

24 FEB. 2015

2014.00055



Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de Geschillencommissie van
Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)
T.a.v. mevrouw
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

0530.2014162212

Datum 23 februari 2015
Betreft **Definitief advies** als bedoeld in artikel 114 Zorgverzekeringswet

Zaaknummer
2014139916

Onze referentie
2014162212, versie 2

Uw referentie
G47 201400055

Uw brief van
30 oktober 2014

Geachte voorzitter, commissie,

U hebt op 30 oktober 2014 aan Zorginstituut Nederland advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid Zorgverzekeringswet. Verzoekster en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van verschillende zorgnota's, uitgevoerd in de Verenigde Staten.

Bij uw adviesaanvraag hebt u ons ook een kopie van het dossier gestuurd. Op 17 december 2014 heeft Zorginstituut Nederland het voorlopige advies aan uw commissie verstuurd. Vervolgens heeft uw commissie het verslag van de hoorzitting d.d. 14 januari 2015 en de na de hoorzitting ontvangen stukken (hierna: bijlagen) aan het Zorginstituut verstuurd met het verzoek om een definitief advies.

Vooraf merkt Zorginstituut Nederland nog op dat zijn adviestaak beperkt is tot de vraag of verzoeker 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 Zorginstituut Nederland dit dossier voor een medische beoordeling voorgelegd aan zijn medisch adviseur. Deze heeft de stukken bestudeerd en deelt het volgende mee.

Voorlopig advies

- Verzoekster heeft meerdere nota's ingediend voor medische kosten, gemaakt na een ongeval in september 2007. Zij heeft daarbij hersenletsel opgelopen.

Verzoekster geeft aan dat zij in Nederland in eerste instantie is behandeld in een revalidatiecentrum. Toen bleek dat er onjuiste declaraties werden ingediend door het revalidatiecentrum, is zij samen met de zorgverzekeraar op zoek gegaan naar een passende behandeling elders. Omdat een ander geschikt revalidatiecentrum in Nederland een wachtlijst van een half jaar had, is verzoekster voor passende behandeling naar New York, Verenigde Staten (VS) gegaan waar zij sneller terecht kon. In 2009 kon zij beginnen met het programma in de VS. Naast het revalidatieprogramma moest verzoekster zich voor haar ogen, fysiek en het lezen en schrijven laten begeleiden door een (neuro)psycholoog. Verweerder zou hebben uitgezocht dat GGZ zorg en optometrie het beste buiten het revalidatiecentrum kon. Verweerder zou hebben toegezegd de kosten voor eventuele verlenging van de behandeling ook te vergoeden net als onder andere psychische begeleiding en optometrische trainingen. Een aanvraag voor verlenging werd in zomer 2009 gedaan. De aanvraag werd door verweerder afgewezen waardoor verzoekster, ondanks progressie bij de behandeling in de VS, naar Nederland moest terugkeren. Voor het overnemen van de behandeling moest volgens verzoekster voor verweerder in de VS een medisch rapport worden opgesteld. De kosten voor deze rapportage zijn nooit veergeoed.

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
23 februari 2015

Onze referentie
2014162212, versie 2

Verweerder stelt dat alle gedeclareerde kosten zijn vergoed conform de geldende verzekeringsvoorwaarden. Er is een overzicht gemaakt van de declaraties die vanaf januari 2009 zijn verwerkt.

- Kosten voor de revalidatiezorg die in de VS is verleend zijn vergoed conform Nederlands tarief in mei 2009.
- De aanvraag voor verlenging is afgewezen omdat behandeling ook in Nederland met reguliere fysiotherapie kon worden voortgezet.
- Een medisch rapport over de revalidatiebehandeling in de VS heeft verweerder nooit ontvangen.
- Kosten voor optometrische trainingen vallen niet onder de zorgverzekering.
- Kosten voor GGZ zorg zijn niet vergoed omdat er geen indicatie, verwijzing of behandelplan was. Er kon niet worden beoordeeld of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding.

