



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

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 5 april 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 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 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. 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 is van 3 mei 2021 tot en met 8 juli 2021 voor een longrevalidatie behandeling opgenomen geweest in Revalidatiecentrum Merem te Hilversum. Bij brief d.d. 12 juli 2021 heeft de behandelend longarts verzoekster voor verdere behandeling verwezen naar de fysiotherapeut. De longarts heeft de volgende diagnoses gegeven: astma bronchiale, status na klinische longrevalidatiebehandeling en status na longembolie.

De behandelend fysiotherapeut verklaart, dat hij is gestart met het declareren op diagnosecode 002550 (inwendige organen Thorax). Op de aanvraag geeft de behandelaar aan dat er sprake is van astma, status na klinische longrevalidatie en een longembolie. Verweerder heeft de declaratie op deze diagnosecode afgewezen. Daarna is gedeclareerd op diagnosecode 002556 op basis van dezelfde omschrijving. Ook dit is afgewezen door verweerder.

Verweerder geeft aan dat zij vanaf 13 juli 2021 behandelingen fysiotherapie hebben vergoed uit de basisverzekering dan wel uit de aanvullende verzekering van verzoekster. Verweerder geeft aan dat zij in 2022 aanvragen hebben ontvangen waar sprake is van astma en longembolie. Deze indicatie komt volgens verweerder niet voor op bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering waardoor de vergoeding daarvan is afgewezen. Verweerder merkt hierbij op dat de fysiotherapeut de volgende codes declareert: 01/1500 en 04/1000 met de CSI code 009. De fysiotherapeut geeft hiermee volgens verweerder zelf aan dat het geen chronische indicatie fysiotherapie betreft die vanuit de basisverzekering voor vergoeding in aanmerking komt.



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.

De SKGZ heeft het Zorginstituut gevraagd om aandacht te besteden aan de volgende vragen:

"[Verzoekster] stelt dat bij haar sprake is van een status na opname als bedoeld in lid 1, sub d, onder 5 van bijlage 1 Bzv. Wilt u in uw advies toelichten of in de situatie van [verzoekster] sprake is van voornoemde indicatie?"

Verweerder heeft per brief d.d. 12 oktober 2021 aangegeven, dat de gestelde indicatie akkoord is volgens bijlage 1 van het Bzv, maar dat de diagnosecode in de aanvraag niet bij deze indicatie past. Verweerder geeft hierbij echter niet aan welke diagnosecode wel passend zou zijn. Verweerder ziet hierbij over het hoofd dat de chronische indicatie zoals bedoeld in artikel 1, lid 1, onder d, sub 5 van bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Bzv geen diagnose betreft, maar een situationele omschrijving. Bij deze chronische indicatie kunnen bij verschillende patiënten – afhankelijk van de reden voor opname in ziekenhuis, verpleeginrichting of instelling voor revalidatie, en de na ontslag volgende fysiotherapiebehandeling – vele verschillende diagnosecodes worden gebruikt, die passen bij de omschrijving van de diagnose waarvoor een bepaalde patiënt was opgenomen. Deze diagnosecodes hoeven niet als aparte items op de lijst van chronische indicaties van bijlage 1 bij artikel 2.6 Bzv voor te komen.

Op basis van voorgaande kan worden geconcludeerd dat verzoekster voldoet aan de indicatie zoals bedoeld in artikel 1, lid 1, onder d, sub 5 van bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Bzv.

"Daarnaast wordt in lid 1, sub d, onder 8 van bijlage 1 Bzv gesproken over een diffuse interstitiële longaandoening indien sprake is van ventilatoire beperking of diffusiestoornis. Is hiervan sprake bij [verzoekster]? En wordt hiermee hetzelfde bedoeld als de in artikel 27 van de polisvoorwaarden genoemde COPD GOLD klasse II?"

De SKGZ vraagt of bij verzoekster sprake kan zijn van niet in het dossier voorkomende diagnoses van de lijst van chronische indicaties, namelijk 'diffuse interstitiële longaandoening (indien sprake is van ventilatoire beperking of

¹ Artikel 1, lid 1, onder d, sub 5 van bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Bzv

² Bijlage 1 lid 5 Bzv



diffusiestoornis' of 'COPD (GOLD klasse II)'. De diagnoses die in het dossier benoemd zijn door de longarts in de brieven d.d. 12 juli 2021 en d.d. 8 september 2021 zijn de volgende:

- 1) adult onset, niet allergisch, niet eosinofiel astma bronchiale;
- 2) luchtwegen kolonisatie met *S. aureus*;
- 3) status na longembolie.

Het Zorginstituut kan op basis van de informatie in het dossier alleen aangeven of er voldoende informatie is ter onderbouwing van één of meerdere in het dossier voorkomende gestelde diagnoses en soms van nader noodzakelijke indicatiecriteria. Het Zorginstituut kan op basis van een dossier nooit zelf een diagnose stellen, noch verifiëren of een niet in het dossier benoemde diagnose toch aan de orde is. Het Zorginstituut kan alleen aangeven dat de diagnose COPD en de diagnose diffuse interstitiële longaandoening beide niet in het dossier zijn genoemd of onderbouwd.

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat verzoekster voldoet aan de indicatie zoals bedoeld in artikel 1, lid 1, onder d, sub 5 van bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Bzv. De diagnosecodes hoeven niet als aparte items op de lijst van chronische indicaties van bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Bzv voor te komen.

Naar aanleiding van de vraag van de SKGZ merkt het Zorginstituut op dat de diagnoses 'diffuse interstitiële longaandoening (indien sprake is van ventilatoire beperking of diffusiestoornis' en 'COPD (GOLD klasse II)' niet genoemd worden in het dossier.

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 ten laste van de basisverzekering. De beperking in behandelduur die bij deze indicatie is aangegeven is van toepassing.