



Zorginstituut Nederland

202001697

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)
T.a.v. de heer
Postbus 291
3700 AG ZEIST

Zorginstituut Nederland
Zorg I

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon

2021013577

Datum 8 april 2021
Betreft Definitief advies als bedoeld in artikel 114 van de
Zorgverzekeringswet

Zaaknummer
2021002823

Onze referentie
2021013577

Uw referentie
202001697

Uw brieven van
21 januari en 7 april 2021

Geachte heer '

Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen.

Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut aangegeven geen adviesbevoegdheid te hebben, omdat niet in geschil is of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de behandeling. U geeft aan dat verweerder het standpunt lijkt in te nemen dat de verleende zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk omdat verweerder in meerdere brieven aangeeft dat het wetenschappelijk bewijs voor de behandelingen die aan verzoekster worden verleend ontbreekt.

De indicatie waarvoor verzoekster fysiotherapie ontvangt staat op de chronische lijst.¹ Voor de indicaties genoemd op de chronische lijst bestaat aanspraak op vergoeding van fysiotherapie ten laste van de basisverzekering. Verweerder erkent dit ook door 50 behandelingen per jaar te vergoeden.

Het geschil heeft betrekking op het behandelplan van de fysiotherapeut op basis waarvan verzoekster tweemaal per week behandeld wordt. Verweerder wil niet meer dan 50 behandelingen per jaar vergoeden. Het betreft een zeldzame aandoening waarvoor geen richtlijn voor fysiotherapie bestaat, en waarschijnlijk ook geen vergelijkend onderzoek over één vs. twee of meer behandelingen per

¹ De aandoening op bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering waar dit geschil betrekking op heeft is omschreven als 'ruggemergaandoening' (art. 1 lid 1 onder a sub 2 Bijlage 1 Bzv).

week. Het is terecht dat verweerder de fysiotherapeut vraagt om in het behandelplan te onderbouwen waarom meer dan 50 behandelingen per jaar noodzakelijk zijn. Ook kan verweerder vragen of er aandacht is voor zelfmanagement zodat op termijn wellicht de behandelrequentie aangepast kan worden naar 50 behandelingen per jaar. De fysiotherapeut kan aangeven welke zorgactiviteiten wekelijks uitgevoerd moeten worden vanwege aangeduide klachten en beperkingen bij verzoekster, en wat de daarbij behorende behandeldoelen en te verwachten uitkomsten zijn. Ook kan de fysiotherapeut aangeven of op termijn toegewerkt kan worden naar een lagere frequentie, of dat sprake is van zodanige progressie van de ziekte dat dit niet haalbaar is. Het bovenstaande betreft de beoordeling van de doelmatigheid van de behandeling. Het Zorginstituut heeft daarom geen adviesbevoegdheid.

Hoogachtend,

Zorginstituut Nederland
Zorg I

Datum
8 april 2021

Onze referentie
2021013577



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

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 21 januari 2021 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 artikel B.8 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 een chronisch progressieve ruggenmergaandoening (syringomyelie). Deze ziekte veroorzaakt langzaam steeds verdere klachten en uitval, waarmee verzoekster moet leren omgaan. De ernst van de klachten en snelheid van achteruitgang is individueel, de klachten en snelheid van functieverlies verschillen per patiënt.

Verzoekster wordt sinds 2009 tweemaal per week behandeld door een fysiotherapeut voor de chronische indicatie syringomyelie. De doelstelling van de fysiotherapie behandeling van verzoekster is vooral om achteruitgang te voorkomen en ondanks nieuwe problemen het huidige niveau van functioneren en participeren (o.a. parttime werk als fysiotherapeute) te handhaven.

De fysiotherapeut heeft bij verweerder ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend om verzoekster in 2020 tweemaal per week te behandelen. Verweerder heeft een akkoord gegeven voor 50 behandelingen fysiotherapie in 2020. Verweerder voert aan dat tweemaal per week behandelen niet doelmatig is. De behandeling is volgens verweerder niet wetenschappelijk onderbouwd. Daarnaast is er geen SMART behandelplan aangeleverd en is niet duidelijk hoe zelfmanagementtools worden ingezet.

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 'ruggemergaandoening' (art. 1 lid 1 onder a sub 2 Bijlage 1 Bzv). Er is geen maximale behandelduur aangegeven voor deze indicatie.

Adviesbevoegdheid

Gelet op artikel 114, derde lid van de Zvw adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw.

Niet in geschil is of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ook niet in geschil is of verzoekster een indicatie heeft zoals genoemd op de chronische lijst. Verzoekster heeft chronische en progressieve klachten en is redelijkerwijs aangewezen op de behandeling. Verweerder heeft dit erkend door 50 behandelingen per jaar te vergoeden.

Het geschil betreft de vraag of de behandeldoelen gerealiseerd kunnen worden met één of tweemaal per week behandelen en dus of de zorg doelmatig is. Het Zorginstituut is niet bevoegd om de doelmatigheid van de behandeling in geschil te beoordelen. Dit behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar.¹

Het advies

Het Zorginstituut heeft geen adviesbevoegdheid en kan geen advies uitbrengen voor dit geschil.

¹ Nota van Toelichting bij artikel 2.1, derde lid, van het Bzv.