Verweerder heeft volgens verzoekster een deel van de nota's niet of gedeeltelijk vergoed. Wat betreft zorgkosten gaat het om:

- Drie behandelingen fysiotherapie uit 2011 (aanvullende verzekering)
- Tandartskosten (aanvullende verzekering)
- Twee declaraties voor poliklinische zorg in Nederlands ziekenhuis 8 juni 2010
- Kosten geneesmiddel Tramadol (voorschrift chirurg) 8 juni 2010
- Te lage vergoeding voor vier behandelingen fysiotherapie in april en december 2010

- Kosten eigen vervoer of overige hulp in 2009 waarvoor niets of deel vergoed
- Kosten optologische behandelingen in 2008 (extern van revalidatiecentrum in de VS)
- Behandeling fysiotherapie in 2007
- Kosten psychologische zorg in 2008 in afwachting van plek in een ander revalidatiecentrum extern geboden (drie maal)
- Kosten psychologische zorg in 2009 (twee nota's) **niet in dossier aanwezig**
- Kosten optologische zorg in 2009 die deels vergoed zijn als chiropractie
- Kosten preventieve / sportgeneeskunde in 2009 die deels vergoed zijn als alternatieve geneeswijze
- Kosten voor alternatieve geneeswijzen in 2009 die (deels) zijn vergoed als chiropractie (vier nota's)
- Kosten optologische / optometrische behandeling in 2009 (één nota)
- Kosten voor vier consulten homeopathie in 2009 die zijn vergoed als chiropractie
- Kosten op vijf nota's ingediend in november 2009 waarvan er twee niet op het vergoedingen overzicht zijn vermeld
- Kosten op vier ingediende nota's waarover nog geen bericht is ontvangen (vier nota's homeopathie 2008; EEG; oogcorrecties en oefeningen; psycholoog deel 1 en deel 2 (2008))
- Kosten voor onafhankelijk rapportage augustus 2009 gemaakt in de VS in verband met de verlengingsaanvraag

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
23 februari 2015

Onze referentie
2014162212, versie 2

Beoordeling

Of de gedeclareerde zorg onder de basisverzekering valt, is niet goed te beoordelen. Oorspronkelijke declaratie en/of rekeningen zijn niet in het dossier aangetroffen. Wel zitten in het dossier verschillende documenten die kopieën van foto's lijken. Deze zijn helaas niet of nauwelijks leesbaar en kunnen daarom niet bij de beoordeling worden meegenomen.

Een deel van de bovengenoemde zorg valt in elk geval niet onder de basisverzekering: tandartskosten en alternatieve geneeswijzen / homeopathie. Over eventuele dekking uit de aanvullende verzekering kan ik geen uitspraken doen.

- Fysiotherapie of oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 van het besluit zorgverzekering 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. Vergoeding van fysiotherapie of oefentherapie geldt dus voor de behandeling van lichamelijke klachten of aandoeningen. Deze staan vermeld op de zogenaamde chronische lijst. Een indicatie is, onder meer: 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.

- Sessies psychologie: eerstelijnspsychologische zorg was tot 2014 geregeld als afzonderlijke zorgprestatie binnen de GGZ. Beperking was maximaal 5 zittingen voor eerstelijnspsychologische zorg en een eigen bijdrage per zitting.
- Optologische / optometrische behandelingen: een optometrist verricht diagnostiek in de oogheekundige zorg. Een deel van de diagnostiek die optometristen leveren, komt overeen met de algemeen gebruikelijke diagnostische technieken binnen de oogheekundige zorg. Gezien de mogelijke taakherschikking binnen het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeksmogelijkheden behoren de door optometristen gehanteerde diagnostische technieken tot de geneeskundige zorg. Dat deel van de diagnostische technieken van de optometrist valt dan ook onder de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet. Geen verzekerde prestaties zijn refractiemetingen voor het aanmeten van brillen en contactlenzen - inclusief de reguliere controles van contactlenzen - en refractiemetingen als voorbereiding van voorgenomen refractiechirurgie. Ook de selectieve preventiestrategieën die in de basisonderzoeksrichtlijn (BOR) worden genoemd vallen niet onder te verzekeren prestaties. (CVZ standpunt 22 september 2008).

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
23 februari 2015

Onze referentie
2014162212, versie 2

Verweerder geeft aan dat de revalidatiebehandeling in de VS is vergoed, welke behandeling was aangewezen na de behandeling in de VS is niet uit het dossier op te maken. Er blijkt verder niet dat verweerder een tussen rapportage van deze behandeling heeft gevraagd.

Vraag voor nader onderzoek

Is er een overzicht te geven van volgens verzoekster openstaande declaraties waaruit ook blijkt welke behandelingen zijn uitgevoerd en op grond van welke indicatie?

Definitief advies

De openstaande posten in de lijst van verweerder lijken conform de regels van de Zorgverzekeringswet te zijn afgehandeld.

Gelet op voornoemd artikel 114, derde lid Zorgverzekeringswet adviseert Zorginstituut Nederland over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties zoals vermeld in artikel 11 Zorgverzekeringswet. Voor wat betreft eventuele betalingen uit de aanvullende verzekering, buiten de regelgeving om gemaakte afspraken en premiebetaling heeft het Zorginstituut geen adviesbevoegdheid.

