



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Avéro Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te
Zeist, vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen

Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, consulten en behandelingen,
farmaceutische zorg, amiloride, Kalinor®, MagOx®, Citracal®, Thybon®,
hoogte vergoeding

Zaaknummer : 201701761

Zittingsdatum : 26 september 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016 en 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016 en 2017, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

- 1) Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Avéro Achmea Keuze Zorg Plan (2016 en 2017) (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 Comfort Class (2016) respectievelijk Excellent (2017) 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 verzekering Aon Global Health suppl. excl USA/Canada (2016) is niet in geschil en blijft daarom verder 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 consulten en behandelingen bij een arts in Gelsenkirchen, Duitsland, alsmede op vergoeding van de middelen amiloride, Kalinor®, MagOx®, Citracal® en Thybon® (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft in diverse brieven aan verzoekster medegedeeld de aanspraak slechts gedeeltelijk in te willigen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft in diverse e-mailberichten 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 19 februari 2018 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 (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 19 juni 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 juni 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 9 juli 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 juli 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 26 juni 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 23 juli 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018032738) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen voor zover het de middelen Kalinor®, MagOx®, Citracal® en Thybon® betreft, omdat niet is voldaan aan het zeldzaamheidscriterium en geregistreerde, adequate alternatieven beschikbaar zijn. Met betrekking tot het magistraal bereide middel amiloride capsules 2,5 mg adviseert het Zorginstituut tot toewijzing van het verzoek, aangezien het hier gaat om rationele farmacotherapie. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 27 juli 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 september 2018 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 28 september 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 4 oktober 2018 aan de commissie het definitief advies uitgebracht, inhoudende dat verzoekster niet voldoet aan het zeldzaamheidscriterium. Een afschrift van dit advies is op 5 oktober 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft - na uitstel - bij e-mailbericht van 17 oktober 2018 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend nefroloog in Nederland heeft op 16 juli 2012 over verzoekster verklaard: *"[Verzoekster] gebruikt vanwege een electrolietstoornis kaliumsparende medicatie en electrolietsuppletie. Onderstaande supplementen worden na jarenlang uitproberen door haar verdragen. Andere preparaten veroorzaken gastro-intestinale klachten (waarschijnlijk door toevoegingen, vulmiddelen en/of kleurstoffen), hetgeen haar electrolietstoornissen weer verergert. Te gebruiken preparaten:*
1. Kalinor Retard (600 mg), Desma GmbH, Mainz Kastel, BDR
2. Magnesiumoxide Blaine MagOx 400, Blaine Pharmaceutical, Fort, Michel, USA
3. Citracal (calciumcitraat + D3), Bayer Healthcare, Morristown, USA (...)"
- 4.2. De behandelend Chefarzt in Gelsenkirchen heeft op 28 mei 2014 over verzoekster verklaard: *"[Verzoekster] leidet an einem Gitelman-Syndrom verwandten Krankheitsbild aus dem Formenkreis der Tubulopathien (Bartter-Syndrom). Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit einer ergänzenden Substitutionsbehandlung mit Kalium- und Magnesium-Tabletten. Da bei [verzoekster] langjährig eine Laktoseintoleranz sowie ein Malassimilationssyndrom auf dem Boden einer vermuteten Glutenunverträglichkeit bestehen, ist es erforderlich, Laktose- und Glutenbestandteile in den*

Tabletten zu vermeiden. Daher sind die gewälten Kalium- und Magnesium-Tabletten-Spezifikationen erforderlich (siehe Rezept). (...)"

