

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, fysiotherapie, farmaceutische zorg: Neobrufen®, Myolastan®, Movalis® en Serc®, EU-EER
Zaaknummer	: 2008.02286
Zittingsdatum	: 6 mei 2009

Zaak: 2008.02286 (Geneeskundige zorg, fysiotherapie, farmaceutische zorg: Neobrufen®, Myolastan®, Movalis® en Serc®, EU-EER)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.6, 2.8 en Bijlage 1 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 10 oktober 2007 de kosten van behandelingen fysiotherapie en die van de middelen Neobrufen®, Myolastan®, Movalis® en Serc® niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
- 3.2. Verzoeker heeft in Noia (Spanje) behandelingen fysiotherapie ondergaan. Hij heeft de zorgverzekeraar verzocht de kosten van deze behandelingen te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering. Voorts heeft hij aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten voor de middelen Neobrufen®, Myolastan®, Movalis® en Serc® (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsbericht van 10 oktober 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 1 oktober 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 27 november 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de moge-

lijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 3 maart 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 maart 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 april 2009 telefonisch medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft tevens medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 10 maart 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 7 april 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, deels af te wijzen op de grond dat verzoeker geen indicatie heeft voor fysiotherapie, aangezien hij geen aan-doening heeft als genoemd op Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Voorts zijn de geneesmiddelen Neobrufen® en Myolastan® geen in Nederland geregistreerde geneesmiddelen. Movalis® en Serc® zijn wel geregistreerd en zijn geplaatst op Bijlage 1a van de Regeling zorgverzekering. Als de geneesmiddelen in Spanje wel tot de aanspraak behoren, kunnen zij naar het oordeel van het CVZ mogelijk op grond van artikel 11 van de zorgverzekering worden vergoed.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 20 april 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben niet op het CVZ-advies gereageerd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij wegens een ongeval op 28 juni 2007 behandelingen fysiotherapie nodig had. Deze waren noodzakelijk en spoedeisend. Dit heeft de behandelaar ook duidelijk op de nota's aangegeven. Verder werden door deze behandelaar de noodzakelijke medicijnen Neobrufen®, Myolastan®, Movalis® en Serc® voorgeschreven. De zorgverzekeraar dient de nota's derhalve te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzoeker geen toestemming is verleend aan verzoeker voor de door hem gewenste behandelingen fysiotherapie. De zorg die in Spanje is genoten, kon blijkens de beschikbare informatie ook in Nederland plaatsvinden, mits een indicatie aanwezig is. Derhalve is niet gebleken van spoedeisende, medisch noodzakelijke zorg, die niet kon worden uitgesteld tot terugkeer in Nederland. Met betrekking tot de door verzoeker gewenste middelen Neobrufen®, Myolastan®, Movalis® en Serc® merkt de zorgverzekeraar op dat over deze middelen weliswaar geen heroverweging heeft plaatsgevonden, maar dat de commissie deze kan "meenemen" in het bindend advies.
- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de behandelingen fysiotherapie en de farmaceutische zorg te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 35 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering. Artikel 11 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorg in het buitenland bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"Artikel 11 Buitenland

lid 1

De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend.

lid 2

De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:

- a. aanspraak op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag.*
- b. (...)*
- c. aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend. (...)"*

Artikel 30 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op paramedische zorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"Artikel 30 Paramedische zorg

lid 1 Paramedische zorg

De aanspraak op paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadvisering. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.

lid 2 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder omvat – vanaf de tiende behandeling – de noodzakelijke behandelingen, in geval er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. (...)

Toestemming vooraf is vereist.”

Artikel 32 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 32 Farmaceutische zorg

lid 1

Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op aflevering van:

- a. de door de zorgverzekeraar op basis van de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;*
- b. andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd indien het rationele farmacotherapie betreft;*
- c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.*

lid 2

De onder lid 1 a genoemde aanspraak bestaat op aflevering van die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en als zodanig tevens zijn aangewezen door de zorgverzekeraar. Eén en ander is nader uitgewerkt in het reglement farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar dat onderdeel uitmaakt van deze polis en desgewenst wordt toegestuurd door de verzekeraar. (...)

voorschrift

de geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een huisarts, huisartsvoorziening, arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, medisch specialist, tandarts en verloskundige (...)

