



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

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 22 december 2021 aan Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verzekerde 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 artikel 2.6 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 verzekerde 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 verzekerde 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 verzekerde

Verzekerde betreft een 67-jarige vrouw bij wie in oktober 2019 de diagnose mammacarcinoom links is gesteld. Hiervoor volgden diverse behandelingen: chemotherapie, gevolgd door operatieve behandeling, gevolgd door radiotherapie en hormoonbehandelingen. Ook werd zij sinds 25 november 2019 pre-operatief en later postoperatief behandeld door een fysiotherapeut om haar conditie zoveel mogelijk te behouden en te verbeteren. Na verwijzing van de bestralingsarts is verzekerde op 13 oktober 2020 gestart met oedeemtherapie naast de eerder genoemde fysiotherapeutische behandelingen. Verzekerde heeft verweerder verzocht om vergoeding van training bij kanker, de oncologische fysiotherapie na mammacarcinoom en de oedeemtherapie vanuit de basisverzekering.

Verweerder heeft het verzoek gedeeltelijk afgewezen. De behandelingen pre-operatieve training bij kanker en de oncologische fysiotherapie na mammacarcinoom heeft verweerder wel vergoed vanaf de 21^e behandeling. De eerste twintig behandelingen zijn deels vergoed vanuit de aanvullende verzekering van verzoekster en deels zelf door verzekerde betaald. De vergoeding van oedeemtherapie heeft verweerder afgewezen. Verweerder voert hierbij aan dat er een tweede chronisch behandeltraject werd gestart waarvoor niet opnieuw de eerste twintig behandelingen worden vergoed vanuit de basisverzekering. Verzekerde is het hier niet mee eens en verschilt met verweerder van mening over de uitleg van artikel 2.6 van het Besluit Zorgverzekering (Bzv). Verzekerde is van mening dat er sprake is van één aandoening, namelijk kanker.



Juridisch kader

Op grond van artikel 2.6 lid 2 Bzv omvat fysiotherapie en oefentherapie 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.

In 2011 heeft een wijziging in artikel 2.6 van het Bzv plaatsgevonden. Bij deze wijziging is een Nota van Toelichting geschreven, waarin bij de toelichting van Artikel I, onderdeel D het volgende is te lezen:¹

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.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Uit het dossier blijkt dat er bij verzekerde sprake was van twee aandoeningen waarvoor zij fysiotherapeutische behandeling ontving. Dit waren: oncologische fysiotherapie en oedeemtherapie. Het Zorginstituut acht het op basis van de bovenstaande Nota van Toelichting het terecht dat tweemaal de eerste twintig behandelingen voor eigen rekening van verzekerde zijn gekomen. Het Zorginstituut maakt uit de Nota van Toelichting op dat de eerste twintig behandelingen per aandoening die vermeld is op Bijlage 1, voor eigen rekening komen voor verzekerden vanaf achttien jaar. En het niet gaat om de eerste twintig behandelingen per kalenderjaar.

Oedeemtherapie kan onder de Zvw vallen op grond van lid 1, sub d onder 3 van bijlage 1 bij artikel 2.6 Bzv. Uit het dossier blijkt onvoldoende op grond waarvan de indicatie is verstrekt voor oncologische fysiotherapie na mammacarcinoom. Oncologische fysiotherapie is namelijk geen indicatie op de lijst van chronische indicaties voor fysiotherapie.

Het valt het Zorginstituut namelijk op dat uit het overzicht van verweerder er op diverse codes fysiotherapie is gedeclareerd door de zorgverlener. Het Zorginstituut wil op merken dat als er een chronische indicatie is verleend op basis van de indicatie weke delen tumoren, er bij verzekerde sprake was van een mammacarcinoom en niet van een weke delen tumor.

Het Zorginstituut kan niet beoordelen of verweerder zijn informatieplicht heeft geschonden, de declaraties die namens verzekerde door de fysiotherapeut zijn ingediend onjuist heeft afgehandeld en aan verzekerde en de fysiotherapeut een schadevergoeding moet toekennen. Dit valt buiten ons adviesbevoegdheid.

Conclusie

Er kan worden geconcludeerd dat op basis van de Nota van Toelichting bij het Bzv het terecht is dat de eerste twintig behandelingen voor eigen rekening van verzekerde zijn gekomen. De Nota van Toelichting spreekt over de eerste twintig behandelingen per aandoening en niet per kalenderjaar.

¹ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-twintig11-467.html#d727e599>



Het advies

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

Verzekerde kan geen aanspraak maken op vergoeding van de volgende twintig behandelingen vanuit de basisverzekering.