sup> behandeling)
Uw aandoening staat op de Lijst met aandoeningen. <b>Let op:</b> voor sommige aandoeningen is het aantal behandelingen beperkt.	volledig	vanaf 21 <sup>e</sup> behandeling
Uw aandoening staat niet op de Lijst met aandoeningen	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal hebt u dus recht op maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar.	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. **Fysiotherapie:** 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) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie.

2. **Oedeemtherapie:** oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.

De oedeem(fysio) therapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie.

De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

3. **Oefentherapie Cesar/Mensendieck:** oefentherapeut Cesar/Mensendieck of kinderoefentherapeut.

De kinderoefentherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

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

Dan kunt u terecht bij gespecialiseerde zorgaanbieders 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.

### **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.

### **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 27. 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 spraak-

## Artikel 1. Verzekerde zorg

### 1.1 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De Promovendum Ruime Keuze 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.

## 9.2 U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

## 9.3 Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan hebt u vooraf onze toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website.

## 9.4 Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het invoeren van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9).

# Artikel 10. Klachten en geschillen

## 10.1 Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht gemakkelijk indienen via onze website. Bent u niet in de gelegenheid

om uw klacht digitaal in te dienen? Dan kunt u uw klacht schriftelijk voorleggen aan Promovendum, ter attentie van de afdeling Kwaliteitszorg, Postbus 362, 3300 AJ Dordrecht. Deze afdeling handelt namens de directie.

#### Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent en wat volgens u de beste oplossing is.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, [www.skgz.nl](http://www.skgz.nl). U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

## 10.2 Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan Promovendum, ter attentie van de afdeling Kwaliteitszorg, Postbus 362, 3300 AJ Dordrecht.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl). Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, [www.nza.nl](http://www.nza.nl), is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.



## Artikel 26. 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 in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst;
- 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, 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 recht op de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie;
- 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 in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst.

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 of re-integratietrajecten;
- 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:

Omschrijving	Jonger dan 18 jaar	18 jaar en ouder
Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal hebt u dus recht op maximaal 18 behandelingen.	9 behandelingen (vanaf de 1e behandeling)
Uw aandoening staat op de Lijst met aandoeningen. Let op: voor sommige aandoeningen is het aantal behandelingen beperkt.	volledig	vanaf 21e behandeling
Uw aandoening staat niet op de Lijst met aandoeningen	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal hebt u dus recht op maximaal 18 behandelingen.	geen vergoeding

### Wie mag de zorg verlenen

Fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut, heilgymnast-masseur, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kindersfysiotherapeut, kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck, manueel therapeut, oedeemtherapeut of bekkenfysiotherapeut. Oedeemtherapie mag ook worden verleend door een huidtherapeut.

De geriatrisch fysiotherapeut, kindersfysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut en bekkenfysiotherapeut moeten zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

De kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u 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.

#### **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, 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 27. 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. De Hanen Oudercursus valt ook onder deze zorg.

U hebt geen recht op logopedische behandelingen in verband met:

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

#### **Wie mag de zorg verlenen**

Logopedist. Voor de meeste logopedische behandelingen is geen aanvullende specialisatie vereist.



## Artikel 1. Verzekerde zorg

### 1.1 Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Promovendum Ruime Keuze 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. De afdeling Zorgadvies en bemiddeling kunt u bereiken via onze website.

### 1.2 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, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

### 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.

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut en tandarts. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.



en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website.

#### 9.4 Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het invoeren van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9).

## Artikel 10. Klachten en geschillen

### 10.1 Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht gemakkelijk indienen via onze website. Bent u niet in de gelegenheid om uw klacht digitaal in te dienen? Dan kunt u uw klacht schriftelijk voorleggen aan Promovendum, ter attentie van de afdeling Kwaliteitszorg, Postbus 362, 3300 AJ Dordrecht. Deze afdeling handelt namens de directie.

#### Tips bij het indienen van een klacht

- Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent en wat volgens u de beste oplossing is.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, [www.skgz.nl](http://www.skgz.nl). U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.