

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, fysiotherapie, farmaceutische zorg: Cefditoreno 400®, Ambroxol®, Solmeterol + Fluticasona 50/500®, Spiriva®, Codeïne syrup®, Paracetamol, EU-EER
Zaaknummer	: 2008.02722
Zittingsdatum	: 3 juni 2009

Zaak: 2008.02722 (Geneeskundige zorg, fysiotherapie, farmaceutische zorg: Cefditoreno 400®, Ambroxol®, Solmeterol®, Fluticasona 50/500®, Spiriva®, Codeïne syrup®, Paracetamol, 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 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.6 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlage 1 Rzv)

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 6 oktober 2008 de kosten van farmaceutische zorg slechts gedeeltelijk te vergoeden, namelijk tot een bedrag van € 293,88, en de beslissing de overige nota's niet in behandeling te nemen wegens het onvoldoende gespecificeerd zijn van de kosten.

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 Basisverzekering (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 een fietsongeval gehad in Spanje. Hij heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van fysiotherapie en farmaceutische zorg: Cefditoreno 400®, Ambroxol®, Solmeterol®, Fluticasona 50/500®, Spiriva®, Codeïne syrup® en Paracetamol (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 11 april 2008, 5 juni 2008 en 19 juni 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker gevraagd om een specificatie van de nota's. Bij brief van 3 september 2008 heeft de zorgverzekeraar verzoeker medegedeeld dat de nota's niet werden vergoed, omdat geen sprake was van gebruikelijke zorg.
- 3.3. Verzoeker heeft daarop bij de SKGZ een klacht ingediend. De SKGZ heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. De zorgverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. De zorgverzekeraar heeft daarbij toegegeven dat de eerste afwijzingsgrond weliswaar onterecht is, doch dat de nota's niet voor vergoeding in aanmerking komen, omdat zij niet voldoende gespecificeerd zijn en voorts omdat sprake is van onnodig kostbare zorg.
- 3.5. Bij brief van 11 januari 2009 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 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.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 15 april 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 april 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft omstreeks 2 juni 2009 telefonisch medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 20 april 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 19 mei 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29040731) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de overgelegde kopieën van de nota's onvoldoende houvast bieden om te beoordelen welke aanspraken verzekerde nog heeft. Vooralsnog is het CVZ van oordeel dat niet is voldaan aan de voorwaarde van artikel A16 van de polisvoorwaarden, omdat de nota's onvoldoende gespecificeerd zijn. Een afschrift van het CVZ-advies is op 20 mei 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen, dan wel ter zitting op dit advies te reageren.
- 3.10. Verzoeker is op 3 juni 2009 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch deelgenomen aan de zitting.
- 3.11. Bij brief van 10 juni 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 17 juni 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij naar aanleiding van een fietsongeval in Spanje spoedeisende hulp heeft gekregen. Het gaat daarbij om fysiotherapie en de middelen Cefditoreno 400®, Ambroxol®, Solmeterol®, Fluticasona 50/500®, Spiriva®, Codeïne syrup® en Paracetamol. Er is geen aanlei-

ding om de nota's af te wijzen, omdat deze duidelijk zijn gespecificeerd en ondertekend door de behandelaar. Nu het gaat om spoedeisende hulp, dienen deze nota's geheel te worden vergoed. Het gaat om een bedrag van in totaal € 2.650,--. Verzoeker begrijpt niet waarom de zorgverzekeraar van mening is dat de nota's niet voldoende gespecificeerd zijn; hij heeft ze vertaald, en tot driemaal toe opgestuurd naar de zorgverzekeraar.

4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd. Alle geneesmiddelen staan geregistreerd. Het advies van het CVZ is derhalve onjuist. Verzoeker heeft zestien originele nota's gedeclareerd. Tot op heden heeft hij hiervan geen uitkeringsspecificaties ontvangen, terwijl het bij andere zorgverzekeraars gebruikelijk is dergelijke specificaties wel te verstrekken. De zorgverzekeraar traineert met opzet. Verzoeker verklaart dat hij op 12 februari 2008 in Spanje met de fiets is gevallen, waarbij hij diverse kneuzingen aan nek en schouders heeft opgelopen. Verder is hij van de trap gevallen, waaraan hij een tenitis heeft overgehouden. Bovendien heeft hij in januari koorts gehad, waarvoor hij medicijnen heeft gehad. De arts die verzoeker heeft behandeld voor al deze aandoeningen, mag alles doen, behalve opereren. Verder werken er mensen voor hem, zoals fysiotherapeuten, waarvan de kosten aan de arts worden betaald.