Juridische beoordeling

Zorginstituut Nederland heeft kennisgenomen van de stukken. Op basis van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering en het advies van de medisch adviseur, is het van mening dat verzoekster niet in aanmerking komt voor het gevraagde.

Definitief advies

Gelet op het bovenstaande adviseert Zorginstituut Nederland tot afwijzing van het verzoek.

Hoogachtend,

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
23 februari 2015

Onze referentie
2014162212, versie 2

2014.00055

8 DEC. 2014



Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de Geschillencommissie van
Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)
T.a.v. mevrouw
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

0530.2014162212

Datum 17 december 2014
Betreft Advies als bedoeld in artikel 114 Zorgverzekeringswet

Zaaknummer
2014139916

Onze referentie
2014162212

Uw referentie
G47 201400055

Uw brief van
30 oktober 2014

Geachte voorzitter, commissie,

U hebt op 30 oktober 2014 aan Zorginstituut Nederland advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid Zorgverzekeringswet. Verzoekster en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van verschillende zorgnota's, uitgevoerd in de Verenigde Staten.

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.

Zorginstituut Nederland heeft kennisgenomen van de stukken en is van oordeel dat de zorgverzekeraar nader onderzoek dient te verrichten.

Vooraf merkt Zorginstituut Nederland nog op dat zijn adviestaak beperkt is tot de vraag of verzoeker 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 Zorginstituut Nederland dit dossier voor een medische beoordeling voorgelegd aan zijn medisch adviseur. Deze heeft de stukken bestudeerd en deelt het volgende mee.

- Verzoekster heeft meerdere nota's ingediend voor medische kosten, gemaakt na een ongeval in september 2007. Zij heeft daarbij hersenletsel opgelopen.

Verzoekster geeft aan dat zij in Nederland in eerste instantie is behandeld in een revalidatiecentrum. Toen bleek dat er onjuiste

declaraties werden ingediend door het revalidatiecentrum, is zij samen met de zorgverzekeraar op zoek gegaan naar een passende behandeling elders. Omdat een ander geschikt revalidatiecentrum in Nederland een wachtlijst van een half jaar had, is verzoekster voor passende behandeling naar New York, Verenigde Staten (VS) gegaan waar zij sneller terecht kon. In 2009 kon zij beginnen met het programma in de VS. Naast het revalidatieprogramma moest verzoekster zich voor haar ogen, fysiek en het lezen en schrijven laten begeleiden door een (neuro)psycholoog. Verweerder zou hebben uitgezocht dat GGZ zorg en optometrie het beste buiten het revalidatiecentrum kon. Verweerder zou hebben toegezegd de kosten voor eventuele verlenging van de behandeling ook te vergoeden net als onder andere psychische begeleiding en optometrische trainingen. Een aanvraag voor verlenging werd in zomer 2009 gedaan. De aanvraag werd door verweerder afgewezen waardoor verzoekster, ondanks progressie bij de behandeling in de VS, naar Nederland moest terugkeren. Voor het overnemen van de behandeling moest volgens verzoekster voor verweerder in de VS een medisch rapport worden opgesteld. De kosten voor deze rapportage zijn nooit vergoed.

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
17 december 2014

Onze referentie
2014162212

Verweerder stelt dat alle gedeclareerde kosten zijn vergoed conform de geldende verzekeringsvoorwaarden. Er is een overzicht gemaakt van de declaraties die vanaf januari 2009 zijn verwerkt.

- Kosten voor de revalidatiezorg die in de VS is verleend zijn vergoed conform Nederlands tarief in mei 2009.
- De aanvraag voor verlenging is afgewezen omdat behandeling ook in Nederland met reguliere fysiotherapie kon worden voortgezet.
- Een medisch rapport over de revalidatiebehandeling in de VS heeft verweerder nooit ontvangen.
- Kosten voor optometrische trainingen vallen niet onder de zorgverzekering.
- Kosten voor GGZ zorg zijn niet vergoed omdat er geen indicatie, verwijzing of behandelplan was. Er kon niet worden beoordeeld of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding.

