



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, huisartsenzorg, stoppen-met-rokenprogramma, eigen risico
Zaaknummer : 201302517
Zittingsdatum : 4 juni 2014

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 2013, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.1, 2.4, 2.5b, 2.17 en 2.18 Bzv)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar,

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] GezondSamenPolis Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Extra Zorg 3 en [naam ziektekostenverzekeraar] Extra Tand 2 zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een stoppen-met-rokenprogramma (verder: de aanspraak). Bij brieven van 8 maart 2014 en 9 april 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de kosten van dit programma ten laste van het verplicht eigen risico komen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 9 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 13 november 2013 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

3.4. Bij brief van 25 november 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 februari 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 februari 2014 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 maart 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 juni 2014 per e-mail medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 24 februari 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 4 april 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014022829) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het aannemelijk is dat verzoeker heeft deelgenomen aan het stoppen-met-rokenprogramma, omdat aan hem geneesmiddelen zijn voorgeschreven voor de behandeling van verslavingsziekten. Het stoppen-met-rokenprogramma is niet uitgezonderd van het verplicht eigen risico. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 17 april 2014 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 4 juni 2014 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 5 juni 2014 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 16 juni 2014 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 verzoeker

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft ten onrechte de kosten van het stoppen-met-rokenprogramma niet vergoed aangezien hiervoor dekking is opgenomen in de zorgverzekering. Daarnaast vermeldt de ziektekostenverzekeraar in het wijzigingenoverzicht voor 2013 dat het stoppen-met-rokenprogramma weer wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. Voorts is de onderhavige zorg verleend door de huisarts en in de polisvoorwaarden is bepaald dat het eigen risico niet van toepassing is op huisartsenzorg.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd hij voorafgaand de polisvoorwaarden heeft geraadpleegd. Hierin staat vermeld dat huisartsenzorg is uitgezonderd van het eigen risico. Verzoeker heeft vervolgens de huisarts bezocht, die hem de benodigde medicatie heeft voorgeschreven. Hij is daarna nog enkele keren op consult geweest bij de huisarts in verband met de voortgang van de behandeling. Voor een verzekerde is het niet duidelijk hoe een en ander is geregeld ten aanzien van de verschuldigdheid van het eigen risico voor de begeleiding door de huisarts bij het stoppen met roken.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat éénmaal per kalenderjaar aanspraak op vergoeding van het integrale stoppen-met-rokenprogramma. Als het eigen risico van het betreffende kalenderjaar nog niet is volgemaakt - zoals bij verzoeker het geval was - worden de kosten eerst hiermee verrekend. Het stoppen-met-rokenprogramma is niet uitgesloten van het verplicht eigen risico. Indien enkel sprake was geweest van een eenmalig (kort) stopadvies van de huisarts zonder medicatie, dan zou het consult onder de huisartsenzorg vallen en zouden de kosten niet ten laste van het eigen risico zijn gekomen.
- 5.2. De huisarts heeft de onderhavige kosten gedeclareerd met de omschrijving "SMR gedragsmatige ondersteuning". SMR is de afkorting voor het stoppen-met-rokenprogramma en bestaat uit gedragsondersteuning en medicatie. Dit programma is uitgebreider dan de begeleiding die is bedoeld in artikel 11 van de zorgverzekering, aangezien hierin ook de medicatie is opgenomen. Daarom zijn deze kosten terecht niet gedeclareerd als reguliere huisartsenzorg, maar als het stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 22 van de zorgverzekering.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het in de onderhavige situatie geen reguliere huisartsenzorg betreft, maar een speciaal programma dat ook met een aparte code is gedeclareerd. Desgevraagd verklaart de ziektekostenverzekeraar dat de kosten van medicatie voor het stoppen met roken alleen worden vergoed in het kader van het stoppen-met-rokenprogramma.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of het stoppen-met-rokenprogramma is aan te merken als huisartsenzorg als bedoeld in de zorgverzekering en in het verlengde hiervan of de betreffende kosten terecht ten laste van het verplicht eigen risico zijn gebracht.

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 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 11 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op huisartsenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"U hebt recht op vergoeding van de kosten van:

1. geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en hierbij behorend laboratoriumonderzoek. Hieronder wordt ook verstaan gezondheidsadvisering, begeleiding bij het stoppen met roken (...)

Onder begeleiding bij het stoppen met roken wordt in deze verzekeringsvoorwaarden verstaan:

*- korte behandelingen, zoals eenmalige korte stopadviezen;
- intensieve vormen van behandeling die gericht zijn op gedragsverandering (in een groep of individueel). De behandeling bestaat uit ten minste 4 contacten van ten minste 10 minuten in een periode van één tot enkele maanden.*

(...)"

8.4. In artikel 22 van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op vergoeding van het stoppen-met-rokenprogramma, en dit artikel luidt:

"U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg volgens het stoppen-met-rokenprogramma. Dit programma houdt in:

de op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg. Ook hebt u recht op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen als deze worden voorgeschreven als onderdeel van het programma, ter ondersteuning van gedragsverandering. U kunt het programma volgen in een groep of individueel. Het doel van het programma is dat u stopt met roken. U kunt maximaal 1 keer per kalenderjaar het stoppen-met-rokenprogramma volgen.