4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat haar 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, het volgende. De nota's van 3 juli 2008 ad € 158,57 en 3 september 2008 ad € 118,58 zijn volledig vergoed. De nota van 7 juli 2008 ad € 20,35 is vergoed tot maximaal € 16,73. Deze nota's zijn voor het grootste gedeelte vergoed, ondanks het gegeven dat ze niet voldoende gespecificeerd waren om te kunnen vaststellen of recht bestond op vergoeding. Alle overige nota's zijn afgewezen.

Het is opvallend dat alle nota's, behalve de hiervoor besproken apotheeknota's, zijn uitgeschreven door dezelfde behandelaar. Dit zijn nota's voor medicijnen voor onder andere een longontsteking, nota's voor consulten en controles, nota's voor fysiotherapie en nota's voor echografieën. Verder valt het op dat de nota's altijd afgeronde bedragen betreffen. Geen van de nota's is voldoende gespecificeerd om vast te kunnen stellen of al dan niet recht op vergoeding bestaat, ondanks het feit dat meerdere malen om die informatie is gevraagd.

5.2. Zelfs als sprake zou zijn geweest van spoedeisende hulp, ontslaat dit verzoeker niet van de verplichting om zodanig gespecificeerde nota's op te sturen dat op grond daarvan het recht op vergoeding kan worden vastgesteld. Het is onduidelijk of de behandelaar die de nota's heeft uitgeschreven een huisarts, specialist, fysiotherapeut of apotheker is. Het is voorts niet duidelijk welk gedeelte van de hulp spoedeisend was en welk gedeelte niet.

5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoeker drie maal in de gelegenheid is gesteld de nota's nader te specificeren. Gezien hetgeen tot op heden heeft plaatsgevonden en verzoeker tijdens de zitting heeft verklaard, betwijfelt de zorgverzekeraar of de nota's nader te specificeren zijn.

5.4. 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 fysiotherapie en de farmaceutische producten Cefditoreno 400®, Ambroxol®, Solmeterol®, Fluticasona 50/500®, Spiriva®, Codeïne syrup® en Paracetamol aan verzoeker te vergoeden. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

7.2. Het betreft hier een restitutiepolis met gecontracteerde zorg, 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 B10 tot en met B36 van de zorgverzekering. Artikel B15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op paramedische zorg bestaat. Artikel B17 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat. Artikel B9 van de zorgverzekering regelt wanneer en onder welke voorwaarden vergoeding bestaat voor zorg in het buitenland. Artikel A16 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt welke regels gelden met betrekking tot het indienen van een nota, en artikel B5 van de zorgverzekering bepaalt – kort gezegd – dat zorg doelmatig en niet onnodig kostbaar dient te zijn. De artikelen luiden, voor zover hier van belang, als volgt:

“B15 Fysiotherapie en oefentherapie

(...)

U heeft recht op vergoeding van kosten van fysiotherapie vanaf de 10^e behandeling, als het gaat om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst (Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). (...)”

“B17 Geneesmiddelen

(...)

U heeft recht op vergoeding van kosten van alle geneesmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke geneesmiddelen dat zijn, is te vinden in Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering.

(...)

U heeft recht op vergoeding van kosten van geneesmiddelen die in de apotheek zelf zijn bereid. Ook heeft u recht op vergoeding van kosten van geneesmiddelen die de arts voor gebruik door zijn eigen patiënten bestel[t]. Indien het gaat om een geneesmiddel dat in Nederland niet in de handel is maar wel in een ander land, is dit slechts toegestaan als u lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. In alle gevallen moet het gaan om rationele farmacotherapie.

(...)”

“B9 Buitenland

(...)

U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg van een door [de zorgverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder.

Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde aanbieder (...)

