

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, bodycheck, coloscopie,
farmaceutische zorg, LRP Anthelios, Vichy Capital Soleil,
Diprivan®
Zaaknummer : 2011.01159
Zittingsdatum : 26 oktober 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.8 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Compleet en [naam ziektekostenverzekeraar] TanddenGaaf 1500 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een coloscopie, uitgevoerd te Brasschaat (België), de aldaar voorgeschreven medicatie, en een algemeen medisch onderzoek, uitgevoerd te Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 september 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 5 mei 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar besloten alsnog een (gedeeltelijke) vergoeding te verlenen voor de coloscopie, het middel Fucidin®, de nota van de huidarts, de nota van de KNO-arts en de nota met betrekking tot vooronderzoeken in verband met de coloscopie en het onderzoek van de hoofdhuid. Vergoeding van de overige kosten is afgewezen.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 29 juni 2011 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij e-mail van 1 juli 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering

dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 september 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 september 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 september 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 16 september 2011 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 oktober 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011097405) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker niet is geïndiceerd voor een algemene check-up. Door de ziektekostenverzekeraar is ter zake van de coloscopie een onjuiste DBC-code toegepast. Toepassing van de juiste DBC-code leidt tot een lagere vergoeding. Het middel Diprivan® wordt geacht inbegrepen te zijn in het DBC-tarief voor de medisch-specialistische behandeling en komt daarom niet voor afzonderlijke vergoeding in aanmerking. De middelen LRP Anthelios en Vichy Capital Soleil zijn niet opgenomen in het GVS en vormen geen verzekerde prestatie op basis van de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is op 11 oktober 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker heeft bij e-mail van 24 oktober 2011 medegedeeld af te zien van de mogelijkheid gehoord te worden. Op de zelfde datum heeft de ziektekostenverzekeraar desgevraagd telefonisch medegedeeld eveneens af te zien van de mogelijkheid tot horen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat hem door de huisarts vanwege zijn leeftijd een algemeen medisch onderzoek is aanbevolen. Dit onderzoek is uitgevoerd in Duitsland, en de kosten hiervan bedroegen € 773,50. De ziektekostenverzekeraar is gehouden deze kosten te vergoeden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft alleen het middel Fucidin® vergoed. Hij is echter ook gehouden de overige medicijnen – te weten LRP Anthelios, Vichy Capital Soleil en Diprivan® – te vergoeden.
- 4.3. De kosten van de in België uitgevoerde coloscopie bedroegen € 952,41. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervan € 675,41 vergoed. Het resterende bedrag dient derhalve nog te worden voldaan.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat een body check geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering, zodat de kosten daarvan niet kunnen worden vergoed.
- 5.2. Van de voorgeschreven middelen is alleen Fucidin® door de Minister van VWS aangewezen. De kosten hiervan zijn aan verzoeker vergoed. De overige middelen zijn niet aangewezen en komen daarom niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking.
- 5.3. De coloscopie is vergoed op basis van DBC-code 18.11.00.0800.0102, met een bijbehorend tarief van € 675,41. Verzoeker heeft geen aanspraak op een hoger bedrag, ten laste van de zorgverzekering.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 42 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 20 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname.

Wij vergoeden de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen. (...)

Het gaat om zorg die medisch-specialisten plegen te bieden. (...)"

- 8.4. Artikel 37 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering regelt de aanspraak op farmaceutische zorg en luidt, voor zover hier van belang:

“37.1.1. Geneesmiddelen Vergoedingensysteem (GVS)

De minister van VWS heeft het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) opgesteld. Dat is een lijst waarop de minister alle geneesmiddelen heeft geplaatst die wij kunnen vergoeden. Dat zijn de geregistreerde geneesmiddelen en deze lijst noemen wij Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering.

Sommige geneesmiddelen die in Bijlage 1 zijn opgenomen, vergoeden wij niet helemaal. Deze geneesmiddelen hebben dan een eigen bijdrage. (Zie artikel 37.1.2.) Voor sommige geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. (Zie artikel 37.1.3.). En bij onderling vervangbare geneesmiddelen hebben wij bepaalde geneesmiddelen aangewezen die onze voorkeur hebben; die vergoeden we dan en andere van die onderling vervangbare geneesmiddelen niet. De geneesmiddelen die onze voorkeur hebben en die wij vergoeden, staan op de lijst aangewezen voorkeursgeneesmiddelen. (artikel 37.1.4.).

(...)

37.1.2. Eigen bijdrage

Het GVS is zo opgesteld, dat voor elke verzekerde genoeg goede geneesmiddelen beschikbaar zijn zonder dat hij hiervoor moet bijbetalen. In het GVS is een verdeling gemaakt tussen onderling vervangbare en niet onderling vervangbare geneesmiddelen.

a. Onderling vervangbare geneesmiddelen

Dit zijn geneesmiddelen die:

- een vergelijkbare werking hebben en op dezelfde manier worden toegediend of;*
- bij dezelfde soort indicatie worden ingezet en in het algemeen voor mensen uit dezelfde leeftijdscategorie zijn bedoeld.*

De onderling vervangbare geneesmiddelen zijn in groepen opgenomen in het GVS. Voor elke groep geneesmiddelen heeft de minister een vergoedingslimiet vastgesteld. Dat is de prijs die wij vergoeden. Is het middel dat u krijgt uit die groep geneesmiddelen duurder, dan betaalt u de meerprijs zelf als eigen bijdrage. U moet deze eigen bijdrage ook betalen als een apotheek een geneesmiddel, waar een eigen bijdrage voor geldt, verwerkt in een magistrale bereiding (een door de apotheker zelf gemaakt geneesmiddel).

b. Niet onderling vervangbare geneesmiddelen

Dit zijn geneesmiddelen die verschillen in de hierboven genoemde eigenschappen, zoals werking en indicatie waarbij het middel wordt gebruikt. Deze geneesmiddelen hebben geen eigen bijdrage en vergoeden wij helemaal.(...)”

