



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

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 26 april 2023 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 de eerste twintig behandelingen van postoperatieve fysiotherapie na een handoperatie.

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 artikel 27 van 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 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, maar de vingers zijn verstijfd en vergroeid. In 2021 heeft verzoeker twee behandeltrajecten paramedische herstellzorg voor COVID-19 ontvangen. Dit is het maximum aantal trajecten voor deze zorg.

Wegens spier-, pees- en fascie aandoeningen en verdere herstellzorg na COVID-19 heeft verzoeker fysiotherapie ontvangen van september 2021 tot 8 januari 2022, en van 17 januari 2022 tot 22 maart 2022. Verzoeker heeft hiervoor in 2022 een vergoeding vanuit zijn aanvullende zorgverzekering ontvangen tot de maximale vergoeding voor 2022, zijnde twintig behandelingen.

De huisarts heeft verzoeker in 2022 verwezen naar een plastisch chirurg, die hem in april 2022 heeft geopereerd aan zijn hand. Vanaf juni 2022 volgde een traject van postoperatieve fysiotherapie om de functie van zijn hand weer zo goed mogelijk terug te krijgen.

Verweerder heeft verzoeker meegedeeld dat dit behandeltraject als chronische indicatie op basis van bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering kan worden vergoed, met uitzondering van de eerste twintig behandelingen fysiotherapie. Omdat de aanvullende verzekering al maximaal was aangesproken, kunnen de kosten van de eerste twintig behandelingen niet meer ten laste daarvan worden gebracht.



Verzoeker vindt het onwenselijk dat hij de eerste twintig behandelingen zelf zou moeten betalen. Het is hem bekend dat er richtlijnen zijn met betrekking tot de vergoeding van behandelingen in verband met COVID-19. De behandelingen in het begin van 2022 en de fysiotherapeutische behandelingen die nu in geschil zijn, betreffen twee afzonderlijke gevallen.

Juridisch kader

Op grond van artikel 2.6, tweede lid, van het 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 waar dit geschil betrekking op heeft valt onder bijlage 1, eerste lid onderdeel d, onder 5. Het betreft postoperatieve fysiotherapie. In artikel 2.6, vijfde lid van het Bzv is bepaald dat de duur van de behandeling maximaal twaalf maanden is in aansluiting op de eerste behandeling na ontslag naar huis of beëindiging van de behandeling in een ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie.

Beoordeling

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.