

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en OWM CZ groep UA te Tilburg  
Zaak : Geneeskundige zorg, paramedische zorg, fysiotherapie, indicatie volgens Bijlage 1 Bzv  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artf. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.6 Bzv, Bijlage 1 Bzv  
Zaaknummer : 202200348  
Zittingsdatum : 16 november 2022

## 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen NV te Tilburg,
  - 2) OWM CZ groep UA te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailberichten van 8 en 20 juni 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 24 juni 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 15 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is eveneens op 15 augustus 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 31 augustus 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022032440) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 20 september 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 november 2022 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoeker in de gelegenheid gesteld kopieën over te leggen van de eerder, aan de ziektekostenverzekeraar gezonden aanvragen. Bij e-mailberichten van 23 en 25 november 2022 heeft verzoeker de commissie de gevraagde informatie doen toekomen. Afschriften hiervan zijn aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 29 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan verzoeker gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting alsmede kopieën van de stukken van 23, 25 en 29 november 2022 zijn op 1 december 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 31 augustus 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 5 december 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgbewustpolis (natura select) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen 50+ en Tandarts Collectief (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).

De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

- 3.2. Verzoeker kreeg in maart 2021 rugklachten en werd door de huisarts verwezen naar een neuroloog. Door deze werd tijdens een consult op 20 april 2021 een hernia nucleï pulposi (HNP) op niveau L3/L4 geconstateerd, met sensomotorische uitval gedurende vijf weken. Vanaf 24 maart 2021 werd verzoeker in verband hiermee tweemaal per week behandeld door een fysiotherapeut.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker meegedeeld dat geen aanspraak bestaat op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Bij e-mailbericht van 15 juni 2021 is verzoeker hiertegen opgekomen. Op 21 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact opgenomen met verzoeker en hem een toelichting op het eerdere besluit gegeven. Een bevestiging hiervan werd die zelfde dag per e-mail verstuurd. Op 13 augustus 2021 werd opnieuw aandacht gevraagd voor de kwestie. De ziektekostenverzekeraar reageerde bij e-mailbericht van 16 augustus 2021, hierbij stellende dat geen aanvraag voor chronische fysiotherapie bij hem bekend was. Bij e-mailbericht van 31 augustus 2021 informeerde de behandelend fysiotherapeut naar de mogelijkheid van vergoeding van de door hem uitgevoerde behandelingen. De ziektekostenverzekeraar reageerde hierop per e-mail op 1 september 2021. Bij die gelegenheid werd algemene informatie verstrekt. Op 14 september 2021 volgde een aanvraag door de behandelend fysiotherapeut. Op 4 november 2021 gaf de ziektekostenverzekeraar een akkoordverklaring voor fysiotherapie gedurende de periode van 24 maart 2021 tot en met 23 juni 2021, onder het voorbehoud dat de eerste 20 behandelingen niet ten laste komen van de zorgverzekering.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 18 januari 2022 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 16 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 31 augustus 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 5 december 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de behandelingen fysiotherapie volledig moet vergoeden, onderscheidenlijk dat hij 13 behandelingen moet vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. Verzoeker heeft toegelicht dat hij eerder aan zijn rug is geopereerd. Hierbij is littekenweefsel ontstaan, waardoor een volgende operatie niet meer mogelijk is. Als hij niets doet, zal hij in een rolstoel terecht komen. In maart 2021 namen zijn klachten toe, waardoor hij enkele maanden op bed moest doorbrengen. Hij moest toen bij alles worden geholpen. Verzoeker is in die periode gestart met behandelingen fysiotherapie. Hiertoe zijn twee aanvragen gedaan, die beide zijn zoekgeraakt. Een derde aanvraag kwam aanvankelijk op de verkeerde afdeling terecht. Pas op 5 november 2021 bereikte hem het bericht dat de behandelingen fysiotherapie gedurende een periode van drie maanden werden gemachtigd. Verzoeker stelt in de eerste plaats dat hij van mening is dat de behandelingen fysiotherapie in zijn situatie volledig moeten worden vergoed. In 2022 heeft hij opnieuw aanspraak op 13 behandelingen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, maar die behandelingen heeft hij nodig in verband met andere klachten en aandoeningen. Voorts voert verzoeker aan dat uit de akkoordverklaring van 4 november 2021 valt op te maken dat hij aanspraak heeft op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering gedurende drie maanden, te rekenen vanaf de 21e behandeling.