Wie mag de zorg verlenen

Zorgaanbieders die werken volgens de Zorgmodule Stoppen met Roken.

De geneesmiddelen mogen worden geleverd door de Nationale Apotheek, apotheker of apothekhoudend huisarts."

8.5. Artikel 7 van de zorgverzekering ziet op het verplicht eigen risico, en dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 350 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

- huisartsenzorg.

Houdt u er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen.

Hetzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg. Dit laboratoriumonderzoek wordt op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder uitgevoerd en in rekening gebracht. Deze zorg valt dus wel onder uw verplicht eigen risico;

(...)"

8.6. De artikelen 7, 11 en 22 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar 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.

Geneeskundige zorg, waaronder huisartsenzorg valt, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Het stoppen-met-rokenprogramma is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.5b Bzv.

8.8. Het wettelijk verplicht eigen risico is te vinden in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 Bzv.

Artikel 2.17 Bzv luidt, voor zover hier van belang:

" 1. Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten die buiten het verplicht eigen risico vallen, betreffen kosten van:

(...)

b. zorg zoals huisartsen die plegen te bieden,

(...)"

8.9. 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 zorgverzekeraar 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat op de onderhavige zorg. Hetgeen partijen verdeeld houdt is of deze zorg - die is verleend door een huisarts - is aan te merken als huisartsenzorg als bedoeld in artikel 11 van de zorgverzekering dan wel dat het een stoppen-met-rokenprogramma zoals bedoeld in artikel 22 van de zorgverzekering betreft. Het geschil spitst zich verder toe tot de vraag of deze zorg al dan niet is uitgesloten van het verplicht eigen risico.

9.2. Artikel 2.5b Bzv bepaalt dat ten laste van de zorgverzekering eenmaal per kalenderjaar aanspraak bestaat op geneeskundige en farmacotherapeutische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering met als doel te stoppen met roken. Aangezien door de wetgever in het Bzv een separate aanspraak is opgenomen voor de onderhavige zorg, gaat deze aanspraak - als *lex specialis* - in beginsel vóór de aanspraak op huisartsenzorg. Tot de huisartsenzorg zoals bedoeld in artikel 2.4 Bzv behoort - voor zover hier relevant - wel het eenmalige korte stopadvies. Hiervan is in de situatie van verzoeker echter geen sprake, zoals blijkt uit het feit dat de huisarts de zorg heeft gedeclareerd als een stoppen-met-rokenprogramma ("SMT gedragsmatige ondersteuning") en niet als huisartsenzorg.

9.3. In artikel 7 van de zorgverzekering is bepaald dat voor verzekerden van 18 jaar en ouder een verplicht eigen risico geldt van € 350,- per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor rekening van de verzekerde. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.17 Bzv. In artikel 7.2 van de zorgverzekering is bepaald welke zorgvormen zijn uitgesloten van het eigen risico. Deze bepaling vindt zijn basis in artikel 2.18 Bzv. Huisartsenzorg is volgens artikel 7.1 van de zorgverzekering uitgesloten van het eigen risico, het stoppen-met-rokenprogramma daarentegen niet. Daarom is verzoeker, op grond van artikel 7 van de zorgverzekering, het eigen risico verschuldigd voor het door hem gevolgde stoppen-met-rokenprogramma.

Werking privaatrecht

9.4. De onderhavige zorg is geleverd door een huisarts. De zorgverzekeraar heeft in artikel 11 van de zorgverzekering opgenomen dat aanspraak bestaat op huisartsenzorg. Voorts is in dit artikel bepaald dat tevens aanspraak bestaat op de begeleiding bij het stoppen met roken. Expliciet is vermeld dat hieronder tevens wordt verstaan: "intensieve vormen van behandeling die gericht zijn op gedragsverandering (in een groep of individueel). De behandeling bestaat uit ten minste 4 contacten van ten minste 10 minuten in een periode van één tot enkele maanden".

9.5. Op grond van voornoemde bepaling, zoals deze door de ziektekostenverzekeraar is opgenomen in de zorgverzekering, valt onder de huisartsenzorg - anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt - in dit verband dus meer dan alleen eenmalige korte stopadviezen. Een en ander is een gevolg van de door de ziektekostenverzekeraar gekozen redactie. Aangezien de zorg is verleend door een huisarts, en de ziektekostenverzekeraar onvoldoende heeft gesteld om aannemelijk te maken dat deze zorg niet zou behoren tot een dergelijke intensieve vorm als bedoeld in dit artikel, dient te worden geoordeeld dat deze zorg behoort tot de huisartsenzorg zoals omschreven in artikel 11 van de zorgverzekering. Aangezien huisartsenzorg op grond van artikel 7 van de zorgverzekering is uitgesloten van het eigen risico, is verzoeker geen eigen risico verschuldigd voor de onderhavige zorg.

Conclusie

9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.

9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek toe.

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

Zeist, 18 juni 2014,

Voorzitter