- 8.5. Artikel 18 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Als u in Nederland woont, hebt u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland.(...)”

- 8.6. Artikel 2.5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

“(...) U hebt recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.”

- 8.7. De artikelen 2.5, 18, 20 en 37 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekerder jegens zijn verzekeren 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv.

Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 8.9. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aangezien verzoeker geen voorafgaande toestemming heeft gevraagd, blijft toetsing aan het Werkingsverdrag en Verordening 883/2004 achterwege, en dient de beoordeling van het recht op vergoeding plaats te vinden aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. Met betrekking hiertoe geldt het volgende. Het dossier bevat summiere informatie aangaande het algemene onderzoek dat verzoeker in Duitsland heeft ondergaan. Niet gebleken is dat dit onderzoek heeft plaatsgevonden op verdenking van een specifieke aandoening of naar aanleiding van specifieke klachten van verzoeker. Het dossier bevat voorts geen geldige verwijzing van een huisarts of medisch specialist. De stelling van verzoeker dat zijn huisarts hem, vanwege zijn leeftijd, een algemeen medisch onderzoek heeft aanbevolen, kan niet overtuigen. Verzoeker heeft geen indicatie voor het in Duitsland uitgevoerde onderzoek, zodat de kosten ervan, gelet op het bepaalde in artikel 2.5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering, niet ten laste van de zorgverzekering kunnen worden vergoed.
- 9.2. Voor zover verzoeker aanspraak maakt op vergoeding van de kosten van de aan hem voorgeschreven middelen, geldt dat het middel Fucidin® reeds door de ziektekostenverzekeraar is vergoed, zodat hierover geen geschil bestaat.
- 9.3. Verder zijn door verzoeker kosten gemaakt voor LRP Anthelios en Vichy Capital Soleil. De commissie is gebleken dat het hier gaat om zonnebrandcrème. Zonnebrandcrème vormt, gezien het bepaalde in artikel 37 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering, geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering.
- 9.4. Op de nota van het ziekenhuis te Brasschaat is het middel Diprivan® in rekening gebracht. De vraag is of het middel Diprivan® een – al dan niet onderling vervangbaar – geregistreerd geneesmiddel is dat door de Minister van VWS bij ministeriële regeling is aangewezen. Indien dit niet het geval is, dient te worden nagegaan of het gaat om een niet-geregistreerd geneesmiddel dat op grond van de Geneesmiddelenwet in Nederland mag worden afgeleverd. Een dergelijk geneesmiddel komt slechts voor vergoeding in aanmerking indien sprake is van:
- een zogenaamde "orphan drug"; een geneesmiddel voor een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
 - een apotheekbereiding, indien tevens sprake is van rationele farmacotherapie, tenzij het een geneesmiddel betreft dat gelijkwaardig dan wel nagenoeg gelijkwaardig is aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel.

- 9.5. Bij bepaalde doseringen is het middel Diprivan® als geregistreerd geneesmiddel opgenomen in het GVS, en komt het voor vergoeding in aanmerking. Omdat het middel bij verzoeker echter deel uitmaakt van de medisch-specialistische behandeling, komt het CVZ in zijn advies van 7 oktober 2011 tot de conclusie dat de kosten ervan onder de voor die betreffende medisch-specialistische behandeling toepasselijke DBC-code vallen en om die reden niet afzonderlijk – dat wil zeggen op basis van de bepalingen inzake farmaceutische zorg – kunnen worden vergoed. De commissie neemt het advies van het CVZ over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.
- 9.6. Met betrekking tot de in Brasschaat uitgevoerde coloscopie geldt dat de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot een gedeeltelijke vergoeding ter hoogte van € 675,41, op basis van DBC-code 18.11.00.0800.0102. Deze code heeft als omschrijving: “Reguliere zorg // niet classificeerbare diversen*/reguliere behandeling met dagopname(n)”. Het betreft een DBC-code uit het zogenoemde A-segment, waarbij de tarieven een gegeven vormen. Het bijbehorende tarief was ten tijde van de ingreep (augustus 2010) € 675,40.
- 9.7. Gelet op het advies van het CVZ van 7 oktober 2011 had de declaratiecode 034686 moeten worden gehanteerd. Hieronder valt een coloscopie, uitgevoerd door de afdelingen gastro-enterologie, heelkunde en inwendige geneeskunde. De bijbehorende omschrijving is: “Diagnostische coloscopie met behulp van fiberscoop, inclusief eventuele proefexcisie(s) en poliepect”, en de bijbehorende onderscheiden tarieven waren ten tijde van de ingreep (augustus 2010) voor de genoemde specialismen € 436,07, € 417,81 respectievelijk € 419,07. Gelet op deze tarieven komt verzoeker niet in aanmerking voor een hoger bedrag dan reeds door de ziektekostenverzekeraar is vergoed. Nu de ziektekostenverzekeraar om hem moverende redenen aan verzoeker een hogere vergoeding heeft betaald, staat het hem thans evenwel niet vrij het meerdere terug te vorderen van verzoeker. Verzoeker mocht erop vertrouwen dat de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-code juist was.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 november 2011,

Voorzitter