Verzoeker tekent aan dat de fysiotherapeut niet met terugwerkende kracht over de maanden mei, juni en juli 2021 kan declareren. Als de aanvragen van meet af aan correct waren behandeld, zouden 13 behandelingen zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering. Verzoeker meent dat in ieder geval deze behandelingen moeten worden vergoed.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop aangevoerd dat in de voorwaarden van de zorgverzekering duidelijk staat vermeld dat als de klachten terugkomen en deze hetzelfde zijn aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van chronische fysiotherapie. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar blijft bij het ingenomen standpunt. In dat verband licht hij, onder verwijzing naar artikel B.8.1. van de voorwaarden van de zorgverzekering, toe dat volgens zijn paramedisch adviseur bij verzoeker sprake is van de indicatie, genoemd in artikel 1, onderdeel a, subonderdeel 10, van Bijlage 1 Bzv. Deze indicatie geeft aanspraak op fysiotherapie gedurende drie maanden. Omdat met de behandelingen is gestart op 24 maart 2021, is een machtiging afgegeven met startdatum 24 maart 2021 en einddatum 23 juni 2021. Verzoeker heeft in die periode tweemaal per week behandelingen fysiotherapie gehad, waarvan hij de kosten zelf heeft voldaan. Ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn vervolgens 13 behandelingen vergoed. De resterende 7 zijn voor rekening van verzoeker gebleven. Vanaf de 21e behandeling, die plaatsvond op 6 juli 2021, is vergoeding mogelijk ten laste van de zorgverzekering. De 21e en volgende behandelingen vallen echter buiten de gemachtigde periode.

De ziektekostenverzekeraar erkent dat het e-mailbericht van de fysiotherapeut van 31 augustus 2021 als een aanvraag in behandeling had moeten worden genomen. Dit zou evenwel niet tot een andere uitkomst hebben geleid. Hetzelfde geldt voor een wijziging van de ingangsdatum van de akkoordverklaring, zoals gesuggereerd door de Ombudsman Zorgverzekeringen.

Dat uit de akkoordverklaring zou blijken dat na 23 juni 2021 aanspraak bestaat op vergoeding van behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering, wordt door de ziektekostenverzekeraar bestreden. In dit verband wijst hij erop dat in het stuk is vermeld: "De kosten van de aangevraagde behandeling worden vergoed vanaf de 21e behandeling voor de genoemde periode."

- 5.2. Tijdens de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere standpunt herhaald. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken. Na afloop van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar, in reactie op de door verzoeker toegestuurde kopieën van eerdere aanvragen, verklaard deze destijds niet te hebben ontvangen.

## 6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 31 augustus 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

*"Als algemene regel geldt dat de eerste twintig fysiotherapeutische behandelingen voor een chronische indicatie niet vergoed worden uit de basisverzekering. Vanaf de eenentwintigste behandeling is vergoeding op grond van basisverzekering mogelijk. Wanneer de verdere behandelingen vanaf de eenentwintigste behandeling echter buiten de maximale behandelduur vallen, is er geen aanspraak op grond van de basisverzekering. Voor de indicatie van verzoeker geldt een maximale behandelduur van drie maanden.*

*Verzoeker heeft een akkoordverklaring ontvangen over de periode 24 maart 2021 tot en met 23 juni 2021. Dit is de behandelperiode (3 maanden). In deze periode heeft verzoeker twintig behandelingen fysiotherapie gehad. De eenentwintigste behandeling heeft plaatsgevonden op 6 juli 2021. Deze datum valt buiten de maximale behandelduur van drie maanden. Voor verzoeker*

betekent dit dat ook alle verdere behandelingen die buiten de maximale behandelduur vallen niet vanuit de basisverzekering vergoed kunnen worden.

#### Conclusie

*In principe is vanaf de eenentwintigste fysiotherapeutische behandeling vergoeding op grond van basisverzekering mogelijk. Bij de indicatie van verzoeker is echter sprake van een maximale behandelduur van drie maanden.*

*Fysiotherapeutische behandelingen uitgevoerd na de maximale behandelduur komen niet voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de basisverzekering.*

#### Het advies

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: De fysiotherapeutische behandelingen van verzoeker komen niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering."*