“A16 Als u een nota indient”

Vaak betaalt [de zorgverzekeraar] rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Soms komt het voor dat u zelf een nota ontvangt. Als u die indient, let u dan op het volgende:

- Het moet een originele nota zijn, geen kopie, duplicaat of aanmaning.*
- Een nota moet zo gespecificeerd zijn dat het recht op vergoeding van kosten van vergoeding kan worden vastgesteld.*
- (...)*
- Als een nota vertaald moet worden, komen de vertaalkosten voor uw rekening.*
- Als een nota aan het bovenstaande niet voldoet, ontvangt u geen vergoeding. (...)*

“B5 Indicatie en doelmatigheid

(...)”

Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is of onnodig veel kost in vergelijking met andere zorgvormen, komt niet voor rekening van de verzekering.”

- 7.3. De artikelen B15, B17 en B5 van de zorgverzekering en artikel A16 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. 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.
Paramedische zorg en farmaceutische zorg zijn naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1, 2.6 en 2.8 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.5 en Bijlage 1 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, welke normaliter onder artikel 22 lid 1 onder a van EG verordening 1408/71 getoetst dient te worden, kan hier 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), die 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. Waar het gaat om 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 vast 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. Ten aanzien van de farmaceutische zorg is de commissie gebleken dat verzoeker aanspraak maakt op de middelen Cefditoreno 400®, Ambroxol®, Solmeterol®, Fluticasona 50/500®, Spiriva®, Codeïne syrup® en Paracetamol.

De vraag die allereerst moet worden beantwoord, is of deze middelen zijn aan te merken als een verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering. Daartoe moet worden nagegaan of het hier 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 aangewezen.

Indien dit niet het geval is, dient te worden vastgesteld of het gaat om niet-geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Laatstgenoemde geneesmiddelen komen slechts voor vergoeding in aanmerking, indien sprake is van:

- een zogenoemde “orphan drug”; een geneesmiddel voor een ziekte die in Nederland bij ten hoogste 1 op de 150.000 inwoners voorkomt, of;
- een apotheekbereiding, indien tevens sprake is van rationele farmacotherapie, tenzij het een geneesmiddel betreft dat gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig is aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel.

- 7.9. Cefditoreno 400®, Ambroxol®, Solmeterol®, Fluticasona 50/500®, Spiriva®, Codeïne syrup® en Paracetamol zijn geen orphan drugs, dan wel apotheekbereidingen, zodat dit verder onbesproken kan blijven.

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). De commissie is gebleken dat Cefditoreno®, Solmeterol® en Codeïne syrup® niet aan deze voorwaarde voldoen.

De middelen Ambroxol® en paracetamol komen niet voor vergoeding in aanmerking, omdat deze geneesmiddelen niet zijn opgenomen in Bijlage 1 Rzv.

- 7.10. Met betrekking tot de middelen Fluticasona® en Spiriva® merkt de commissie op dat deze middelen wel voorkomen op Bijlage 1 Rzv. Fluticason® komt echter niet in de dosering voor die verzoeker heeft opgegeven. Van het middel Spiriva® heeft hij niet aangegeven welke dosering hij gebruikt.

- 7.11. Waar het de onder 7.10 genoemde middelen betreft, heeft de zorgverzekeraar zich naar het oordeel van de commissie terecht op artikel A16 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering beroepen, waarin is uiteengezet dat een nota slechts dan in behandeling kan worden genomen, wanneer duidelijk is welke zorg wordt voorgeschreven, door wie en voor welke aandoening. Ondanks herhaald verzoek heeft verzoeker hieraan niet voldaan. Weliswaar heeft hij de stukken zelf verstaald, en keer op keer dezelfde rekeningen naar de zorgverzekeraar gestuurd, maar hij heeft nimmer een verklaring van een arts overlegd waaruit blijkt voor welke aandoening de geneesmiddelen zijn voorgeschreven, respectievelijk – voor Fluticasona® en Spiriva® – in welke dosering. Het enkele gegeven dat sprake was van een fietsongeval is niet voldoende om een oordeel te kunnen geven over de aanspraak. Daar komt bij dat een keelontsteking, waarvoor het middel Ambroxol® kennelijk is voorgeschreven, geen verband lijkt te hebben met een fietsongeluk, en dat alle nota’s van dezelfde behandelaar afkomstig zijn. Verzoeker heeft nagelaten aan te geven welke hoedanigheid de betreffende behandelaar heeft.

- 7.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 juli 2009,

Voorzitter