

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie, behandeling hand, herstelzorg  
COVID-19, aantal behandelingen  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.6 en Bijlage  
1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022  
Zaaknummer : 202201333  
Zittingsdatum : 21 juni 2023

## 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 31 december 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 4 april 2023 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 21 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 25 april 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 25 mei 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023017243) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 30 mei 2023 aan partijen gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen tien dagen te reageren. Partijen hebben niet inhoudelijk op het advies gereageerd. Hiermee is het voorlopig advies definitief geworden.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 16 mei 2023 respectievelijk 25 mei 2023 verklaard niet te willen worden gehoord.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Best (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering VGZ Tand Beter is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker is in maart 2020 met COVID-19 opgenomen in een ziekenhuis in Spanje. Hier heeft hij gedurende vijf weken in coma gelegen, waarbij klachten aan zijn schouder, handen en voeten zijn ontstaan. Na een verblijf van vier maanden werd hij overgebracht naar een revalidatiecentrum in Nederland. Daar heeft hij vijf maanden verbleven, waarbij vooral de onderste extremiteiten zijn behandeld. De vingers aan de handen van verzoeker zijn hierdoor verstijfd en vergroeid. De huisarts heeft verzoeker verwezen naar een plastisch chirurg, die hem in april 2022 heeft geopereerd aan zijn hand. Daarna volgde een traject van fysiotherapie, gericht op de behandeling van hand en pols. De kosten hiervan heeft verzoeker gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.

- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker meegedeeld dat de eerste 20 behandelingen fysiotherapie niet worden vergoed.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 9 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 25 mei 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een advies uitgebracht.

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

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is alle behandelingen fysiotherapie aan hem te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.2. Verzoeker heeft hiertoe aangevoerd het onwenselijk te vinden dat hij deze behandelingen zelf moeten betalen. Het is hem bekend dat er richtlijnen zijn met betrekking tot de vergoeding van behandelingen fysiotherapie in verband met COVID-19. Ook is een verlenging van herstellzorg na COVID-19 mogelijk. Hij mag zijns inziens niet de dupe worden van de doorgemaakte aandoening. De behandeling begin 2022 en de fysiotherapeutische behandelingen die nu in geschil zijn, betreffen twee afzonderlijke gevallen.

#### 5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op een aanvullende vergoeding. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat verzoeker acute fysiotherapie voor spier-, pees- en fascia aandoening SAS heeft ontvangen van september 2021 tot 8 januari 2022. In 2022 heeft verzoeker een vergoeding ontvangen voor acute fysiotherapie vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering voor spier-, pees- en fascia aandoening WCS. Ook zijn er fysiotherapiebehandelingen in Spanje vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed in 2022. Dit betrof behandelingen van de schouder. Tot slot is er in juni 2022 een behandeling gestart voor chronische fysiotherapie voor de hand. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoeker recht op 20 behandelingen. Op 14 juni 2022 heeft de fysiotherapeut behandelingen gedeclareerd voor een chronische indicatie aan de vingers. Dit staat los van de behandeling van de schouder die verzoeker in Spanje heeft ondergaan. Deze behandeling komt voor vergoeding in aanmerking tot 14 juni 2023. De eerste 20 behandelingen zijn voor eigen rekening omdat het budget uit de aanvullende ziektekostenverzekering al was verbruikt. De 21e behandeling heeft de ziektekostenverzekeraar verrekend met het verplicht eigen risico. De volgende behandelingen zijn rechtstreeks vergoed aan de fysiotherapeut. Verzoeker moet er wel rekening mee houden dat voor 2023 eventueel ook het eigen risico verschuldigd is.
- 5.2. Op basis van de regeling voor herstellzorg na COVID-19 heeft verzoeker een eerste traject van maximaal 50 behandelingen en het vervolgtraject van maximaal 50 behandelingen doorlopen. Bij een herbesmetting had verzoeker opnieuw herstellzorg na COVID-19 kunnen aanvragen via de huisarts. Herstelzorg na COVID-19 is machtigingsvrij.

