



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

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 4 februari 2022 aan Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verzoekster en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van de zorgkosten die bij verweerder zijn gedeclareerd.

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 medisch-specialistische zorg omschreven. Dit komt overeen met de Zvw.

Vooraf merkt het Zorginstituut nog op dat zijn adviestaak beperkt is tot de vraag of verzoekster 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 verzoekster 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 verzoekster

Verzoekster heeft op 29 december 2019 een schouderbreuk opgelopen in Zuid-Frankrijk. Deze breuk is de volgende dag operatief hersteld middels een metalen plaat. In verband met de covid maatregelen kon ze niet direct naar Nederland reizen voor een vervolgbehandeling. Daarom is zij voor revalidatie aldaar verwezen. Aangezien de revalidatiekliniek 20 km verderop was, ging ze akkoord met de verwijzing naar een eerstelijns kinesitherapeut (op 2 km afstand).

De 39 sessies worden in eerste instantie niet vergoed door verweerder (brief aan verzoekster op 25 november 2020), aangezien de behandeling werd uitgevoerd door een fysiotherapeut en niet door een revalidatiearts. Verzoekster is het hiermee niet eens. Verzoekster betoogt in haar brief van 8 december 2020 aan de SKGZ dat revalidatie na een armbreuk een behandeltraject van 3-6 maanden vergt inclusief fysiotherapeutische handelingen. Verzoekster is immers door een arts verwezen voor deze noodzakelijke therapie.

In een aanvulling van verweerder aan de SKGZ (brief 26 januari 2021) wordt aangegeven, dat fysiotherapie zou kunnen worden vergoed vanuit de aanvullende verzekering, maar alleen als de fysiotherapie in Nederland is gegeven. Op 10 februari 2021 vult verweerder nog schriftelijk aan de SKGZ aan, dat verzoekster geen aanvullende verzekering heeft, maar dat het in 'sommige situaties' mogelijk is om de gegeven fysiotherapie te vergoeden vanuit de basisverzekering. Hierbij stelt verweerder de kinesitherapeut gelijk aan een in Nederland BIG-geregistreerde fysiotherapeut. Aandoeningen die hiervoor in aanmerking komen staan in artikel 2.6 Bzv dan wel de bijlage 1 van de Bzv. Dit



houdt wel in dat de eerste 20 sessies niet vergoed worden. Tot slot geeft verweerder op 8 december 2021 aan in een brief aan de SKGZ, dat ze bereid is alle 39 sessies voor 75% te vergoeden, maar dat dit dan wel ten laste komt van het eigen risico. Verzoekster is hiermee niet akkoord gegaan (brief SKGZ 16 januari 2022).

Uit de brief van 4 februari 2022 van de SKGZ aan het Zorginstituut wordt naast de 39 fysiotherapie behandelingen ook over andere niet vergoede (en veel lagere kosten) gesproken, zoals bezoek aan de huisarts, medicijnen, labonderzoek, verbandmiddelen, controle bij de chirurg en bezoek aan een cardioloog. Uit het dossier lijkt het er inmiddels op dat deze kosten, deels vanuit het verplichte eigen risico, zijn gedekt. In dit advies beperkt het Zorginstituut zich dan ook tot de vergoeding voor fysiotherapie.

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 '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'.¹ Verder geldt voor de fysiotherapeutische behandeling van deze aandoening een maximale duur van 12 maanden in aansluiting op ontslag naar huis of beëindiging van de behandeling in de instelling.²

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Er is weliswaar (nog) geen officiële richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie (NVT) of van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Wel staat op de website van de NVT (www.trauma.nl/pub/letsel/gebroken-bovenarm-ter-hoogte-van-de-schouder) uitleg over de periode dat de nabehandeling duurt; het kan meer dan 6-12 weken duren totdat de schouder weer normaal kan worden gebruikt. Begeleiding en beweging (eerst passief, geleidelijk aan actiever) vindt veelal plaats met de hulp van een fysiotherapeut.

In de correspondentie tussen verweerder en verzoekster wordt in eerste instantie over revalidatie in engere zin gesproken. In deze casus is er geen indicatie voor een dergelijk revalidatietraject. Uit het dossier blijkt niet dat er sprake is van medisch-specialistische revalidatie. De behandeling door een kinesitherapeut is te vergelijken met een fysiotherapeutische behandeling in Nederland. Wel is er een indicatie voor fysiotherapeutische begeleiding. Zoals bovenstaand aangegeven valt het herstel na een ziekenhuisopname onder de basisverzekering. De eerste 20 sessies moeten wel zelf worden betaald, aangezien verzoekster hiervoor geen aanvullende verzekering heeft afgesloten. In het kader van een goed herstel van de bovenarm-/schouderfunctie is verzoekster op fysiotherapie aangewezen.

¹ Bijlage 1 lid 1 onderdeel d subonderdeel 5 Bzv

² Bijlage 1 lid 5 Bzv



Opmerkingen

Verweerder heeft in de brief van 9 december 2021 aan de SKGZ aangeboden om alle 39 sessies voor 75% te vergoeden, rekening houdend met het eigen risico van verzoekster. Verzoekster zou dan nog omgerekend 10 sessies zelf moeten betalen in plaats van de wettelijke 20 sessies.

Conclusie

Uit het dossier blijkt niet dat er sprake is van medisch-specialistische revalidatie. Op basis van de beschikbare informatie kan geconcludeerd worden dat verzoekster vanaf de 21^{ste} behandeling aanspraak kan maken op vergoeding van fysiotherapie behandeling ten laste van de basisverzekering op grond van de aandoening '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' met een maximale duur van 12 maanden. De eerste 20 behandelingen komen niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Verzoekster kan aanspraak maken op vergoeding van fysiotherapie vanaf de 21^{ste} behandeling vanuit de basisverzekering.