



Advies Zorginstituut Nederland in een geschil over de uitvoering van de zorgverzekering

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 15 augustus 2022 aan Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verzoeker en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van fysiotherapie.

Bij de adviesaanvraag heeft de SKGZ een kopie van het dossier gestuurd. Het Zorginstituut brengt een voorlopig advies uit, dat nog aangepast kan worden als uit het verslag van de hoorzitting en/of aanvullende stukken nieuwe feiten of omstandigheden naar voren komen.

In de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering is de aanspraak op fysiotherapie omschreven. Dit komt overeen met de Zvw.

Vooraf merkt het Zorginstituut nog op dat zijn adviestaak beperkt is tot de vraag of verzoeker aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Dit betekent dat het Zorginstituut twee vragen beantwoordt. Namelijk, of de zorg in geschil onderdeel is van het basispakket en vervolgens of verzoeker op deze zorg is aangewezen. Dit laatste is een medische beoordeling. Er is een BIG-geregistreerde medisch adviseur betrokken bij de beoordeling van het geschil. Het Zorginstituut baseert het advies op de beschikbare informatie in het toegezonden dossier.

Het advies van het Zorginstituut kan geen betrekking hebben op een beslissing van verweerder op basis van de aanvullende verzekering of coulance.

Situatie van verzoeker

Verzoeker heeft een voorgeschiedenis van meerdere hernia-operaties wegens rugklachten. Hierbij is littekenweefsel ontstaan, waardoor geen operatie meer mogelijk is. In maart 2021 namen de klachten toe. De neuroloog constateerde bij verzoeker een hernia nucleii pulposi (HNP) op niveau L3/L4, met sensomotorische uitval gedurende vijf weken. Verzoeker had krachtverlies in zijn rechterbeen en was niet in staat hierop te steunen. In samenspraak met de neuroloog en de huisarts is ervoor gekozen om twaalf maanden te trainen bij een fysiotherapeut om te voorkomen dat de hernia erger zou worden. Volgens verzoeker zijn er drie aanvragen ingediend bij verweerder voor vergoeding van de fysiotherapeutische behandeling, waarvan er twee verloren zijn gegaan. Pas op 5 november bereikte het bericht verzoeker, dat de behandelingen voor fysiotherapie gedurende een periode van drie maanden werd gemachtigd. Verzoeker is van mening dat de behandelingen voor fysiotherapie in zijn situatie volledig moeten worden vergoed.

Verweerder heeft de vergoeding voor fysiotherapeutische behandeling afgewezen. Volgens verweerder valt de situatie van verzoeker onder artikel 1 onderdeel a, subonderdeel 10 van het Besluit zorgverzekering. Echter is in artikel 1, lid 2 van het Besluit zorgverzekering het volgende opgenomen: *“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.”* Volgens verweerder is daarom een akkoordverklaring gegeven voor de duur van drie maanden met als startdatum 24 maart 2021 en einddatum 23 juni 2021. Omdat de eerste twintig behandelingen niet vanuit de basisverzekering vergoed mogen



worden, heeft verzoeker dertien behandelingen vanuit de aanvullende verzekering vergoed gekregen. De overige zeven behandelingen heeft verzoeker zelf betaald. De eenentwintigste behandeling is uitgevoerd op 6 juli 2021. Vanaf dat moment bestaat volgens verweerder aanspraak op vergoeding vanuit de basisverzekering.

Volgens de administratie van verweerder heeft verzoeker in de periode tussen 24 maart en 23 juni 2021 twintig behandelingen fysiotherapie gehad. De eenentwintigste behandeling heeft verzoeker op 6 juli 2021 gehad. Deze datum valt buiten de akkoordverklaring en dat betekent dat alle behandelingen daarna niet vanuit de basisverzekering vergoed kunnen worden.

Juridisch kader

Op grond van artikel 2.6 lid 2 Besluit zorgverzekering (Bzv) omvat fysiotherapie zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 van het Bzv ('chronische lijst') 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. De aandoening op bijlage 1 waar dit geschil betrekking op heeft is omschreven als 'radiculair syndroom met motorische uitval'.¹ Hiervoor geldt een maximale duur van drie maanden.²

Beoordeling

De informatie in het dossier is juridisch beoordeeld.

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.

¹ Bijlage 1 lid 1 onderdeel a, subonderdeel 10 Bzv

² Bijlage 1 lid 2 Bzv



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.