Artikel 2 lid 5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt het volgende:

“De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.”

- 7.3. De artikelen 11, 30, 32 en 2 lid 5 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Paramedische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv en verder uitgewerkt in Bijlage 1 Bzv. Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv, en nader uitgewerkt in artikel 2.5 en de Bijlagen 1 en 2 Rzv.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De vraag of in het onderhavige geval sprake is van medisch noodzakelijke zorg, in de zin van artikel 22 lid 1 onder a van EG verordening 1408/71, kan in het midden blijven omdat Spanje, het land waar de zorg is genoten, geen vergoedingstarieven heeft vastgesteld. In die situatie geldt artikel 34 lid 5 van de toepassingsverordening (EG-Verordening 574/72), dat bepaalt dat de kosten dienen te worden vergoed overeenkomstig het sociale zekerheidsstelsel van het land waar de ziektekostenverzekering is geregeld, in casu Nederland.

- 7.7. Voor de behandelingen fysiotherapie geldt dat de eerste negen behandelingen niet gedekt zijn onder de zorgverzekering. Met betrekking tot de tiende en volgende behandeling stelt de commissie dat in de procedure gesteld noch gebleken is dat bij verzoeker sprake is van een aandoening die voorkomt op Bijlage 1 bij het Bzv. De behandelingen fysiotherapie kunnen derhalve niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed.
- 7.8. Neobrufen®, Myolastan®, Movalis® en Serc® zijn geen orphan drugs, dan wel apotheekbereidingen, zodat vergoeding op die basis niet aan de orde is. Voor het overige is van belang of deze middelen zijn aan te merken als een verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering. Daarvan is sprake als het gaat om een – al dan niet onderling vervangbaar – geregistreerd geneesmiddel betreft dat, al dan niet onder bepaalde voorwaarden, door de Minister van VWS bij ministeriële regeling is aangegeven.
- 7.9. In artikel 42 van de Geneesmiddelenwet is bepaald dat een geneesmiddel eerst dan in Nederland mag worden verstrekt, nadat daarvoor een handelsvergunning is afgegeven door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). In Bijlage 1 en 2 Rzv is aangegeven voor welke geneesmiddelen deze vergunning is verstrekt. De commissie is gebleken dat Neobrufen® en Myolastan® geen geneesmiddelen zijn die zijn opgenomen in Bijlage 1 dan wel 2 Rzv. Voorts vraagt verzoeker vergoeding voor het middel Movalis® met als werkzame stof meloxicam. In Nederland is dit middel bekend onder de naam Movicox®, dat ingevolge de lijst van geregistreerde geneesmiddelen voor volledige vergoeding in aanmerking komt. Tot slot wordt vergoeding gevraagd voor het middel Serc®, met als werkzame stof chloorhydraat van betahistine. Ook dit is een geregistreerd geneesmiddel dat voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de zorgverzekering.
- 7.10. De commissie merkt voorts het volgende op. Een verzekerde heeft slechts recht op vergoeding van kosten ten laste van de zorgverzekering, indien hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Om te kunnen bepalen of dit het geval is, zal uit de ingediende nota duidelijk moeten blijken om welke zorg het gaat en waarvoor deze is voorgeschreven. Het enkel vermelden van een bedrag voldoet niet aan dit vereiste. Ondanks herhaald verzoek heeft verzoeker geen duidelijke specificatie gegeven. Weliswaar heeft hij de stukken zelf vertaald, en keer op keer dezelfde rekeningen naar de zorgverzekeraar gestuurd, maar hij heeft nimmer een verklaring van een arts overgelegd waaruit blijkt voor welke aandoening de geneesmiddelen zijn voorgeschreven. Het enkele gegeven dat sprake was van een ongeval is niet voldoende om een oordeel te kunnen geven over de aanspraak. Verder zijn alle nota's van dezelfde behandelaar afkomstig. Verzoeker heeft voorts nagelaten te specificeren welke hoedanigheid de betreffende behandelaar heeft. In zoverre heeft hij niet aan zijn stelplicht voldaan en kan het verzoek op dit punt evenmin worden toegewezen.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 mei 2009,

Voorzitter