- 4.3. De Chefarzt heeft op 11 september 2015 over verzoekster verklaard:
"Hiermit bescheinige ich der oben genannten Patientin, dass
1. aufgrund einer Stoffwechselerkrankung eine Behandlung mit Amilorid notwendig ist und
2. aufgrund von Unverträglichkeiten nur Gelatine- und Zellulosemikrokristalle zuträglich sind. (...)"
- 4.4. Verzoekster lijdt sinds 1978 aan een onbekende, niet nader gediagnosticeerde, electrolytenafwijking aan de nierbuizen, zich uitende in spierzwakte en fors krachtverlies. Daarnaast is zij bekend met schildklieratrofie, een lactose- en glutenintolerantie en intoleranties voor verschillende vulstoffen. In verband met dit ziektebeeld is verzoekster aangewezen op de middelen amiloride 2,5 mg, Kalinor®, MagOx® en Thybon®. Deze medicatie wordt haar al sinds 1998 voorgeschreven.
- 4.5. Verzoekster heeft vanaf 1990 een Nederlandse verzekering met een aanvullende buitenlanddekking gehad bij AON. Met ingang van 1 januari 2016 is deze verzekering omgezet in een reguliere zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft lange tijd in Duitsland gewoond en werd destijds behandeld in het Marien Hospital in Gelsenkirchen. Inmiddels woont verzoekster weer in Nederland, maar zij laat zich nog steeds door de zelfde arts behandelen, omdat zij hiermee een behandelrelatie heeft opgebouwd. Vóór 1 januari 2016 heeft verzoekster steeds een volledige vergoeding ontvangen voor de in Duitsland genoten zorg. Met ingang van 1 januari 2016 blijven echter steeds bedragen niet vergoed worden, en de ziektekostenverzekeraar lijkt hiermee willekeurig om te gaan.
- 4.6. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de consulten en behandelingen in Duitsland niet omdat het zou gaan om een privékliniek. Het betreft echter een regulier ziekenhuis, zodat onduidelijk is waarom vergoeding is geweigerd. Met betrekking tot de medicatie geldt dat verzoekster een zeldzame aandoening heeft die bij minder dan één op de 150.000 inwoners voor komt. In dat geval kan een vergoeding worden verleend op basis van de wettelijke regeling voor zeldzame ziekten. De ziektekostenverzekeraar gaat hieraan voorbij en vergoedt de kosten van de middelen niet ten laste van de zorgverzekering, hoewel dit zou moeten. De ziektekostenverzekeraar verleent voor alle middelen samen een vergoeding van € 750,- per jaar en beroept zich hierbij op coulance, maar noemt ook de aanvullende ziektekostenverzekering. Op basis van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen tot maximaal € 750,- per kalenderjaar. Het middel Kalinor® heeft als werkzame stof kaliumchloride. De ziektekostenverzekeraar gaat echter uit van de stof kaliumcitraat. De kosten van de geneesmiddelen die verzoekster dient aan te schaffen zijn € 2.238,- per jaar. Verzoekster vordert van de ziektekostenverzekeraar vergoeding van dit bedrag.
- 4.7. Ter zitting is door verzoekster opgemerkt dat zij een lange ziektegeschiedenis heeft, namelijk al vanaf 1978. Het is heel lang onbekend geweest wat het probleem was. Men dacht lang aan MS. Op enig moment heeft zij een doorverwijzing gekregen naar een professor die gespecialiseerd was op dit gebied. Toen bleek dat het een probleem met kalium was. Zij is verwezen naar een arts in Thailand, die tot de ontdekking kwam dat er een probleem was met de nieren. Haar man is diplomaat, en zij heeft veel met hem gereisd. Zo is zij ook terecht gekomen bij diverse artsen in de wereld. Spreekster licht toe bij welke artsen zij allemaal is onderzocht en met welke reden. In zestien jaar tijd is duidelijk geworden welke hulpstoffen een probleem geven en waarop verzoekster goed reageert. De arts die zij uiteindelijk heeft bezocht in Gelsenkirchen, en waarom het nu gaat, werkt niet in een privékliniek maar in een regulier ziekenhuis. Deze arts heeft haar ook de diverse geneesmiddelen voorgeschreven. Verzoekster zegt desgevraagd nog steeds onder behandeling te zijn in Gelsenkirchen en in het UMC. Zij was positief over het advies van het Zorginstituut. Nu kan zij met de arts overleggen wat de vormvereisten zijn voor de factuur. Er liggen echter nog enkele onbetaalde facturen, waarover verzoekster graag een uitspraak wenst van de commissie. De niet vergoede medicatie kost € 2.238,- per jaar. Ook moet worden gekeken naar hoe vaak de aandoening voorkomt, de zogenoemde 'zeldzaamheidseis'.

