

13 OKT 2014



Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

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

Zorginstituut Nederland
Pakket

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

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon

0530 2014130732

Datum 10 oktober 2014
Betreft Advies als bedoeld in artikel 114 Zorgverzekeringswet

Zaaknummer
2014123548

Onze referentie
2014130732

Uw referentie
G47 201401303

Uw brief van
23 september 2014

Geachte voorzitter, commissie,

U hebt op 23 september 2014 aan Zorginstituut Nederland advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid Zorgverzekeringswet. Verzoeker en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van fysiotherapie. 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.

Medische beoordeling

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

Verzoeker heeft een heupoperatie ondergaan en zou volgens haar eigen zeggen eigenlijk moeten worden opgenomen in een verpleeghuis. Zij geeft aan dat zij alleen toegestemd naar te huis gaan als zij fysiotherapie thuis zou krijgen. Dit werd haar ook toegezegd door haar behandelend orthopeed.

Verweerder weigert de fysiotherapie behandelingen te vergoeden omdat vergoeding pas aan de orde is bij de 21e behandeling. De eerste 20 behandelingen komen niet in aanmerking voor vergoeding. Deze kunnen worden vergoed vanuit de aanvullende verzekering, en daar heeft verzekerde al maximaal gebruik van gemaakt, aldus verweerder.

Aanspraak op fysiotherapie volgens de indicatie van de chronische lijst - in dit geval onder d5 - bestaat inderdaad pas bij de 21e behandeling. Verzoeker kreeg fysiotherapie uit de aanvullende verzekering en heeft daarmee of het totaal of een deel van de eerste 20 behandelingen ondergaan.

Uit de stukken is niet duidelijk wat de vergoeding van € 400,- omvat.

Daardoor is niet op te maken of dat er nog een deel van de behandelingen door verzoeker zelf betaald moet worden (vanuit de aanvullende verzekering of zelf).

Echter, vanwege dezelfde indicatie waarvoor verzekerde behandeld werd, vond de operatie plaats. Het is dan ook vreemd dat de eerste behandelingen niet mee zouden tellen voor de aanspraak vanaf de 21e behandeling. De genoemde behandeling tellen mee voor de voorliggende twintig behandelingen daar het niet een andere betreft indicatie betreft, aldus de medisch adviseur.

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
10 oktober 2014

Onze referentie
2014130732

Juridische beoordeling

In artikel 25 van de overeengekomen zorgverzekering is voor verzekerden van 18 jaar en ouder bepaald de kosten van de eerste 20 behandelingen per aandoening voor eigen rekening komen. Dit komt overeen met hetgeen daarover bij en krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Deze behandelingen kunnen mogelijk worden vergoed als een verzekerde een aanvullende verzekering heeft.

Zorginstituut Nederland heeft kennisgenomen van de stukken en beoordeeld of verweerder terecht het gevraagde heeft afgewezen. Op basis van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering en het advies van de medisch adviseur, is Zorginstituut Nederland van oordeel dat verzoeker de behandelingen die verzoeker al heeft ondergaan meetellen voor de aanspraak vanaf de 21^e behandeling omdat de indicatie waarvoor verzoeker is behandeld hetzelfde is.

Ten slotte merkt Zorginstituut Nederland nog op dat de adviestaak van Zorginstituut Nederland beperkt is tot de vraag of een verzekerde 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 een zorgverzekeraar op basis van de aanvullende verzekering.

Hoogachtend,