



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist en Zilveren Kruis Ziektelastenverzekeringen N.V. te Amersfoort

Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, opname en behandeling, geneesmiddelen, hoogte vergoeding

Zaaknummer : 201701198

Zittingsdatum : 10 oktober 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, artt. 19 en 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
 - 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend drie sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen Aanvullend Tand twee sterren en het Gemeente Extra Plus Pakket zijn niet in geschil en blijven daarom in het vervolg onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een behandeling, ondergaan te Münster, Duitsland en de hiermee gepaard gaande geneesmiddelen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 11 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld de kosten te vergoeden tot maximaal € 4.340,76.
- 3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 26 april 2017 en 1 juni 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten in Duitsland te tarifieren. Een en ander heeft echter niet geleid tot een hogere vergoeding.
- 3.4. Bij brief van 14 mei 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig althans tot een hoger bedrag dan € 4.340,76 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 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 3 augustus 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt, inhoudende dat een nabetaling zal volgen van € 191,87. Een afschrift hiervan is op 8 augustus 2018 aan verzoekster gezonden, met de vraag of hiermee het geschil is opgelost. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 11 augustus 2018 medegedeeld dat het geschil nog niet is opgelost en dat zij alsnog een bindend advies wenst. Een afschrift van deze reactie is op 14 augustus 2018 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 4 september 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 september 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 22 augustus 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 19 september 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018041613) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd te onderzoeken of sprake is van een juiste toepassing van de Toepassingsverordening door de ziektekostenverzekeraar, aangezien geen tarifieringsverzoek is ingediend met betrekking tot de verstrekte geneesmiddelen. Voor zover het Nederlands tarief aan de orde is, merkt het Zorginstituut op dat door de ziektekostenverzekeraar het juiste DBC-zorgproduct is gehanteerd. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 19 september 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 oktober 2018 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 16 oktober 2018 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 18 oktober 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend arts in Duitsland heeft op 5 juni 2015 over verzoekster verklaard:
"(...) **Diagnose(n):** *V.a. M. Behcet, z.A. anderes autoinflammatorisches Syndrom*
- *aktuell kein Anhalt für Vaskulitis / Urticaria Vasculitis*
- *definitive Diagnosestellung aktuell unter syst. Prednisolon-Therapie 20 mg tgl nicht möglich*
- *Reduktion der Kortison-Dosis auf 10 mg tgl und Einleitung von Colchicum empfohlen, im Verlauf erneute stationäre Aufnahme nach neurologischer Vorstellung (MR-Schädel, ggf Liquorpunktion)*
Aktuell:
- *Vitamin-D Mangel: Sub[s]tution empfohlen*
- *Hämoccult Test 2/3x positiv: Kontrolle und ggf. WV der Gastroskopie / Rektokoloskopie empfohlen Episkleritis RA*
- *Dexagentamicin AS 3x/d und augenärztliche Kontrolle ambulant empfohlen*
- *Z.n. Hepatitis B (Nachweis anti-HBc- und anti-HBs-IgG)*
- *quantitativer HBV-DNA Bestimmung: steht aus*
- *Kontrolle von HBV-DNA in 3 Monaten, regelmäßige Kontrolle der Leberwerte unter Immunsuppression*
- *HLA-Bestimmung ambulant empfohlen*
Nebendiagnosen:

Geringe Antrumgastritis".