#### 6. **Advies Zorginstituut**

- 6.1. In het advies van 25 mei 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

*"(...) De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.*

*Verzoeker is in april 2022 geopereerd aan zijn hand en heeft daarna fysiotherapeutische behandelingen gekregen. Niet in geschil is dat verzoeker aanspraak kan maken op postoperatieve*

fysiotherapie, genoemd in bijlage 1 van het Bzv. 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.

In dit geschil is het budget van de aanvullende ziektekostenverzekering voor fysiotherapie in het eerste kwartaal van 2022 verbruikt voor andere fysiotherapeutische zorg, waardoor de kosten van de eerste twintig behandelingen niet meer uit de aanvullende verzekering zijn vergoed door verweerder.

Verzoeker heeft in 2021 het maximum van twee behandeltrajecten paramedische herstellzorg voor COVID-19 ontvangen. Hierdoor is de regeling voor paramedische herstellzorg niet meer van toepassing voor het behandeltraject in 2022. Er is dus geen aanspraak meer mogelijk op vergoeding van deze kosten als onderdeel van paramedische herstellzorg na COVID-19 (op basis van de hiervoor geldende voorwaardelijke toelatingsregeling).

### **Conclusie**

De zorg in geschil is wel onderdeel van het basispakket, maar de eerste twintig behandelingen zijn wettelijk uitgesloten van vergoeding. Vergoeding op grond van de voorwaardelijke toelatingsregeling voor paramedische herstellzorg na COVID-19 is ook niet mogelijk.

### **Het advies**

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: De eerste twintig behandelingen van postoperatieve fysiotherapie na een handoperatie 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) 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 aanspraak op fysiotherapie is geregeld in artikel 27 van de voorwaarden van de zorgverzekering, en betreft een uitwerking van artikel 2.6 Bzv. De indicaties waarvoor fysiotherapie is gedekt onder de zorgverzekering zijn omschreven in Bijlage 1 Bzv.
- 8.3. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd, en door verzoeker is niet bestreden, dat verzoeker tweemaal 50 behandelingen fysiotherapie heeft gehad in het kader van paramedische herstellzorg na COVID-19. Dit betreft het maximaal aantal behandelingen dat kan worden vergoed vanuit de zorgverzekering na een besmetting met COVID-19, zo volgt uit artikel 27 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Gesteld noch gebleken is dat sprake is geweest van een Covid-19 herbesmetting. Hoewel de klachten waarvoor verzoeker wordt behandeld volgens hem hun

oorzaak vinden in de eerdere besmetting met COVID-19, heeft hij geen aanspraak meer in het kader van paramedische herstellzorg na COVID-19 en moet de vergoeding van de fysiotherapie in vervolg op de operatie aan de hand worden beoordeeld op basis van de voorwaarden voor reguliere fysiotherapie.

- 8.4. In Bijlage 1, eerste lid, sub d, onder 5°, Bzv is de aanspraak op postoperatieve fysiotherapie geregeld. Daarin is bepaald dat aanspraak bestaat op fysiotherapie bij een 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. In Bijlage 1, vijfde lid, Bzv is bepaald dat de duur van de behandeling maximaal twaalf maanden is, in aansluiting op ontslag naar huis of beëindiging van de behandeling in de instelling. Daarmee is sprake van een chronische indicatie. In artikel 27 van de zorgverzekering is bepaald dat in geval van een zodanige indicatie de eerste 20 behandelingen fysiotherapie niet worden vergoed. Naar de commissie begrijpt, heeft de ziektekostenverzekeraar vanaf de 21e behandeling een vergoeding verleend voor de fysiotherapie die verzoeker in verband met de operatie aan zijn hand nodig heeft. De 21e behandeling is ten laste gebracht van het verplicht eigen risico 2022. Gelet op het bepaalde aan het slot van artikel 27 en in artikel 7 van de zorgverzekering valt fysiotherapie onder het verplicht eigen risico, wat overigens door verzoeker niet is bestreden. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve in overeenstemming met de voorwaarden van de zorgverzekering en de hieraan ten grondslag liggende regelgeving vergoeding verleend. Verzoeker heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de zorgverzekering.

