

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F tegen C en E beide te D
Zaak : Colombia, geneeskundige zorg, farmaceutische zorg, specificatie
nota's
Zaaknummer : 2009.02212
Zittingsdatum : 11 augustus 2010

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 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlage 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door F

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van de kosten verbonden aan behandelingen, ondergaan in Bogota (Colombia) (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 3 augustus 2009 gedeeltelijk is afgewezen, aangezien slechts een gedeelte van de kosten, een bedrag van € 106,61, is vergoed.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Comfortpolis (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Tand Compact afgesloten. De Tand Compact is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 3 september 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 10 maart 2010 heeft verzoekster 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. Verder verzoekt zij de commissie te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van rechts-

bijstand ten bedrage van € 98,- aan haar te vergoeden (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 mei 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 mei 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 2 juni 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 20 mei 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 juni 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010068209) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, gedeeltelijk in te willigen op de grond dat de behandeling van de spataderen een spoedeisende ingreep betrof, hetgeen een verzekerde prestatie is, welke conform Nederlands tarief dient te worden vergoed. Verzoekster heeft verder aanspraak op vergoeding van de consultkosten van de gynaecoloog en op vergoeding van het deel van de medicatie dat voortvloeit uit deze consulten. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 augustus 2010 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Na de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht de nota's opnieuw te beoordelen. Bij brief van 17 augustus 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan dit verzoek voldaan. Een afschrift daarvan is aan verzoekster gezonden. Verzoekster heeft bij brief van 30 augustus 2010 op dit stuk gereageerd.
- 3.11. Bij brief van 3 september 2010 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting en de na de hoorzitting ontvangen correspondentie gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag en de aanvullende correspondentie aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 27 september 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag en de aanvullende correspondentie geen aanleiding vormen tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat zij een chirurg in Bogota heeft geconsulteerd in verband met herhaaldelijk mank lopen, een ontsteking, blauwe plekken en hevige pijn aan haar benen als gevolg van spataderen. Daarvoor was zij voorafgaand aan de reis in Nederland behandeld. In het kader van het consult hebben medische onderzoeken en laboratoriumonderzoeken plaatsgevonden, en is verzoekster gedurende vijf dagen behandeld met lasertherapie en medicatie teneinde de pijn en de ontsteking te ver-

minderen. Verder had verzoekster last van een vaginale infectie, die zij ter plaatse heeft laten behandelen.

4.2. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat sprake was van spoedeisende zorg. De behandeling in Colombia kon niet worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. De complicaties waren het gevolg van de behandeling in Nederland. In Colombia heeft een behandeling van het been plaatsgevonden. Verder had verzoekster vaginale klachten die bestonden uit een branderig gevoel. Verzoekster merkt verder op dat zij na terugkomst in Nederland ook in een ziekenhuis in Amsterdam is behandeld vanwege klachten aan de benen. Verzoekster vraagt bij de berekening van de vergoeding rekening te houden met de koersverschillen.

4.3. Verzoekster 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 verzoekster ten tijde van haar verblijf in Bogota contact heeft opgenomen met de Alarmcentrale. Uit de contactregistratie blijkt dat destijds is afgesproken dat de nota's door verzoekster zouden worden voldaan. Desalniettemin heeft zij ze bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Uit de stukken blijkt dat een behandeling van de spataderen met behulp van laser heeft plaatsgevonden. Nog daargelaten het antwoord op de vraag of de verleende zorg als spoedeisend kan worden gekwalificeerd, is een behandeling met laser niet gebruikelijk.

5.2. Over de gynaecologische behandeling is geen contact geweest met de Alarmcentrale. Uit de stukken of anderszins is niet gebleken om welke behandeling het gaat. Ook over de voorgeschreven geneesmiddelen bestaat niet voldoende duidelijkheid.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat niet bekend is om welke zorgkosten het gaat. De spataderen zouden zijn behandeld met laser. Bij de vaginale klachten lijkt sprake te zijn geweest van een blaasontsteking. Een en ander is echter niet geheel duidelijk. Over de koersverschillen merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de koers wordt berekend op het moment van afrekenen. De ziektekostenverzekeraar stelt verder dat het CVZ-advies niet juist is, omdat door het CVZ is uitgegaan van een diepgaande laserbehandeling, terwijl mevrouw vijf keer oppervlakkig is behandeld. De toepasselijke DBC-code is 03.11.00.0159.0101 met een bijbehorend tarief van € 316,95.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht slechts gedeeltelijk is ingewilligd.

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 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 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering.

Artikel 2 van de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"(...) onderzoek en behandeling door een medisch specialist (...). De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. (...)"

Artikel 7 van de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op farmaceutische zorg en luidt, voor zover hier van belang:

"farmaceutische zorg omvat terhandstelling van:

- a. *de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;*
- b. *mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in: artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet; artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet of artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners;*
- c. *polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.*

Zorgverlening:

(internet)apotheek, apotheekketens, ziekenhuisapotheek, poliklinische apotheken of apotheekhoudend huisarts; voor dieetpreparaten ook andere medisch gespecialiseerde leveranciers.

Prestatie:

vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene voorwaarden.

Voorschrift:

arts, tandarts, (tandarts)specialist, verpleegkundige of verloskundige.

(...)

Uitsluitingen:

de volgende middelen komen niet voor vergoeding in aanmerking:

- farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
- geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
- andere dan in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorggeneesmiddelen (middelen die zonder recept verkrijgbaar zijn). (...)
- antroposofische en homeopathische middelen;
- geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen.”