- 4.2. Verzoekster is tijdens een vakantie in Duitsland met spoed opgenomen in het St. Antonius Hospital in Gronau. De opname duurde van 7 mei 2015 tot en met 12 mei 2015. De kosten van deze behandeling zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Op 12 mei 2015 is verzoekster met een ambulance vervoerd naar een huidkliniek in Münster, waar men meer gespecialiseerd is op het gebied van haar ziekte. Van 27 mei 2015 tot en met 5 juni 2016 is zij hier opgenomen geweest. Door de behandelend arts aldaar zijn geneesmiddelen voorgeschreven. De meeste hiervan zijn niet zonder doktersrecept verkrijgbaar. Verzoekster is daarom van mening dat deze middelen voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking dienen te komen.
- 4.3. De behandelingen in Münster zijn een direct gevolg van de spoedeisende behandeling in Gronau. Om die reden dient de ziektekostenverzekeraar over te gaan tot volledige vergoeding van de in Münster gemaakte kosten.
- 4.4. Bij e-mailbericht van 11 augustus 2018 heeft verzoekster toegelicht dat het geschil met de nabetaling van € 191,87 nog niet is opgelost, omdat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar alle kosten te vergoeden. Dit komt neer op een aanvullend bedrag van € 841,37.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster opgemerkt dat op dit moment slechts een deel van de kosten van de behandeling en de daarmee samenhangende kosten is vergoed. Zij vindt dat ook de resterende kosten van de behandeling (€ 629,85) en de kosten voor de medicatie (€ 403,39) moeten worden vergoed, met uitzondering van paracetamol en vitaminesupplementen. Voor de overige medicijnen geldt echter dat deze zonder recept niet te verkrijgen zijn. Deze zijn bij een apotheek aangeschaft, op voorschrift van een arts.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoekster is van 7 mei 2015 tot en met 12 mei 2015 opgenomen geweest in Gronau. De kosten van deze opname zijn afgehandeld door de Eurocross Alarmcentrale. Voor het ambulancevervoer op 7 mei 2015 is een aparte nota ingediend, en hiervoor is aan verzoekster een vergoeding verleend. Vervolgens is verzoekster van 27 mei 2015 tot en met 5 juni 2015 opgenomen in Münster. Dit ging niet om spoedeisende zorg, en de kosten hiervan zijn vergoed tot een bedrag van € 4.340,76 op basis van DBC-zorgproductcode 15C654. Bij de ziektekostenverzekeraar zijn geen kosten gedeclareerd voor ambulancevervoer van Gronau naar Münster op 12 mei 2015.
- 5.2. Door verzoekster zijn de geneesmiddelen paracetamol, magnesium, 'colchium dispert®', 'vigantoletten®' en 'ferro sanol® duodenal' gedeclareerd. Paracetamol en magnesium zijn zonder recept verkrijgbaar. 'Colchium dispert' is niet als geneesmiddel geregistreerd, 'Vigantoletten' betreft een vitamine-D preparaat en 'ferro sanol® duodenal' een ijzerpreparaat. Deze middelen komen niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar is naar aanleiding van vragen van de Ombudsman Zorgverzekeringen overgegaan tot tarifiering in Duitsland. Hieruit is gevolgd dat op basis van de Duitse sociale ziektekostenverzekering voor deze behandeling een bedrag zou zijn vergoed van € 3.902,21. Aangezien het Nederlandse tarief hoger is, heeft verzoekster geen aanspraak op een aanvullende vergoeding.
- 5.4. Bij brief van 3 augustus 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat het geneesmiddel colchicine extramuraal aan verzoekster is verstrekt. Dit middel is opgenomen in het GVS. Uit de stukken blijkt dat het middel is voorgeschreven bij de diagnose ziekte van Behçet. Hiervoor is

colchicine niet geregistreerd, maar het betreft wel een reguliere behandeling. Tevens is verzoekster behandeld met prednison, maar omdat verhoging van de dosering hiervan niet werd verdragen, is colchicine toegevoegd. Gelet hierop is sprake van rationele farmacotherapie, zodat het middel colchicine voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Dit leidt tot een nabetaling aan verzoekster van € 191,87.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij in eerste instantie geen tarifieringsverzoek heeft ingediend bij het Duitse uitvoeringsorgaan, maar wel reeds een bedrag van € 4.340,-- heeft uitbetaald in verband met de behandelkosten in Duitsland. Feitelijk bestond op basis van de tarifiering recht op een lagere vergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel besloten het verschil niet van verzoekster terug te vorderen. Dit betekent dat de behandelkosten van verzoekster reeds ruimschoots zijn vergoed. Ten aanzien van de medicijnkosten is het de ziektekostenverzekeraar duidelijk geworden dat verzoekster alsnog wenst dat ook hiervoor een tarifieringsverzoek wordt ingediend bij het Duitse uitvoeringsorgaan. Dit zal de ziektekostenverzekeraar dan ook alsnog doen. Hij wijst er daarbij wel op dat het enige tijd vergt, voordat een reactie uit Duitsland kan worden verwacht. Daarnaast merkt de ziektekostenverzekeraar op dat reeds een bedrag van € 191,87 is vergoed op basis het Nederlands tarief.

5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie 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 althans tot een hoger bedrag dan € 4.340,76 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 39 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 29 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg, verpleging en verblijf bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Heeft u medisch specialistische zorg en/of om die reden verblijf nodig? Dan heeft u aanspraak op deze zorg. Deze zorg kan plaatsvinden in:

1 een ziekenhuis,

2 een zelfstandig behandelcentrum of

3 de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist) verbonden aan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) toegelaten instelling.

De zorg bestaat uit:

a medisch-specialistische zorg;

b tijdens uw behandeling en eventuele verblijf: verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen;

c uw verblijf in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, op basis van de laagste klasse.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden. (...)"