4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. In Nederland wordt gewerkt met de DBC-systematiek. De bijbehorende tarieven worden jaarlijks vastgesteld. Voor de vaststelling van het juiste tarief is de medische indicatie en de aard van de behandeling van belang. Een DBC (DOT) omvat alle zorgactiviteiten in een bepaalde periode, waaronder consulten, laboratoriumonderzoek en röntgenonderzoek.

Omdat verzoekster veelal privéklinieken in Duitsland bezoekt waar de Duitse Krankenkassen geen (volledige) contracten mee hebben afgesloten is het niet mogelijk de zorg rechtstreeks te (laten) declareren, en is verstrekking van een S2-formulier aan verzoekster niet aangewezen. Om die reden is de vergoeding achteraf berekend op basis van de medische gegevens die over de behandelingen zijn verstrekt.

5.2. Aan de hand van de verstrekte medische gegevens zijn de volgende DBC-zorgproductcodes gehanteerd, met de bijbehorende vergoeding:

- Declaratiecode 15C896 (Meer dan 2 polikliniekbezoeken en/of meer dan 2 onderzoeken bij een aandoening van de nier of urineleiders). Deze DBC heeft een looptijd van 1 januari 2016 tot en met 29 april 2016 en omvat alle behandelingen van de internist in deze periode. Het bijbehorende tarief is € 466,27.

- Declaratiecode 15C898 (1 of 2 polikliniekbezoeken bij een aandoening van de nier of urineleiders). Deze DBC heeft een looptijd van 30 april 2016 tot en met 27 augustus 2018 en omvat alle behandelingen van de internist in deze periode. Het bijbehorende tarief is € 198,99.

- Declaratiecode 15B686 (Behandeling of onderzoek en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken en/of dagbehandeling bij een ontsteking van de gehoorgang/het middenoor). Deze DBC heeft een looptijd van 9 februari 2016 tot en met 7 juni 2016 en omvat alle behandelingen van de KNO-arts in deze periode. Het bijbehorende tarief is € 269,33.

- Declaratiecode 15C756 (1 of 2 polikliniekbezoeken bij een ziekte van botspierstelsel). Deze DBC kent een looptijd van 15 maart 2016 tot en met 13 juni 2016 en omvatten alle behandelingen van de orthopedisch chirurg in deze periode. Het bijbehorende tarief is € 148,24.

- Declaratiecode 15C732 (Onderzoek(en) of behandeling tijdens een polikliniekbezoek of dagbehandeling bij een ziekte van botspierstelsel). Deze DBC kent een looptijd van 14 juni 2016 tot en met 12 oktober 2016 en omvat alle behandelingen van de orthopedisch chirurg in deze periode. Het bijbehorende tarief is € 426,82.

- Declaratiecode 15A440 (Consult op de polikliniek bij slechthoortendheid door een stoornis in het aanpassen aan de afstand). Deze DBC kent een looptijd van 26 juli 2016 tot en met 24 oktober 2016 en omvat alle behandelingen van de orthopedisch chirurg in deze periode. Het bijbehorende tarief is € 77,17.

- Declaratiecode 15C606 (1 of 2 polikliniekbezoeken bij een ziekte van slokdarm/maag/twaalfvingerige darm). Deze DBC kent een looptijd van 5 augustus 2016 tot en met 2 december 2016 en omvat alle behandelingen van de internist in deze periode. Het bijbehorende tarief is € 214,73.

- Declaratiecode 15C413 (1 of 2 polikliniekbezoeken bij een hoge bloeddruk). Deze DBC heeft een looptijd van 5 augustus 2016 tot en met 3 november 2016 en omvat alle behandelingen van de internist in deze periode. Het bijbehorende tarief is € 206,08.