#### *Aanvullende ziektekostenverzekering*

- 8.5. Artikel 10 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op 20 behandelingen fysiotherapie per jaar. Dit aantal behandelingen geldt niet per indicatie, zoals verzoeker lijkt te veronderstellen, maar per kalenderjaar. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat de 20 behandelingen in 2022 reeds waren verbruikt in het kader van de fysiotherapie die verzoeker heeft gehad voor de behandeling van zijn schouder in Spanje. Verzoeker heeft niet bestreden deze vergoeding te hebben ontvangen, zodat de commissie dit als vaststaand aanneemt. Nu het maximum van 20 werd bereikt, heeft verzoeker voor 2022 geen aanspraak op vergoeding van meer behandelingen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

#### *Slotsom*

- 8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

#### 9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 juli 2023,

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
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

- De dag waarop de zorgverzekering eindigt
- Of voor u op die dag een eigen risico gold en zo ja, voor welk bedrag.

Als de verzekeringsplicht is geëindigd, dan wordt dit ook op het bewijs van einde vermeld.

## 6.6. Verzekering van onverzekerden

Als het CAK op grond van artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet deze zorgverzekering namens u heeft gesloten, dan geldt het volgende:

- U kunt deze zorgverzekering vernietigen als u ons en het CAK binnen 2 weken aantooit dat u al een zorgverzekering heeft gesloten. De termijn van 2 weken gaat in op de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd dat zij deze zorgverzekering namens u heeft gesloten;
- Wij kunnen deze zorgverzekering wegens dwaling vernietigen als blijkt dat u niet verzekeringsplichtig bent;
- U kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste 12 maanden niet opzeggen. Na deze 12 maanden gelden de gebruikelijke opzeggingsmogelijkheden zoals vermeld in artikel 6.3.

## Artikel 7. Verplicht eigen risico

### 7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, dan geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

### 7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

- Huisartsenzorg. Het eigen risico geldt wel voor geneesmiddelen. Het eigen risico geldt ook voor onderzoek en diagnostiek die op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder worden uitgevoerd en in rekening worden gebracht. Zie artikel 11, Huisartsenzorg;
- Een gecombineerde leefstijlinterventie zoals omschreven in artikel 13;
- Verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 14;
- Verloskundige zorg door een verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico. Zie artikel 15.1, Verloskundige zorg en artikel 16, Medisch specialistische zorg;
- Plaatsen en verwijderen van een spiraaltje door een huisarts of verloskundige. Het eigen risico geldt wel voor het spiraaltje. Zie artikel 35 Geneesmiddelen en het Reglement hulpmiddelen voor de vergoeding van het spiraaltje;
- Kraamzorg. Zie artikel 15.2, Kraamzorg;
- Het stoppen-met-rokenprogramma zoals omschreven in artikel 24;
- De door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico. Zie artikel 35, Geneesmiddelen;
- De door ons geselecteerde zorgaanbieders voor de proeftuin Blauwe Zorg in de regio Maastricht en Heuvelland, voor zover zij de door ons geselecteerde voorkeurslongmedicatie leveren. U vindt de geselecteerde zorgaanbieders en voorkeurslongmedicatie in het Reglement farmaceutische zorg bijlage D en E. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico. Zie artikel 35, Geneesmiddelen;
- De als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Zie artikel 36, Dieetpreparaten;
- Hulpmiddelen in bruikleen. Zie artikel 37, Hulpmiddelen en verbandmiddelen;

- Zorg die verband houdt met een donatie bij leven, nadat de periode zoals genoemd in artikel 22 punt d, Transplantatie van weefsels en organen is verstreken;
- Vervoer van een donor zoals genoemd in artikel 22 punt e en f, Transplantatie van weefsels en organen als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten;
- Eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

### 7.3. Voor welke zorgaanbieders en zorgarrangementen geldt het verplicht eigen risico niet?

Wij hebben de mogelijkheid om zorgaanbieders of zorgarrangementen aan te wijzen waarbij u geen of maar een gedeeltelijk bedrag aan verplicht eigen risico verschuldigd bent. Dit geldt ook voor nader aan te wijzen gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte zorgarrangementen. Deze informatie vindt u op onze website.

