



Zorginstituut Nederland

201702132

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

03 APR. 2018

Aan de Geschillencommissie van
Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)
T.a.v. mevrouw mr.
Postbus 291
3700 AG ZEIST

Zorginstituut Nederland
Zorg

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon

2018013326

Datum 30 maart 2018
Betreft Advies als bedoeld in artikel 114 Zorgverzekeringswet

Zaaknummer
2018010914

Onze referentie
2018013326

Uw referentie
G47 201702132

Uw brief van
2 maart 2018

Geachte voorzitter, commissie,

U hebt op 2 maart 2018 aan Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid Zorgverzekeringswet (Zvw). Verzoekster en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van fysiotherapeutische hulp.

Bij uw adviesaanvraag hebt u ons ook een kopie van het dossier gestuurd, maar een verslag van de hoorzitting ontbreekt nog. Zorginstituut Nederland brengt daarom een voorlopig advies uit, dat nog aangepast kan worden als uit het verslag van de hoorzitting nieuwe feiten of omstandigheden naar voren komen.

In artikel 26 van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering is de aanspraak op fysiotherapie omschreven. Dit komt overeen met hetgeen daarover bij en krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

Vooraf merkt Zorginstituut Nederland 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. Het advies van Zorginstituut Nederland kan dus geen betrekking hebben op een beslissing van verweerder op basis van de aanvullende verzekering of coulance.

Medische beoordeling

Na kennisneming van het geschil heeft het Zorginstituut dit dossier voor een medische beoordeling voorgelegd aan zijn medisch adviseur. Deze heeft de stukken bestudeerd en deelt het volgende mee.

Casus

Verzoekster is bekend met progressieve scoliose. Uit de ontvangen stukken kan worden afgeleid dat verzoekster voor deze aandoening vanaf 2001 behandelingen heeft ondergaan. Daarnaast heeft verzoekster geruime tijd oedeemtherapie ontvangen na mamma-amputatie.

Verzoekster voert aan dat de behandelingen die zij in 2017 vanwege haar scoliose heeft ondergaan, vanuit de basisverzekering dienen te worden vergoed. Deze aandoening is namelijk opgenomen op Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Bzv). Volgens verweerder zijn in het geval van verzoekster echter nog géén twintig behandelingen fysiotherapie gedeclareerd.

Zorginstituut Nederland
Zorg

Datum
30 maart 2018

Onze referentie
2018013326

Beoordeling

Progressieve scoliose behoort tot één van de indicaties die zijn opgenomen in de chronische lijst (artikel 1 sub b onderdeel 2 van bijlage 1 bij het Bzv). Indien een indicatie op voornoemde lijst is opgenomen, komen de eerste twintig behandelingen voor rekening van de verzekerde of een eventueel afgesloten aanvullende verzekering. Hierna kunnen de behandelingen vanuit de basisverzekering worden vergoed. Hierbij is geen limiet van toepassing op het jaarlijks aantal behandelingen en de doorlooptijd van de behandeling. Wel geldt in algemene zin dat de verzekerde redelijkerwijs moet zijn aangewezen op de behandeling.

Uit het dossier blijkt dat verzoekster voor het eerst is behandeld in 2001 en er nadien behandelingen hebben plaatsgevonden in 2004, 2011, 2016 en 2017. Uit de stukken blijkt echter niet duidelijk welke diagnosecodes zijn gehanteerd bij deze declaraties. Verweerder is van mening dat voor de behandelingen in 2011 en 2016 een onjuiste CSI-code is toegepast. De medisch adviseur van het Zorginstituut is van oordeel dat het op basis van de stukken onduidelijk is of de behandelingen op de juiste wijze zijn gedeclareerd. Wellicht kan verzoekster in contact treden met de behandelend fysiotherapeut, zodat de CSI-codering alsnog kan worden aangepast.

Juridische beoordeling

Het aantal behandelingen van aandoeningen die op de chronische lijst staan en die verzekerde zelf dient te bekostigen voordat deze onder de basisverzekering vallen, is enkele malen gewijzigd. Tot 1 januari 2011 kwamen de eerste negen behandelingen fysiotherapie of oefen therapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder voor eigen rekening. Met ingang van 1 januari 2011 is het aantal niet vergoede behandelingen gewijzigd in twaalf en per 1 januari 2012 is dit aangepast naar twintig.

Voor wat betreft deze laatste aanpassing naar twintig behandelingen is een overgangsrecht geregeld. Dit is van toepassing op verzekerden die uiterlijk op 31 december 2011 voldoen aan de op dat moment geldende voorwaarde om in aanmerking te komen voor fysiotherapie of oefen therapie voor rekening van de basisverzekering.

*'Het gaat dan om mensen die uiterlijk op die datum twaalf behandelingen fysiotherapie of oefen therapie voor eigen rekening of ten laste van de aanvullende verzekering hebben gekregen. Zij hoeven vervolgens niet eerst nog acht behandelingen voor eigen rekening te nemen of ten laste van de aanvullende verzekering te laten komen. Eenzelfde overgangssituatie is door zorgverzekeraars gehanteerd toen het aantal behandelingen dat niet meer voor rekening van de zorgverzekering kwam per 1 januari 2011 verhoogd werd van negen naar twaalf.'*¹

¹ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2011-467.html>

In onderhavig geschil kunnen een drietal situaties worden onderscheiden. Hierbij wordt uitgegaan van behandelingen die vanaf 1 januari 2006 hebben plaatsgevonden.

- 1) Verzoekster heeft uiterlijk op 31 december 2011 twaalf behandelingen fysiotherapie of oefentherapie voor eigen rekening of ten laste van de aanvullende verzekering gekregen op grond van de indicatie progressieve scoliose. In dat geval dient met ingang van 1 januari 2012 na twaalf behandelingen (met IC 8) gedeclareerd te worden met IC 1. Voor zolang de aandoening van verzoekster als chronisch is aangemerkt, is er sprake van een vergoeding vanuit de basisverzekering.
- 2) Verzoekster heeft uiterlijk op 31 december 2016 twintig behandelingen fysiotherapie of oefentherapie voor eigen rekening of ten laste van de aanvullende verzekering gekregen op grond van de indicatie progressieve scoliose. In dat geval dient met ingang van 1 januari 2017 na 20 behandelingen (met IC 8) gedeclareerd te worden met IC 1. Voor zolang de aandoening van verzoekster als chronisch is aangemerkt, is er sprake van een vergoeding vanuit de basisverzekering.
- 3) Verzoekster heeft uiterlijk op 31 december 2017 twintig behandelingen fysiotherapie of oefentherapie voor eigen rekening of ten laste van de aanvullende verzekering gekregen op grond van de indicatie progressieve scoliose. In dat geval dient met ingang van 1 januari 2018 (in ieder geval nadat in totaal twintig behandelingen (met IC 8) zijn gedeclareerd) gedeclareerd te worden met IC 1. Voor zolang de aandoening van verzoekster als chronisch is aangemerkt, is er sprake van een vergoeding vanuit de basisverzekering.

Zorginstituut Nederland
Zorg

Datum
30 maart 2018

Onze referentie
2018013326

Het advies

Het Zorginstituut heeft kennisgenomen van de stukken en beoordeeld of verweerder terecht het gevraagde heeft afgewezen. Nu uit het dossier niet kan worden opgemaakt of de behandelingen op de juiste wijze zijn gedeclareerd, verwijst het Zorginstituut naar de uitkomsten in bovengenoemde situaties.

Hoogachtend,