- 5.3. Soms worden voor een therapie belangrijke geneesmiddelen niet in Nederland in de handel gebracht, maar bestaat toch behoefte aan het gebruik van deze middelen. Een fabrikant, een groothandelaar of een apotheekhoudende is bevoegd op grond van artikel 3.17, eerste lid, van de Regeling geneesmiddelenwet, een niet-geregistreerd geneesmiddel aan een arts te leveren. Hiervoor dient de Inspectie voor de Gezondheidszorg wel eerst toestemming te verlenen. Deze toestemming wordt in beginsel alleen gegeven indien geen adequaat alternatief voor het middel in Nederland beschikbaar is. De niet-geregistreerde geneesmiddelen vallen alleen onder de verzekerde farmaceutische zorg indien de toepassing van het middel rationele farmacotherapie betreft. Voor geïmporteerde, niet-geregistreerde geneesmiddelen geldt de aanvullende voorwaarde dat het geneesmiddel bestemd dient te zijn voor een patiënt die lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voor komt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.
- 5.4. Verzoekster heeft het middel 'Slow K' gebruikt, maar kan dit niet meer verdragen. In dat geval dient een ander in Nederland geregistreerd preparaat te worden geprobeerd. Als deze allemaal niet kunnen, komen eerst nog de doorgeleverde bereidingen in aanmerking voor vergoeding. Kalinor heeft als werkzame stof kaliumcitraat, en dit wordt alleen vergoed bij nierlijden. Magnesiumoxide wordt niet vergoed ten laste van de zorgverzekering. Dit geldt uiteraard ook voor een geïmporteerd middel met dezelfde werkzame stof. Omdat vergoeding wordt gevraagd voor middelen die geen rationele farmacotherapie betreffen, moet deze vergoeding ten laste van de zorgverzekering worden afgewezen.
- 5.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor farmaceutische zorg. De voorwaarden hiervoor zijn omschreven in artikel 13 van deze verzekering. De middelen die verzoekster heeft aangeschaft, voldoen echter niet aan deze voorwaarden, zodat deze niet ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering kunnen komen. Er is wel coulancehalve een vergoeding verleend op basis van deze verzekering tot een maximum van € 750,- per kalenderjaar.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de middelen die verzoekster gebruikt, niet ten laste van de zorgverzekering kunnen worden vergoed. Verzoekster krijgt een bedrag van € 750,- per jaar vanwege coulance. Dit is niet alles, maar wel een tegemoetkoming. Een reden hiervoor is ook dat tot 2016 een hele uitgebreide aanvullende verzekering was afgesloten.
- 5.7. 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 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering (2016 en 2017) 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 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 1 tot en met 39 van de 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 5 van de 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering (2016) regelt de aanspraak op medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten 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 Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

U heeft recht 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 apotheek die met ons een IDEA-contract 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 Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheek 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 apotheek 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 Reglement Farmaceutische Zorg. Op onze website vindt u daarnaast een overzicht van de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten. Bovendien vindt u hier ook de geregistreerde geneesmiddelen die wij hebben aangewezen als "preferent". Uiteraard kunt u deze informatie ook bij ons opvragen. (...)"

Artikel 5 van de 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering (2017) kent een gelijke strekking.

8.4. Artikel 29 van de 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering (2016) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg en verblijf bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:
a een ziekenhuis;
b een zelfstandig behandelcentrum of
c 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 uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.*

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

Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum voor een periode van maximaal 1.095 dagen.

De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

*a verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
b verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis.*

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, verloskundige als het om verloskundige zorg gaat, de optometrist als het om oogzorg gaat of een andere medisch specialist ”

Artikel 30 van de 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering (2017) kent een gelijke strekking.

8.5. De artikelen 5 (2016 en 2017) en 29 (2016) respectievelijk 30 (2017) van de 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering (2016 en 2017) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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 en Bijlagen 1 en 2 Rzv.

