



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen

Zaak : Farmaceutische zorg, SLITone® Ultra bomen, SLITone® Ultra huisstofmijt, immunotherapie, niet-geregistreerde allergenen

Zaaknummer : 201401549

Zittingsdatum : 8 april 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013 en 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5, en bijlage 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013 en 2014)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te D,
tegen

1) Menzis Zorgverzekeraar N.V., en
2) Menzis N.V., beide te Wageningen
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (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 FNV PrimaZorg afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op de middelen SLITone® Ultra bomen en SLITone® Ultra huisstofmijt (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 februari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 mei 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij e-mailbericht van 4 september 2014 heeft verzoekster 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 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 23 januari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op dezelfde datum aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 februari 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 april 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 23 januari 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 25 februari 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015011172) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de vraag of de KNO-arts van verzoekster een nadere onderbouwing heeft gegeven waarom zij niet kan worden behandeld met een geregistreerd product.
- 3.9. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 26 februari 2015 aan partijen gezonden. Daarbij heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht ten aanzien van de in het advies genoemde vraag nader onderzoek te verrichten. Bij brieven van 5, 20 en 26 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie op de hoogte gebracht van de uitkomsten. Afschriften hiervan zijn op 24 maart en 27 maart 2015 aan verzoekster gezonden die daarbij in de gelegenheid is gesteld op de bevindingen van de ziektekostenverzekeraar te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 1 april 2015 van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze brief is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 29 april 2015 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Van hetgeen ter zitting is besproken is een verslag gemaakt. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld binnen één week op dit verslag te reageren. Van deze mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.
- 3.12. Bij brief van 13 mei 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 22 juni 2015 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is op 23 juni 2015 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend kno-arts heeft ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard:
“Bovengenoemde patiënte wordt door ons behandeld middels sublinguale immunotherapie slit-one ultra bomen en huisstofmijt. Graag wil ik haar verzoek om in aanmerking te komen voor vergoeding op grond van medische gronden ondersteunen. (...)”
- 4.2. Verzoekster is in november 2013 gestart met immunotherapie in verband met ernstige hooikoortsklachten. In het kader van deze therapie dient verzoekster gedurende vijf jaar allergenen te gebruiken. Deze allergenen (SLITone® Ultra bomen en SLITone® Ultra huisstofmijt) zijn door de ziektekostenverzekeraar in 2013 volledig vergoed.
- 4.3. Toen verzoekster in februari 2014 de allergenen opnieuw wilde bestellen, werd haar geadviseerd contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar. Al vrij snel werd het verzoekster duidelijk dat de ziektekostenverzekeraar de vergoeding wilde stoppen. Nadat verzoekster hierover ongeveer

twee maanden met de ziektekostenverzekeraar had gecorrespondeerd, heeft deze besloten de kosten voor 2014 te vergoeden. Voor 2015 kan verzoekster echter geen aanspraak meer maken op een vergoeding.

4.4. Verzoekster meent dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is een machtiging af te geven voor de volledige kuur en niet alleen voor 2013 en 2014. Het is immers van groot belang dat verzoekster de kuur afmaakt en zelf kan zij de kosten van de allergenen onmogelijk betalen.

4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de kuur drie tot vijf jaar zou duren. Bij aanvang was niet bekend dat de kuur niet volledig zou worden vergoed. Het had op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen verzoekster hiervoor te waarschuwen. Volgens de website van de ziektekostenverzekeraar zouden alle patiënten vóór 1 januari 2014 zijn geïnformeerd over de vergoeding. Dit is echter niet gebeurd. Vanwege de problemen met de vergoeding in combinatie met het feit dat zij de kosten onmogelijk zelf kan betalen is verzoekster gestopt met de behandeling tegen huisstofmijt.

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 in het najaar van 2013 gestart met immunotherapie. In het kader van deze therapie dient zij de middelen SLITone® Ultra bomen en SLITone® Ultra huisstofmijt te gebruiken. Deze middelen zijn niet-geregistreerde allergenen en worden daarom niet vergoed ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten voor 2013 en 2014 genoemde middelen uit coulance te vergoeden. Daarna stopt de vergoeding. Enkel in zeer uitzonderlijke gevallen bestaat nog aanspraak op vergoeding van de niet-geregistreerde allergenen. Aan de hiervoor door de ziektekostenverzekeraar gestelde voorwaarden - waaronder de voorwaarde dat door de arts ten minste twee wetenschappelijke artikelen dienen te worden overgelegd - voldoet verzoekster niet.