8.4. Artikel 5 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op farmaceutische zorg en luidt, voor zover hier van belang:

"Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

a de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;

b advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

U heeft aanspraak op terhandstelling, advies en begeleiding van:

a alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheehouder die met ons een IDEAcontract heeft gesloten;

b de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheehouder die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheehouder zonder contract;

c andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor u of uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:

- geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheehouder in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;

- geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, 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 de Geneesmiddelenwet;

- geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, 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. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;

d polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Een omschrijving van deze (deel)prestaties vindt u in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. Op onze website vindt u daarnaast een overzicht van de maximale aanspraken die wij hebben vastgesteld voor de (deel)prestaties farmacie,

geneesmiddelen en dieetpreparaten. Bovendien vindt u hier ook de geregistreerde geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Uiteraard kunt u deze informatie ook bij ons opvragen. (...)"

- 8.5. Artikel 15 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

a zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-

socializekerheidsverordening of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;

b zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;

c Vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of

zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens de 'Aanspraken en vergoedingen Basis Zeker' tot maximaal:

• de lagere vergoeding als deze bij een aanspraak in Basis Zeker wordt genoemd;

• het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);

• het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent. (...)"

- 8.6. De artikelen 15 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering, 5 en 29 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering en het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg zijn volgens artikel 1.1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

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 en verder uitgewerkt in artikel 2.5 Rzv en de bij de Rzv behorende Bijlagen 1 en 2.

- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.9. Artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"10.1 Spoedeisende zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg tijdens vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan uw woonland. Het moet gaan om zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien. En het moet gaan om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Deze vergoeding geldt alleen als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering.

Wij vergoeden de kosten voor:

- a behandelingen door een huisarts of medisch specialist;*
- b ziekenhuisopname en operatie;*
- c behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen die een arts heeft voorgeschreven;*
- d medisch noodzakelijk ambulancevervoer naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;*
- e tandheelkundige behandelingen voor verzekerden tot 18 jaar. (...)*

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wij vergoeden de kosten alleen, als wij deze ook in Nederland vanuit Basis Zeker zouden vergoeden.*
- 2 U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via Eurocross Assistance. (...)*
- 3 sterren - aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen (...)*

10.2 Spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van geneesmiddelen in het buitenland bij spoedeisende zorg. Het gaat hierbij om geneesmiddelen die niet vergoed worden uit Basis Zeker maar wel zijn voorgeschreven door een arts.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist of tandarts.*
- 2 Er moet sprake zijn van spoedeisende zorg in het buitenland.*
- 3 Een apothekhoudende moet de geneesmiddelen leveren.*

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u in Nederland zonder recept kunt kopen;*
- b dieetpreparaten en drinkvoeding;*
- c verbandmiddelen;*
- d vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland;*
- e anticonceptiva;*
- f homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen. (...)*

3 sterren - maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar (...)

10.3 Niet-spoedeisende zorg

Wij vergoeden bij ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis, zoals genoemd in artikel 32 van de 'Aanspraken en vergoedingen Basis Zeker', de kosten van niet-gecontracteerde niet-spoedeisende zorg in het buitenland. Heeft u vanuit de basisverzekering aanspraak op niet-spoedeisende zorg in het buitenland? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de aanspraak uit de basisverzekering. (...)

3 sterren - geen dekking (...)"

8.10. Artikel 19 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.

2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt.”

8.11. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

Opname 27 mei 2015 tot en met 5 juni 2015

9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat de opname van 7 mei 2015 tot en met 12 mei 2015 in Gronau spoedeisende zorg betrof. Deze opname is als zodanig volledig door de ziektekostenverzekeraar aan het ziekenhuis vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts een nota ontvangen voor ambulancevervoer op 7 mei 2015 en deze volledig aan verzoekster vergoed. Bij de ziektekostenverzekeraar is geen nota bekend van het ambulancevervoer dat volgens verzoekster plaatsvond op 12 mei 2015 van Gronau naar Münster. Deze nota bevindt zich ook niet in het dossier. Aangezien verzoekster in Münster opgenomen is geweest van 27 mei 2015 tot en met 5 juni 2015, is niet aannemelijk dat zij op 12 mei 2015 met een ambulance is vervoerd van Gronau naar Münster. De commissie zal dit punt daarom verder laten rusten. Rest de vraag of de opname in Münster tijdens het verblijf in Duitsland medisch noodzakelijk is geworden, met inachtneming van de aard van de zorg en de verwachte duur van het verblijf, zoals bedoeld in artikel 19, eerste lid, van Vo. nr. 883/2004.