Verweerder heeft volgens verzoekster een deel van de nota's niet of gedeeltelijk vergoed. Wat betreft zorgkosten gaat het om:

- Drie behandelingen fysiotherapie uit 2011 (aanvullende verzekering)
- Tandartskosten (aanvullende verzekering)
- Twee declaraties voor poliklinische zorg in Nederlands ziekenhuis 8 juni 2010
- Kosten geneesmiddel Tramadol (voorschrift chirurg) 8 juni 2010
- Te lage vergoeding voor vier behandelingen fysiotherapie in april en december 2010
- Kosten eigen vervoer of overige hulp in 2009 waarvoor niets of deel vergoed

- Kosten optologische behandelingen in 2008 (extern van revalidatiecentrum in de VS)
- Behandeling fysiotherapie in 2007
- Kosten psychologische zorg in 2008 in afwachting van plek in een ander revalidatiecentrum extern geboden (drie maal)
- Kosten psychologische zorg in 2009 (twee nota's) **niet in dossier aanwezig**
- Kosten optologische zorg in 2009 die deels vergoed zijn als chiropractie
- Kosten preventieve / sportgeneeskunde in 2009 die deels vergoed zijn als alternatieve geneeswijze
- Kosten voor alternatieve geneeswijzen in 2009 die (deels) zijn vergoed als chiropractie (vier nota's)
- Kosten optologische / optometrische behandeling in 2009 (één nota)
- Kosten voor vier consulten homeopathie in 2009 die zijn vergoed als chiropractie
- Kosten op vijf nota's ingediend in november 2009 waarvan er twee niet op het vergoedingen overzicht zijn vermeld
- Kosten op vier ingediende nota's waarover nog geen bericht is ontvangen (vier nota's homeopathie 2008; EEG; oogcorrecties en oefeningen; psycholoog deel 1 en deel 2 (2008))
- Kosten voor onafhankelijk rapportage augustus 2009 gemaakt in de VS in verband met de verlengingsaanvraag