- 8.7. 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.

- 8.8. Artikel 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2017) regelt de aanspraak op medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden de kosten van de wettelijke eigen bijdrage voor farmaceutische zorg (13.1). Ook vergoeden wij de kosten van sommige geneesmiddelen: melatonine (13.2), anticonceptiva (13.3), griepvaccinatie (13.4) en geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vanuit de basisverzekering vergoed worden (13.5). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden. (...)

13.5 Geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vanuit de basisverzekering vergoed worden

Wij vergoeden de kosten van een beperkt aantal geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vergoed worden vanuit de basisverzekering.

Wij vergoeden de geneesmiddelen en apotheekbereidingen in één van de volgende gevallen:

- a als ze niet, niet meer of nog niet in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) voor vergoeding zijn opgenomen;*
- b als apotheekbereidingen niet vanuit de basisverzekering vergoed worden.*

Voorwaarden voor vergoeding

1 Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

2 Er is in uw situatie geen vergoedbaar alternatief.

3 Het geneesmiddel moet worden gebruikt bij een aandoening die, in combinatie met dat geneesmiddel, voorkomt op een lijst die wij hebben opgesteld. Op deze lijst staan geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen in combinatie met aandoeningen. Deze kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! Het geneesmiddel moet zijn voorgeschreven door een medisch specialist of een huisarts met wie wij een contract hebben. Daarnaast moet het geneesmiddel zijn geleverd door een apotheek die wij hebben gecontracteerd. Kiest u voor een medisch specialist, huisarts of apotheek die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding. (...)

Excellent maximaal € 750,-- per persoon per kalenderjaar"

De voorwaarden voor het jaar 2016 kennen een gelijke strekking.

8.9. 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. (...)”

8.10. Artikel 25 lid 5 van Vo. nr. 987/2009 luidt, voor zover hier van belang:

“Indien het verzoek om vergoeding van zulke kosten niet rechtstreeks bij het orgaan van de verblijfplaats is ingediend, worden de kosten door het bevoegde orgaan aan de betrokkene vergoed tegen het vergoedingstarief dat het orgaan van de verblijfplaats in het betrokken geval toepast, dan wel ten bedrage van de vergoeding die door het orgaan van de verblijfplaats zou zijn uitbetaald indien artikel 62 van de toepassingsverordening van toepassing was geweest. Het orgaan van de verblijfplaats is verplicht het bevoegde orgaan desgevraagd de nodige inlichtingen over die tarieven of bedragen te verstrekken.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

Consulten en behandelingen

9.1. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, gegaan met het doel consulten en behandelingen te ondergaan. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 bepaalt dat de toestemming niet mag 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. Door verzoekster is in dat kader aangevoerd dat bij haar sprake is van een zeldzame aandoening waarvoor in Nederland geen behandeling beschikbaar is. Door de ziektekostenverzekeraar is deze stelling niet bestreden.

9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft enkel gesteld dat de zorg wordt genoten bij een privékliniek die geen S2-formulieren accepteert, zodat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden was een dergelijk formulier af te geven. Om die reden is besloten uit te gaan van het Nederlandse DBC-tarief. Artikel 25, vijfde lid, van Vo. nr. 987/2009 bepaalt evenwel dat indien het verzoek om vergoeding niet rechtstreeks bij het orgaan van de verblijfplaats is ingediend, de kosten kunnen worden vergoed als ware dit wél gebeurd. Het bevoegde orgaan dient in dat geval het orgaan van de verblijfplaats te vragen om inlichtingen over de te vergoeden bedragen. Het voorgaande leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot tarifiering, dat wil zeggen dat hij bij het uitvoeringsorgaan van de Duitse sociale ziektekostenverzekering dient te informeren of, en zo ja tot

welk bedrag van het Duitse stelsel. Aangezien de zorgverzekering tot op heden werelddekking kent, kan sprake zijn van aanvulling tot het Nederlandse tarief.