9.2. Gelet op de 'Entlassungsbrief' van de behandelend arts in Münster, was geen sprake van een voortgezette behandeling in Münster, en kon verzoekster terugkeren naar Nederland. Zij heeft hiervoor niet gekozen, maar besloten zich in Duitsland te laten behandelen. Het betreft hierbij geplande zorg. Hierop ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Door verzoekster is geen voorafgaande toestemming gevraagd of verkregen, zodat de verordening geen toepassing vindt. De vraag die vervolgens ter beantwoording voorligt, is of de hoogte van de door de ziektekostenverzekeraar

berekende vergoeding van € 4.340,76 op basis van de zorgverzekering juist is. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 9.3. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-zorgproductcode 129999057 (declaratiecode 15C654) met als omschrijving: "Ov aandoeningen huid/weke delen | Dag >2/Klin cumulatief middel | Huid infectie/overig (...) 6 tot maximaal 28 dagbehandelingen en/of verpleegdagen bij een open been/doorligwond/aandoening van huid of onderhuids bindweefsel". Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door middel van onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Gelet op het document 'Vergoeding bij niet gecontracteerde zorgverleners Medisch Specialistische Zorg 2015' bedroeg de bijbehorende vergoeding in dat jaar € 4.135,60, zijnde 80 percent van het gemiddeld door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde tarief. De ziektekostenverzekeraar heeft gemeend over te moeten gaan tot vergoeding van een bedrag van € 4.340,76. In die beslissing van de ziektekostenverzekeraar zal de commissie niet treden. Verzoekster heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding voor de opname in Münster van 27 mei 2015 tot en met 5 juni 2015, ten laste van de zorgverzekering.

Geneesmiddelen

- 9.4. Een volgende vraag is of de middelen paracetamol, magnesiumcitraat 205 mg, vigantoletten® 1000 I.E. Vitamine D3 en ferro sanol® duodenal 100 mg geregistreerde geneesmiddelen betreffen. Indien dit het geval is, dient te worden beoordeeld of de middelen onderling vervangbaar zijn. Een geregistreerd onderling vervangbaar geneesmiddel wordt alleen vergoed, indien het door de Minister van VWS is aangewezen. Geregistreerde niet-onderling vervangbare geneesmiddelen komen in beginsel voor vergoeding in aanmerking. Als het middel niet is geregistreerd, dient te worden bekeken of sprake is van een zogenoemde 'orphan drug' – dit is een geneesmiddel dat wordt voorgeschreven aan personen die lijden aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij één op de 150.000 inwoners – dan wel 'magistrale receptuur', dat wil zeggen een middel dat is bereid door een apotheker. Hierbij geldt als eis dat het dient te gaan om rationele farmacotherapie.
- 9.5. Het middel paracetamol is geregistreerd maar niet aangewezen door de Minister van VWS als te vergoeden middel. Het middel magnesiumcitraat 205 mg is in deze hoeveelheid niet geregistreerd en aangewezen. Ook betreft het geen 'orphan drug' of magistrale receptuur. De middelen vigantoletten® 1000 I.E. Vitamine D3 en ferro sanol® duodenal 100 mg zijn niet geregistreerd en betreffen ook geen 'orphan drug' of magistrale receptuur.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor de kosten van spoedeisende zorg. De kosten van de opname in Gronau van 7 mei 2015 tot en met 12 mei 2015 zijn volledig vergoed door de ziektekostenverzekeraar. De tweede opname van 27 mei 2015 tot en met 5 juni 2015 in Münster betreft geen spoedeisende zorg. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op een aanvullende vergoeding voor deze opname, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor in het buitenland aangeschafte geneesmiddelen in het kader van spoedeisende zorg, tot een maximum van € 50,- per kalenderjaar. Aangezien de geneesmiddelen horen bij de behandeling in Münster, en het hier geen spoedeisende zorg betrof, heeft verzoekster geen aanspraak op een aanvullende vergoeding, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Tarifiering

- 9.8. De ziektekostenverzekeraar is naar aanleiding van vragen van de Ombudsman Zorgverzekeringen overgegaan tot tarifiering in Duitsland. De uitkomst hiervan was dat voor deze behandeling op basis van de Duitse sociale ziektekostenverzekering een vergoeding zou zijn verleend van € 3.902,21. Aangezien de vergoeding naar Nederlands tarief volgens de ziektekostenverzekeraar € 4.340,76 bedraagt, is deze niet overgegaan tot het verlenen van een aanvullende vergoeding. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 19 september 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar de geneesmiddelen niet in de tarifiering betrokken. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar - gelet op de eerder gedane toezegging te tarifieren - een nieuw tarifieringsverzoek dient in te dienen bij het Duitse orgaan voor de sociale ziektekostenverzekering waarin de geneesmiddelen ook worden meegenomen. Indien hieruit een hoger bedrag komt dan aan verzoekster is vergoed, heeft zij aanspraak op een hogere vergoeding.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar een nieuw tarifieringsverzoek in moet dienen bij het Duitse orgaan voor de sociale ziektekostenverzekering. Indien hieruit een hoger tarief komt, dient dit aan verzoekster te worden vergoed. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 9.10. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe conform hetgeen is bepaald onder 9.9. Het meer of anders gevorderde wijst de commissie af.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 31 oktober 2018,

G.R.J. de Groot