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
17 december 2014

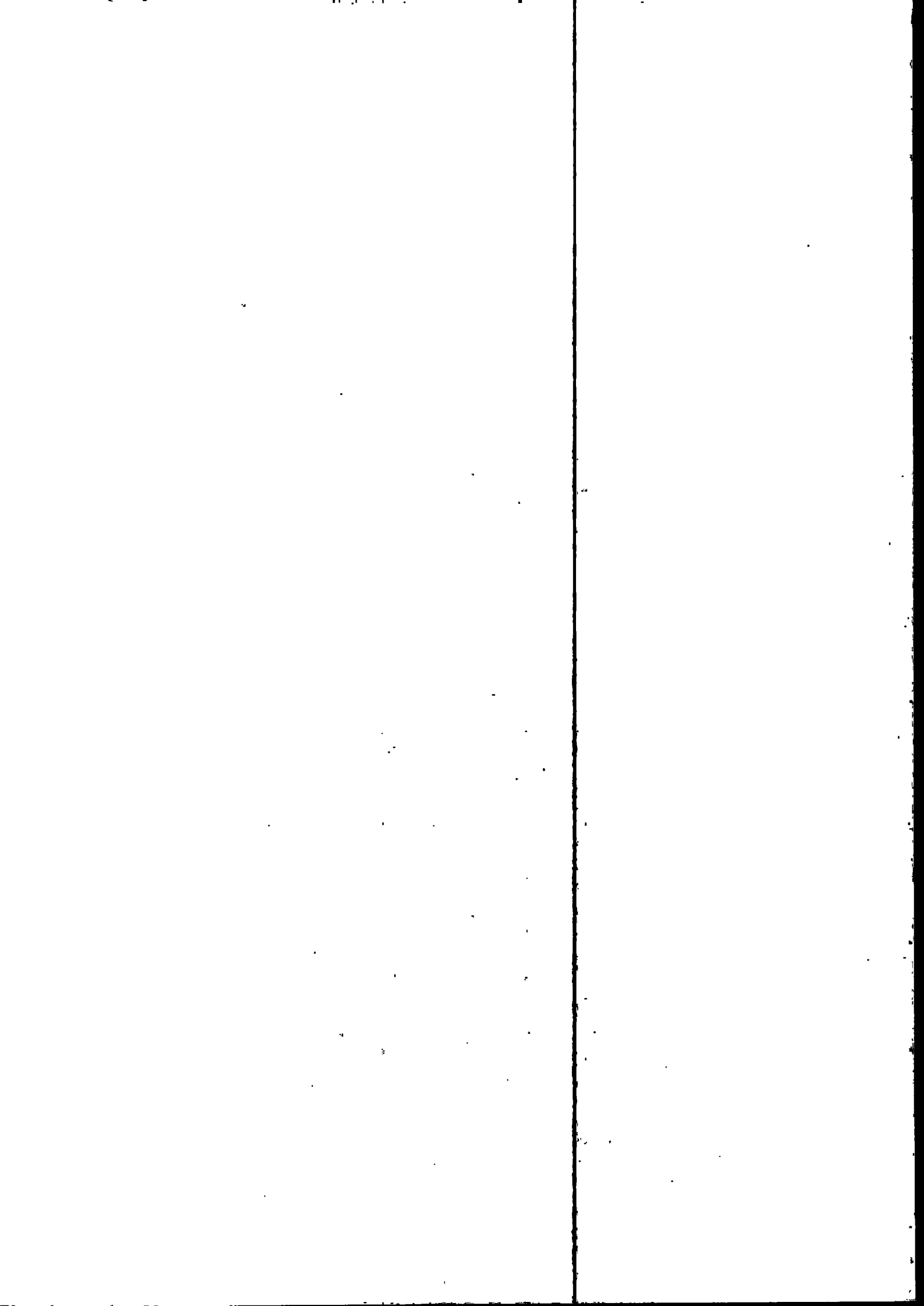
Onze referentie
2014162212

Beoordeling

Of de gedeclareerde zorg onder de basisverzekering valt, is niet goed te beoordelen. Oorspronkelijke declaratie en/of rekeningen zijn niet in het dossier aangetroffen. Wel zitten in het dossier verschillende documenten die kopieën van foto's lijken. Deze zijn helaas niet of nauwelijks leesbaar en kunnen daarom niet bij de beoordeling worden meegenomen.

Een deel van de bovengenoemde zorg valt in elk geval niet onder de basisverzekering: tandartskosten en alternatieve geneeswijzen / homeopathie. Over eventuele dekking uit de aanvullende verzekering kan ik geen uitspraken doen.

- Fysiotherapie of oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 van het besluit zorgverzekering 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. Vergoeding van fysiotherapie of oefentherapie geldt dus voor de behandeling van lichamelijke klachten of aandoeningen. Deze staan vermeld op de zogenaamde chronische lijst. Een indicatie is, onder meer: 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.
- Sessies psychologie: eerstelijnspsychologische zorg was tot 2014 geregeld als afzonderlijke zorgprestatie binnen de GGZ. Beperking was maximaal 5 zittingen voor eerstelijnspsychologische zorg en een eigen bijdrage per zitting.



- Optologische / optometrische behandelingen: een optometrist verricht diagnostiek in de oogheeskundige zorg. Een deel van de diagnostiek die optometristen leveren, komt overeen met de algemeen gebruikelijke diagnostische technieken binnen de oogheeskundige zorg. Gezien de mogelijke taakherschikking binnen het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeksmogelijkheden behoren de door optometristen gehanteerde diagnostische technieken tot de geneeskundige zorg. Dat deel van de diagnostische technieken van de optometrist valt dan ook onder de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet. Geen verzekerde prestaties zijn refractiemetingen voor het aanmeten van brillen en contactlenzen - inclusief de reguliere controles van contactlenzen - en refractiemetingen als voorbereiding van voorgenomen refractiechirurgie. Ook de selectieve preventiestrategieën die in de basisonderzoeksrichtlijn (BOR) worden genoemd vallen niet onder te verzekeren prestaties. (CVZ standpunt 22 september 2008).

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
17 december 2014

Onze referentie
2014162212

Verweerder geeft aan dat de revalidatiebehandeling in de VS is vergoed, welke behandeling was aangewezen na de behandeling in de VS is niet uit het dossier op te maken. Er blijkt verder niet dat verweerder een tussen rapportage van deze behandeling heeft gevraagd.

Vraag voor nader onderzoek

Is er een overzicht te geven van volgens verzoekster openstaande declaraties waaruit ook blijkt welke behandelingen zijn uitgevoerd en op grond van welke indicatie?

Juridische beoordeling

De vraag die beantwoord moet worden is of verzoekster in dit geval aanspraak heeft op de zorg.

Zorginstituut Nederland heeft kennisgenomen van de stukken. Op basis van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering en het advies van de medisch adviseur, is het van oordeel dat niet vaststaat dat verzoekster niet in aanmerking komt voor het gevraagde.

Gelet op het advies van de medisch adviseur, is er onvoldoende informatie over de uitgevoerde behandelingen en de indicatie op grond waarvan de behandelingen zijn uitgevoerd.

Advies

Gelet op al het voorgaande raadt Zorginstituut Nederland u aan om de zorgverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten met inachtneming van het vorenstaande.

Hooqachtend.