5.3. Naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut heeft de ziektekostenverzekeraar aan de huisarts van verzoekster gevraagd of deze wetenschappelijke artikelen over kan leggen waaruit de werkzaamheid van de allergenen blijkt. In reactie hierop heeft de huisarts van verzoekster de ziektekostenverzekeraar gemeld niet over dergelijke artikelen te beschikken.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster wat de informatievoorziening betreft is afgegaan op de arts, en niet op de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar treft in deze geen verwijt omdat hij niet vooraf weet dat iemand met een behandeling wil starten. Nadat de kosten abusievelijk zijn vergoed had verzoekster ruim de tijd om in overleg met de KNO-arts te zoeken naar alternatieven.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B17 van de zorgverzekering (2013) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneesmiddelen bestaat. Onderscheiden worden geregistreerde en niet-geregistreerde geneesmiddelen. Voor de geregistreerde geneesmiddelen wordt verwezen naar Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. Hierbij wordt aangetekend dat een preferentiebeleid van toepassing is. Ten aanzien van de niet-geregistreerde geneesmiddelen is bepaald:

*“U heeft recht op geneesmiddelen die in de apotheek zelf zijn bereid. Ook heeft u recht op geneesmiddelen die uw arts voor gebruik door u bestelt, als dit geneesmiddel in Nederland is bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm van de Geneesmiddelenwet. Indien het gaat om een bestelling van 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. Dat wil zeggen dat behandeling plaatsvindt met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en de effectiviteit blijkt uit de wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering.
(...)”*

Onder het kopje ‘Indicatie’ is een verwijzing naar Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering opgenomen.

8.4. Voor het kalenderjaar 2014 geldt een vergelijkbare regeling.

8.5. Artikel B17 van de zorgverzekering is volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.5 en bijlage 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie stelt vast dat de door verzoekster gebruikte middelen SLITone® Ultra bomen en SLITone® Ultra huisstofmijt niet als onderdeel van de medisch specialistische behandeling maar zelfstandig zijn gedeclareerd. Om die reden dient te worden getoetst aan de voorwaarden voor farmaceutische zorg.
- 9.2. De vraag die in dat kader in de eerste plaats moet worden beantwoord, is of de genoemde middelen geregistreerde geneesmiddelen zijn. 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. Daarbij wordt door de ziektekostenverzekeraar een preferentiebeleid gevoerd. Geregistreerde niet-onderling vervangbare geneesmiddelen komen in beginsel voor vergoeding in aanmerking.
- 9.3. Als de middelen niet zijn geregistreerd, dient te worden beoordeeld 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.
- 9.4. Gebleken is dat de middelen SLITone® Ultra bomen en SLITone® Ultra huisstofmijt in de kalenderjaren 2013 en 2014 niet waren geregistreerd. De middelen zijn dan ook niet aangewezen door de Minister van VWS, zoals in artikel B17 van de zorgverzekering is bepaald. Het betreft hier voorts geen 'orphan drug' of 'magistrale receptuur'. Genoemde middelen kunnen daarom niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Coulance

- 9.6. Uit de overgelegde stukken blijkt dat de ziektekostenverzekeraar met betrekking tot immunotherapie een coulancebeleid voert. In de brief van de ziektekostenverzekeraar van 19 februari 2014 worden de voorwaarden genoemd waarin in uitzonderlijke situaties toestemming wordt verleend. Mede gelet op het advies van het Zorginstituut van 25 februari 2015 heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar gevraagd nader onderzoek te doen naar de vraag of verzoekster aan deze voorwaarden voldoet. Uit het e-mailbericht van 26 maart 2015 volgt dat de arts van verzoekster geen wetenschappelijke artikelen over kan leggen waaruit de werkzaamheid van de allergenen blijkt. Zodoende heeft verzoekster niet aannemelijk gemaakt dat zij aan de voorwaarden voldoet van het door de ziektekostenverzekeraar gevoerde coulancebeleid.
- 9.7. Dat de ziektekostenverzekeraar om hem moverende redenen de kosten coulancehalve heeft vergoed, betekent niet dat verzoekster ook voor de daarop volgende jaren - 2015 e.v. - aanspraak kan maken op vergoeding. uit de correspondentie van de ziektekostenverzekeraar met verzoekster heeft laatstgenoemde ook niet anders kunnen of mogen begrijpen.

Conclusie

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



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 15 juli 2015,



A.I.M. van Mierlo