Artikel 13 van de ‘lijst van aanspraken’ van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

- “1. De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg naar de omvang als omschreven in artikel 7 van de Algemene voorwaarden van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. (...)
3. De verzekerde die woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft 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 zorgverlener of instelling zou zijn verleend. (...)”

8.3. De artikelen 2, 7 en 13 van de ‘lijst van aanspraken’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 4 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 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 geregeld in artikel 2.8 Bzv, verder uitgewerkt in artikel 2.5 en Bijlage 1 en 2 Rzv.

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

8.6. Artikel 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op spoedeisende hulp in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“spoedeisende geneeskundige behandeling tijdens vakantie, zakenreis, studiedoeleinden of ander tijdelijk verblijf van maximaal 12 maanden buiten Nederland, die in verband met een acute ziekte of een ongeval medisch noodzakelijk is. Onder spoedeisende hulp wordt in dit verband verstaan: hulp die redelijkerwijs niet was voorzien bij vertrek en niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland (of woonland).

Vergoeding:

- *geneeskundige kosten, in aanvulling van de vergoeding op basis van de hoofdverzekering of verdrag: volledig, werelddekking;(...)*

Bijzonderheden:

- (...)
- *geneesmiddelen worden uitsluitend vergoed onder overlegging van het doktersvoorschrift;*
- *voor declaratie moet de verzekerde het volledig ingevulde declaratieformulier, samen met de originele nota's indienen; (...)*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Met het CVZ is de commissie van oordeel dat de behandeling van de spataderen een spoedeisende behandeling betrof, op vergoeding waarvan verzoekster aanspraak heeft ten laste van de zorgverzekering. Daarvoor dient – zo blijkt uit het CVZ-advies van 24 juni 2010 – de DBC-code 03.11.00.0423.0201 te worden gehanteerd. Deze code heeft als omschrijving: “Reguliere zorg // varices van onderste extremiteiten / Operatief poliklinisch”. Het betreft een code uit het B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door middel van afspraken tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgverleners. Mede gelet op de omschrijving komt eerder genoemde code de commissie juist voor. De ziektekostenverzekeraar heeft weliswaar DBC-code 03.11.00.0159.0101 genoemd, maar daarbij naar het oordeel van de commissie onvoldoende gemotiveerd waarom deze passender zou zijn dan de code die door het CVZ is aangedragen. Het CVZ heeft daarnaast, na kennis te hebben genomen van de visie van de ziektekostenverzekeraar op dit punt, bij brief van 27 september 2010 de commissie medegedeeld zijn eerdere advies te handhaven. Het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar heeft afgesproken voor de onderhavige zorg dient daarom conform de door het CVZ aangedragen DBC-code aan verzoekster te worden vergoed.
- 9.2. Met betrekking tot de voorgeschreven (genees)middelen geldt dat door de ziektekostenverzekeraar is toegezegd een bedrag van € 57,92 na te betalen voor de antibiotica, corticoïdzalf en de oogdruppels. De hoogte van dit bedrag is door verzoekster niet bestreden. Van de overige middelen die zouden zijn voorgeschreven is geen recept in het dossier aanwezig, zodat het verzoek – voor zover het op deze middelen ziet – moet worden afgewezen.
- 9.3. Uit de stukken is gebleken dat ten aanzien van de gynaecologische behandeling consulten en een bloedonderzoek hebben plaatsgevonden. De consulten kunnen – gelet op het advies van het CVZ van 24 juni 2010 – worden aangemerkt als spoedeisende zorg. De kosten daarvan dienen conform het daarbij behorende Nederlandse tarief aan verzoekster te worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 augustus 2010 medegedeeld de kosten van de laboratoriumonderzoeken ter hoogte van € 36,57 respectievelijk € 19,30 te vergoeden, zodat over deze vergoeding thans geen geschil meer bestaat.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat in het geval spoedeisende zorg is verleend, volledige vergoeding van geneeskundige kosten plaatsvindt. Ook is vergoeding mogelijk van de in dat kader voorgeschreven geneesmiddelen. Uit hetgeen hiervoor met betrekking tot de zorgverzekering is overwogen, volgt dat de behande-

ling van de spataderen en de gynaecologische consulten als spoedeisende zorg zijn aan te merken. De kosten van deze zorg dienen daarom volledig te worden vergoed, deels ten laste van de zorgverzekering en voor het resterende deel ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dat het bloedonderzoek spoedeisende zorg betrof is in de procedure niet voldoende aannemelijk geworden, zodat geen aanspraak bestaat op vergoeding van die kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De in het dossier genoemde medicatie vormt, met uitzondering van de middelen die reeds door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed, geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering, hetgeen ertoe leidt dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van die medicatie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Kosten rechtsbijstand

- 9.5. Verzoekster heeft verder verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar de kosten van rechtsbijstand ten bedrage van € 98,-- te vergoeden. Aangezien het verzoek slechts gedeeltelijk wordt ingewilligd, acht de commissie geen gronden aanwezig te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is tot vergoeding van genoemd bedrag.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen. De behandeling van de spataderen en de gynaecologische consulten dienen volledig te worden vergoed, ten laste van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Op vergoeding van de overige kosten – met name die van de (genees)middelen zonder recept en het bloedonderzoek – bestaat geen aanspraak.
- 9.7. Aangezien het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.6.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 27 oktober 2010,

Voorzitter