



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

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 8 mei 2020 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 behandelingen fysiotherapie en oedeemtherapie.

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 17 van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering is de aanspraak op paramedische 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. 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 vanaf 31 januari 2019 fysiotherapie naar aanleiding van een operatie. De behandelend fysiotherapeut heeft de behandelingen gedeclareerd bij verweerder met de diagnosecode 7001. Van de eerste twintig behandelingen zijn 12 behandelingen fysiotherapie ten laste van de aanvullende verzekering vergoed en 8 behandelingen kwamen voor eigen rekening van verzoekster.

Vanaf 27 september 2019 krijgt verzoekster ook behandelingen oedeemtherapie. De behandelend fysiotherapeut declareert de oedeemtherapie bij verweerder met de diagnosecode 7146. Omdat er twee verschillende diagnosecodes worden gebruikt komen de eerste twintig behandelingen tweemaal voor eigen rekening van verzoekster. Verzoekster is het daar niet mee eens.

Verweerder voert aan dat er twee chronische indicaties aan de orde zijn, omdat de behandelend fysiotherapeut twee diagnosecodes heeft gebruikt. Volgens verweerder geldt voor alle chronische indicaties een eigen bijdrage van twintig behandelingen. De eerste twintig oedeemtherapie behandelingen komen daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

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 aandoeningen op bijlage 1 waar dit geschil betrekking op heeft zijn 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' (diagnosecode 7001) en 'lymfoedeem' (diagnosecode 7146).¹ De behandelduur voor de indicatie 'status na opname (...)' is maximaal 12 maanden.²

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het dossier bevat geen medische informatie. Het is onduidelijk waarom de behandelend fysiotherapeut een andere declaratiecode is gaan hanteren. Zonder medisch inhoudelijke gegevens van de orthopeed met betrekking tot de knieoperatie en van de arts of fysiotherapeut die de indicatie voor oedeemtherapie heeft vastgesteld kan het Zorginstituut geen advies geven in dit geschil. Mogelijk kan het ook gaan om een administratieve fout waarbij per abuis een andere diagnosecode is gedeclareerd en daarbij een hoger tarief in rekening is gebracht.

Met ingang van 1 januari 2012 is het aantal niet vergoede behandelingen fysio- en oefentherapie gewijzigd in twintig. In de toelichting bij de wijziging is het volgende opgenomen: *"Met het wijzigen van artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering komen de eerste twintig fysiotherapie behandelingen bij een chronische aandoening voor verzekerden van achttien jaar en ouder voor eigen rekening. Voor de duidelijkheid, het gaat niet om de eerste twintig per kalenderjaar maar om de eerste twintig behandelingen voor een aandoening die vermeld is op bijlage 1. Er is immers niet geregeld dat het gaat om twintig behandelingen per kalenderjaar."*³

Dit betekent dat wanneer vast staat dat sprake is van twee verschillende aandoeningen ('status na opname (...)' en 'lymfoedeem'), de eerste twintig behandelingen per aandoening voor eigen rekening van verzoekster komen. Wanneer de declaraties echter dezelfde aandoening betreffen, die - al dan niet abusievelijk - onder een andere diagnosecode zijn gedeclareerd, dan komen slechts eenmaal de eerste twintig behandelingen voor eigen rekening.

Conclusie

Het Zorginstituut kan op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet beoordelen op grond van welke aandoening(en) op de chronische lijst verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van fysio- en oedeemtherapie ten laste van de basisverzekering en of de eerste twintig behandelingen tweemaal voor eigen rekening van verzoekster komen.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande.

¹ Bijlage 1, lid 1, sub d, onder 5 en Bijlage 1, lid 1, sub d, onder 3, bij het Bzv

² Bijlage 1, lid 5 bij het Bzv

³ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2011-467.html>