### 7.4. Berekening hoogte verplicht eigen risico

Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij het eigen risico als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

#### Voorbeeld

De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar telt 365 dagen. Het eigen risico is: € 385 x 30 gedeeld door 365 is € 31,64 en wordt afgerond op € 32.

### 7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het eigen risico, worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in 1 bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

## Artikel 8. Vrijwillig eigen risico

### 8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan kunt u kiezen uit een zorgverzekering met een vrijwillig eigen risico van: € 0, € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting staan op het polisblad.

### 8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico?

Het vrijwillig eigen risico geldt voor dezelfde zorgvormen als vermeld in artikel 7.2.

### 8.3. Berekening hoogte vrijwillig eigen risico

8.3.1. Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij het vrijwillig eigen risico als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

#### Voorbeeld

U heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100. De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar telt 365 dagen. Het vrijwillig eigen risico is: € 100 x 30 gedeeld door 365 is € 8,22 en wordt afgerond op € 8. Het verplicht eigen risico is € 385 x 30 gedeeld door 365 is € 31,64 en wordt afgerond op € 32. Het totale eigen risico bedraagt € 40 (€ 32 verplicht eigen risico en € 8 vrijwillig eigen risico).



## Artikel 27. Fysiotherapie en Oefentherapie

Fysiotherapie en oefentherapie is zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Deze zorg omvat:

### Jonger dan 18 jaar

- Behandeling van aandoeningen waarvoor een langdurige of chronische behandeling nodig is. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn.
- 9 behandelingen per kalenderjaar voor een aandoening die niet op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie staat. Maximaal 9 extra behandelingen als u nog last heeft van de aandoening: in totaal maximaal 18 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

### 18 jaar en ouder

#### Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie

Eenmalig 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.

#### Oefentherapie bij etalagebenen

Maximaal 37 behandelingen oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut (looptraining) bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen) in een periode van maximaal 12 maanden.

#### Oefentherapie bij artrose heup- of kniegewricht

Maximaal 12 behandelingen oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij artrose van heup- of kniegewricht in een periode van maximaal 12 maanden.

#### Oefentherapie bij COPD

Oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) GOLD klasse II en hoger. Het aantal behandelingen is afhankelijk van de ernst van de klachten en het risico op longaanvallen volgens de GOLD groep A, B, C of D. Groep B wordt vervolgens onderverdeeld in:

- B1: matige ziektelast of een voldoende fysieke capaciteit
- B2: hoge ziektelast en beperkte fysieke capaciteit

Groep	A	B1	B2 en C	D
Eerste 12 maanden Het aantal behandelingen in de periode van 12 maanden na de start van de behandeling is maximaal	5	27	70	70
Na 12 maanden Het aantal behandelingen voor iedere periode van 12 maanden na het eerste jaar is maximaal	0	3	52	52

#### Behandeling van chronische aandoeningen

Behandeling van aandoeningen waarvoor een langdurige of chronische behandeling nodig is. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn. De eerste 20 behandelingen krijgt u niet vergoed.

## 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 vaat-aandoeningen, 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.

## Alle leeftijden

### Fysiotherapie bij artritis

Voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg gefinancierd door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) omvat fysiotherapie ook:

- a. van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023 langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen
- b. van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023 langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen.

### Fysiotherapie en oefentherapie die gericht is op de directe herstelzorg van patiënten met ernstige COVID-19

U kunt tot 1 augustus 2022 aanspraak maken op:

- a. Maximaal 50 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie in een periode van maximaal 6 maanden na de eerste behandeling. U heeft hiervoor een verwijsbrief nodig van de huisarts of medisch specialist. De verwijsbrief moet uiterlijk 6 maanden na het acute ziektestadium van ernstige COVID-19 zijn afgegeven. U moet binnen een maand nadat de verwijsbrief is afgegeven, starten met de fysiotherapie en/of oefentherapie.
- b. Maximaal 50 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie in een periode van maximaal nog eens 6 maanden in aansluiting op de periode bedoeld onder a. U heeft hiervoor een verwijsbrief nodig van de huisarts of medisch specialist. U moet binnen een maand nadat de verwijsbrief is afgegeven, starten met de fysiotherapie en/of oefentherapie.