## 7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 8. Beoordeling

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

### Zorgverzekering

- 8.2. De zorgverzekering biedt dekking voor fysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder als zij een beperking hebben door een aandoening die voorkomt op Bijlage 1 Bzv. Deze dekking omvat niet de eerste 20 behandelingen per aandoening. Dit is opgenomen in artikel B.8.1. van de verzekeringsvoorwaarden.
- 8.3. Fysiotherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de aandoeningen die in Bijlage 1 van het Bzv zijn omschreven. Tot die aandoeningen behoort 'radiculair syndroom met motorische uitval' (Bijlage 1, eerste lid, onder a, 10°). Gesteld noch gebleken is dat bij verzoeker een andere aandoening, vermeld in Bijlage 1, aan de orde is, hetgeen overigens wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 31 augustus 2022. Genoemde aandoening vormt een (verzekerings)indicatie voor fysiotherapie op grond van de zorgverzekering. Op basis van het tweede lid is de duur van de behandeling maximaal drie maanden.
- 8.4. Verzoeker heeft toegelicht dat zijn rugklachten in maart 2021 verergerden. Door de behandelend neuroloog is op 20 april 2021 geconstateerd dat de klachten op dat moment sinds vijf weken bestonden. Onbestreden is dat verzoeker op 24 maart 2021 door de fysiotherapeut werd behandeld. Verzoeker heeft zich er niet op beroepen dat hij op genoemde datum vanwege een andere (verzekerings)indicatie de fysiotherapeut bezocht. De commissie neemt daarom als vaststaand aan dat de behandeling door de fysiotherapeut vanwege de indicatie 'radiculair syndroom met motorische uitval' is gestart op 24 maart 2021, ook al werd die indicatie pas later, namelijk op 20 april 2021, door de behandelend neuroloog bevestigd. Dit leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar - gelet op de hiervoor genoemde termijn van drie maanden - de

einddatum terecht op 23 juni 2021 heeft bepaald, en dat verzoeker geen aanspraak heeft op volledige vergoeding van de ondergane behandelingen fysiotherapie, zoals door hem is verzocht.

- 8.5. Hiervoor is opgemerkt dat de eerste 20 behandelingen per aandoening niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen. De 21e behandeling vond plaats op 6 juli 2021, derhalve buiten de gemachtigde periode, die eindigde op 23 juni 2021. Deze en volgende behandelingen kunnen dan ook niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Dat uit de akkoordverklaring van 4 november 2021 is op te maken dat de termijn van drie maanden aanvangt na de 21e behandeling, zoals door verzoeker is aangevoerd, vermag de commissie niet in te zien. Door de ziektekostenverzekeraar is in dit verband terecht erop gewezen dat in het stuk is vermeld: "De kosten van de aangevraagde behandeling worden vergoed vanaf de 21e behandeling voor de genoemde periode." Die periode is hierna geduid: "Deze akkoordverklaring is geldig van 24-03-2021 tot en met 23-06-2021". De commissie concludeert dat er geen misverstand over kan bestaan dat uitsluitend dekking bestaat indien de 21e en volgende behandelingen binnen de gemachtigde periode vallen. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de behandelingen fysiotherapie die hebben plaatsgevonden na 23 juni 2021, ten laste van de zorgverzekering.
- 8.6. Door verzoeker is betoogd dat eerdere aanvragen zijn gedaan, die ofwel zijn zoekgeraakt dan wel op een verkeerde afdeling terecht zijn gekomen. Hierdoor is hij benadeeld. In zijn optiek zou bij een correcte afwikkeling namelijk aanspraak bestaan op 13 behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Verzoeker heeft in dit verband verwezen naar twee eerdere aanvragen en ter onderbouwing een verklaring van de fysiotherapeut overgelegd. Uit deze verklaring blijkt dat de fysiotherapeut op 21 juni 2021 per post bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag heeft ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard de desbetreffende aanvraag niet te hebben ontvangen. De commissie merkt hierover op dat op grond van artikel 3:37, derde lid, BW een mededeling, om zijn werking te hebben, de geadresseerde moet hebben bereikt. Het risico dat de mededeling de geadresseerde niet bereikt, ligt bij de verzender. Aangezien de aanvraag van 21 juni 2021 niet door de ziektekostenverzekeraar is ontvangen, en hetzelfde geldt voor de tweede aanvraag, betekent dit dat moet worden uitgegaan van de eerste aanvraag die de ziektekostenverzekeraar wél heeft bereikt.
- 8.7. Door beide partijen wordt erkend dat de fysiotherapeut op 14 september 2021 een aanvraag heeft gedaan. Het is op basis van deze aanvraag dat op 4 november 2021 een akkoordverklaring werd afgegeven. Ook indien het e-mailbericht van de fysiotherapeut van 31 augustus 2021 als een aanvraag zou worden aangemerkt, leidt dit niet tot een andere uitkomst. Op dat moment was al met de behandelingen gestart en vormde de behandelfrequentie een gegeven. Daarnaast is de startdatum is dan nog steeds - met terugwerkende kracht - 24 maart 2021 en de einddatum blijft 23 juni 2021. De eerste 20 behandelingen zijn ook in dat geval voor eigen rekening. Voor zover verzoeker heeft beoogd te stellen dat in geval van tijdige besluitvorming sprake zou zijn geweest van een hogere behandelfrequentie, kan deze stelling niet slagen. Dit zou slechts anders zijn indien door hem een aanvraag was overgelegd die vóór 24 maart 2021 aan de ziektekostenverzekeraar werd gestuurd en die ook door deze werd ontvangen, en waaruit blijkt dat de fysiotherapeut toen meer dan twee behandelingen per week noodzakelijk achtte. Dit is door verzoeker echter niet aannemelijk gemaakt. Dit betekent dat ook het verzoek tot vergoeding van 13 behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering moet worden afgewezen.