- 9.3. Voor zover het Nederlandse tarief aan de orde is, is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van diverse DBC-zorgproducten met de bijbehorende vergoedingen. Het dossier bevat zeer summier medische informatie, zodat niet kan worden nagegaan of in alle gevallen het juiste DBC-zorgproduct is toegepast. Verzoekster heeft hierop ook geen gemotiveerd verweer gevoerd. Op basis van de aanwezige informatie in het dossier komen de gehanteerde DBC-zorgproducten de commissie overigens niet onjuist voor. Verzoekster heeft dan ook geen aanspraak op een hogere vergoeding van de consulten en behandelingen, ten laste van de zorgverzekering.

Geneesmiddelen

- 9.4. Door verzoekster is aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de geneesmiddelen amiloride 2,5 mg, Kalinor®, MagOx®, Citracal® en Thybon®. De vraag die moet worden beantwoord, is of dit geregistreerde geneesmiddelen betreffen. Niet-geregistreerde geneesmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien sprake is van een importgeneesmiddel - hetgeen hier niet het geval is - een zogenaemde 'orphan drug' of 'magistrale receptuur'. Een 'orphan drug' 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. 'Magistrale receptuur' wil zeggen dat het middel is bereid door een apotheker. Hierbij geldt als eis dat het dient te gaan om rationele farmacotherapie.

- 9.5. Het middel amiloride 2,5 mg is niet geregistreerd. Het betreft een magistrale bereiding. Beoordeeld dient te worden of het gaat om rationele farmacotherapie. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 23 juli 2018 betreft het hier rationele farmacotherapie, zodat dit middel voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt.

Het middel Kalinor® Retard 600 mg heeft volgens de website van de fabrikant als werkzame stof kaliumchloride. Deze werkzame stof is geregistreerd onder de naam 'Slow K'. De commissie begrijpt dat verzoekster 'Slow K' heeft geprobeerd, maar dat dit problemen bij haar veroorzaakte, waarop zij is overgestapt op het merk Kalinor®. Onder deze naam is het middel niet geregistreerd. Het betreft geen 'orphan drug', omdat het middel niet specifiek voor de aandoening van verzoekster is ontwikkeld. Het betreft eveneens geen magistrale bereiding, zodat het middel niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt.

Het middel MagOx® 400 mg is niet geregistreerd. Ook betreft het geen 'orphan drug' of magistrale receptuur.

Het middel Citracal® betreft een combinatie van calcium en vitamine D. Het middel is niet geregistreerd, betreft geen 'orphan drug' of magistrale receptuur. Het gaat om een zelfzorgmiddel dat niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt.

Het middel Thybon® heeft volgens de website van de fabrikant als werkzame stof liothyronine. Er is geen geneesmiddel met deze werkzame stof en een sterkte van 20 mg geregistreerd.


Voor de middelen Kalinor® Retard 600 mg, Citracal® en Thybon® bestaan - zoals blijkt uit het advies van het Zorginstituut - geregistreerde alternatieven.


Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor geneesmiddelen die niet ten laste van de zorgverzekering kunnen worden vergoed, mits door de ziektekostenverzekeraar vooraf toestemming is gegeven, geen vergoedbaar alternatief bestaat, en het middel voorkomt op een lijst die de ziektekostenverzekeraar heeft opgesteld. Verder moet het middel zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist die door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. Volgens de ziektekostenverzekeraar is niet voldaan aan alle voorwaarden, maar is besloten coulancehalve de maximale vergoeding van € 750,- te verlenen.


Gesteld noch gebleken is dat de middelen voorkomen op de lijst die door de ziektekostenverzekeraar is opgesteld, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van deze middelen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.


 **Conclusie**

 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot tarifiering van de consulten en behandelingen, en dat hij de kosten van amiloride 2,5 mg dient te vergoeden. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.










 9.8. 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 met inachtneming van hetgeen onder 9.7 is overwogen. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster dient te vergoeden.

Zeist, 31 oktober 2018,










G.R.J. de Groot