U heeft alleen aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie die gericht is op de directe herstelzorg van patiënten met ernstige COVID-19 als u deelneemt aan onderzoek en voor zover van toepassing een aanvullende analyse van de zorgverlening. Of als het onderzoek en de analyse nog niet zijn gestart, moet u bereid zijn daaraan deel te nemen. Ook moet u toestemming geven voor het verzamelen van aanvullende gegevens aan de hand van vragenlijsten en extra onderzoeken. U moet ook toestemming geven voor het geanonimiseerd delen van uw behandelgegevens. Onder onderzoek wordt verstaan hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg gefinancierd door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) en aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht.

### Dit is niet verzekerd:

- 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.

### Eigen risico

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

### Hier kunt u terecht

1. Bij een fysiotherapeut, heilgymnast-masseur, kinderysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of manueel therapeut
2. Bij een oefentherapeut Cesar/Mensendieck of kinderoefentherapeut
3. Oedeemtherapie mag alleen worden verleend door een oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### **ParkinsonNet**

Heeft u de ziekte van Parkinson en heeft u fysiotherapie of oefentherapie nodig? Dan kunt u terecht bij fysiotherapeuten of oefentherapeuten aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie op onze website.

#### **Chronisch ZorgNet**

Heeft u oefentherapie (looptraining) nodig vanwege etalagebenen (claudicatio intermittens)? Dan kunt u terecht bij fysiotherapeuten of oefentherapeuten aangesloten bij Chronisch ZorgNet. Kijk voor meer informatie op onze website.

#### **Toestemming**

U heeft 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 heeft een verklaring nodig van uw huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist of physician assistant waaruit blijkt dat u behandeld moet worden voor een aandoening die is opgenomen in deze lijst. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

## **Artikel 28. Logopedie**

Logopedie is zorg zoals logopedisten die 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.

#### **Dit is niet verzekerd:**

Logopedische behandelingen in verband met:

- Dyslexie
- Taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid
- Spreken in het openbaar
- Voordrachtskunst.

#### **Logopedie die gericht is op de directe herstellzorg van patiënten met ernstige COVID-19**

U kunt tot 1 augustus 2022 aanspraak maken op:

- a. Logopedie in een periode van maximaal 6 maanden na de eerste behandeling. U heeft hiervoor een verwijfsbrief nodig van de huisarts of medisch specialist. De verwijfsbrief moet uiterlijk 6 maanden na het acute ziektestadium van ernstige COVID-19 zijn afgegeven. U moet binnen een maand nadat de verwijfsbrief is afgegeven, starten met de logopedie.
- b. Logopedie gedurende maximaal nog eens 6 maanden in aansluiting op de periode bedoeld onder a. U heeft hiervoor een verwijfsbrief nodig van de huisarts of medisch specialist. U moet binnen een maand nadat de verwijfsbrief is afgegeven, starten met de logopedie.

U heeft alleen aanspraak op logopedie die gericht is op de directe herstellzorg van patiënten met ernstige COVID-19 als u deelneemt aan onderzoek en voor zover van toepassing een aanvullende analyse van de zorgverlening. Of als het onderzoek en de analyse nog niet zijn gestart, moet u bereid zijn daaraan deel te nemen. Ook moet u toestemming geven voor het verzamelen van aanvullende gegevens aan de hand van vragenlijsten en extra onderzoeken. U moet ook toestemming geven voor het geanonimiseerd delen van uw behandelgegevens. Onder onderzoek wordt verstaan hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg gefinancierd door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) en aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht.