*Slotsom*

- 8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 december 2022,

L. Ritzema

### **Informatie voor partijen**

*Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.*

*Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl).*

### **BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering



---

# 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 de eerste behandeling na 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 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
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.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

### 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 en van een matige ziektelast of een voldoende fysieke capaciteit:
    - 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 B van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties en van een hoge ziektelast en een beperkte fysieke capaciteit of 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.

Tijdens de opname met een medische indicatie in een instelling voor medisch specialistische zorg is de kraamzorg inbegrepen in de verpleging en verzorging. De medisch specialistische zorg wordt verleend door een medisch specialist of verloskundige.

### Verwijzing

Als opname en verzorging van moeder en/of kind(eren) op medische indicatie in de instelling voor medisch specialistische zorg plaatsvinden, is daarvoor voor aanvang van de behandeling een verwijzing van de verloskundige, huisarts, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist nodig.

### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

## B.8. Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck

### B.8.1. Fysiotherapie en/of oefentherapie vanaf 18 jaar

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Als u 18 jaar of ouder bent, bent u verzekerd voor fysiotherapie en/of oefentherapie als u beperkingen hebt door een aandoening die op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie" staat.

U vindt deze lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) op onze website en u kunt deze bij ons opvragen.

Per aandoening (genoemd op de lijst) omvat de zorg de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie vanaf de 21e behandeling (behandeling 1 tot en met 20 dus niet).

Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, bent u verzekerd voor behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn.

Bekkenfysiotherapie is beschreven in artikel B.8.2., fysiotherapie in de vorm van gesuperviseerde looptherapie bij claudicatio intermittens in artikel B.8.4., fysiotherapie in de vorm van gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van het heup- of kniegewricht in artikel B.8.5. en fysiotherapie in de vorm van gesuperviseerde oefentherapie bij COPD in artikel B.8.6.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel

A.21.

- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg extra verzekerd zijn. Als u recht hebt op vergoeding uit dit artikel, kan het dus zijn dat (een deel van) de eerste 20 behandelingen verzekerd zijn in uw aanvullende verzekering. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.8.3.

### B.8.2. Bekkenfysiotherapie vanaf 18 jaar

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Als u 18 jaar of ouder bent, omvat de zorg maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie, zolang u bij ons verzekerd bent.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
  - De zorg is vrijgesteld van het verplicht eigen risico als:
    - u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten; en
    - u naar een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener gaat.
- Op uw polisblad kunt u zien of u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten.
- In alle andere situaties wordt de zorg wel verrekend met het eigen risico.
  - In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook extra verzekerd zijn als gewone fysiotherapie. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
  - Kijk voor de voorwaarden in artikel B.8.3.

### B.8.3. Fysiotherapie en/of oefentherapie tot 18 jaar

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Als u jonger dan 18 jaar bent, omvat de zorg fysiotherapie en/of oefentherapie, als u beperkingen hebt door een aandoening:

- die op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie" staat.
- U vindt deze lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) op onze website en u kunt deze bij ons opvragen.
- U bent verzekerd voor de noodzakelijke behandelingen vanaf de 1e behandeling. Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, bent u verzekerd voor behandelingen tot uiterlijk het