#### **Eigen risico**

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

# FYSIOTHERAPIE

## Artikel 10. Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck en oedeemtherapie

### Dit krijgt u vergoed

De kosten van:

1. fysiotherapie
2. oefentherapie Cesar/Mensendieck
3. oedeemtherapie

VGZ Aanvullend Instap	VGZ Aanvullend Goed	VGZ Aanvullend Beter	VGZ Aanvullend Best
<ul style="list-style-type: none"><li>• maximaal 6 behandelingen per kalenderjaar.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar;</li><li>• voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• maximaal 16 behandelingen per kalenderjaar;</li><li>• voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• maximaal 20 behandelingen per kalenderjaar;</li><li>• voor manuele fysiotherapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar.</li></ul>

### Dit krijgt u niet vergoed

- Arbocuratieve zorg en re-integratietrajecten;
- Behandelingen en behandelprogramma's om de conditie te verbeteren, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

### Let op

De behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet vergoed uit uw aanvullende verzekering. Dat geldt voor:

#### Jonger dan 18 jaar

Chronische aandoeningen: alle behandelingen.

Niet-chronische aandoeningen: de 1e 18 behandelingen.

#### 18 jaar en ouder

Chronische aandoeningen: vanaf de 21e behandeling.

Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie: de 1e 9 behandelingen

Oefentherapie:

- Bij etalagebenen: de 1e 37 behandelingen
- Bij artrose van heup- of kniegewricht: de 1e 12 behandelingen
- Bij COPD vanaf stadium Gold II: de zorgverzekering vergoedt een maximum aantal behandelingen oefentherapie.

De behandelingen oedeemtherapie die u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt, krijgt u niet uit uw aanvullende verzekering vergoed. Dit geldt voor:

#### 18 jaar en ouder

- Chronische aandoeningen: vanaf de 21e behandeling.

De chronische aandoeningen staan in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). U vindt deze Lijst op onze website.

### Hier kunt u terecht

1. Fysiotherapie: bij een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of manueel therapeut
2. Oefentherapie Cesar/Mensendieck: bij een oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kinderoefentherapeut of psychosomatisch oefentherapeut
3. Oedeemtherapie: bij een oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben of gaat u naar een niet door ons gecontracteerde

zorgverlener in het buitenland, die vergelijkbare zorg levert? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling (zitting) in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners aanvullende verzekeringen' en 'Lijst maximale vergoedingen buitenland' op onze website. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website.

**Let op**

Wij hebben voor fysiotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

## ERGOTHERAPIE

### Artikel 11. Ergotherapie

**Dit krijgt u vergoed**

De kosten van ergotherapie met als doel een grotere of betere zelfredzaamheid. Vanuit de zorgverzekering heeft u aanspraak op 10 behandelingen ergotherapie per kalenderjaar. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop.

VGZ Aanvullend Instap	VGZ Aanvullend Goed	VGZ Aanvullend Beter	VGZ Aanvullend Best
geen vergoeding	<ul style="list-style-type: none"> <li>• maximaal 5 behandelingen per kalenderjaar</li> <li>• uw zorgverlener declareert de behandel tijd in kwartieren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• maximaal 5 behandelingen per kalenderjaar</li> <li>• uw zorgverlener declareert de behandel tijd in kwartieren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• maximaal 5 behandelingen per kalenderjaar</li> <li>• uw zorgverlener declareert de behandel tijd in kwartieren.</li> </ul>

**Hier kunt u terecht**

Bij een ergotherapeut.

**Let op**

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website. Wij hebben voor ergotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson gespecialiseerde zorgverleners gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet.

## ANTICONCEPTIE

### Artikel 12. Anticonceptiemiddelen vanaf 21 jaar

**Dit krijgt u vergoed**

Anticonceptiemiddelen voor verzekerden vanaf 21 jaar, die volgens de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt. Denk aan: anticonceptiepil, anticonceptiestafje, spiraaltje, ring of pessarium.

VGZ Aanvullend Instap	VGZ Aanvullend Goed	VGZ Aanvullend Beter	VGZ Aanvullend Best
geen vergoeding	maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)	maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)	maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)

**Hier kunt u terecht**

Bij een door ons gecontracteerde apotheker of apotheekhoudende huisarts. Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudende huisarts waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij de kosten niet. Een overzicht van de door

---

# 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.

---

# 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.