

# Anoniem Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202300824

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten,
  - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar moet overgaan tot vergoeding van calcium/vitamine D3 kauwtabletten 100 mg/880 IE vanwege de indicatie hypoparathyreoïdie, hetzij ten laste van de zorgverzekering hetzij uit coulance. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de calcium/vitamine D3 kauwtabletten niet voor vergoeding in aanmerking komen, ongeacht de medische indicatie. Het geneesmiddel voldoet niet aan het pakketcriterium 'noodzakelijk te verzekeren zorg'. Tot een onverplichte vergoeding van de kosten ziet de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding.
- 1.2. De commissie overweegt dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de calcium/vitamine D3 kauwtabletten 100 mg/880 IE ten laste van de zorgverzekering. Uit het advies van het Zorginstituut Nederland aan de commissie blijkt dat geneesmiddelen met calcium/vitamine D3 niet zijn opgenomen in het GVS en daarom niet kunnen worden vergoed op basis van de zorgverzekering. Een specifieke medische indicatie van een individuele verzekerde, ongeacht de ernst, kan de vergoedingsstatus in het GVS niet wijzigen. De commissie overweegt verder dat het weigeren van vergoeding op grond van hetgeen tussen partijen is overeengekomen niet leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Over het toepassen van coulance kan de commissie niet oordelen, omdat dit is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. De commissie wijst het verzoek af.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

### 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 21 augustus 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 28 augustus 2023 was het dossier gereed

202300824, pagina 1 van 8

voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.

- 2.2. Bij brief van 14 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 19 september 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 17 oktober 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023038730) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 17 oktober 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 november 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 28 november 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 17 oktober 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 4 december 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

### 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de VvAA Zorgverzekering Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VvAA Zorgverzekering Plus, VvAA Zorgfit en VvAA Tandplus A (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. In de periode van 4 januari 2023 tot en met 19 januari 2023 hebben verzoeker en de ziektekostenverzekeraar via e-mail met elkaar gecorrespondeerd. Dit heeft uiteindelijk geleid tot het indienen van een aanvraag, namens verzoeker, op 21 januari 2023 voor vergoeding van calcium/vitamine D3 kauwtabletten 1000 mg/880 IE.
- 3.3. Bij brief van 7 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aangevraagde calcium/vitamine D3 kauwtabletten niet worden vergoed.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 24 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 17 oktober 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 4 december 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

### 4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar moet overgaan tot vergoeding van de calcium/vitamine D3 kauwtabletten 1000 mg/880 IE vanwege de indicatie hypoparathyreoïdie, hetzij ten laste van de zorgverzekering hetzij uit coulance.

- 4.2. Verzoeker heeft in zijn brief van 21 augustus 2023 toegelicht dat hij in juli 2021 is geopereerd vanwege schildklierkanker. Na een rommelig verlopen eerste jaar, met zoeken naar de juiste medicatiedoses, is hij nu stabiel ingesteld op zijn medicatie, waaronder de calcium/vitamine D3 kauwtabletten. Verzoeker kan geen begrip opbrengen voor het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat calcium/vitamine D3 niet langer wordt vergoed. Door de overheid en het Zorginstituut wordt gesteld dat ongeacht de medische indicatie het middel niet langer voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Volgens verzoeker moet hierin worden gedifferentieerd. Bij de totstandkoming van het besluit door het Zorginstituut is uitgegaan van een bepaalde relatief lage gemiddelde dagdosis ter aanvulling van calcium en vitamine D3, ter preventie van osteoporose bij de oudere mens. Bij verzoeker ligt dat, gezien zijn specifieke medische conditie, geheel anders. Hij is volledig aangewezen op een hoge dosis calcium/vitamine D3, onder andere om zijn calciumspiegel op een acceptabel peil te houden. Het aangevraagde geneesmiddel is in zijn geval geen supplement, maar een zeer essentieel preparaat. Staken van het gebruik van dit geneesmiddel zou voor verzoeker een groot risico inhouden van spierkrampen, epilepsie en hartritmestoornissen.
- 4.3. Verzoeker maakt ook gebruik van Rocaltrol® vanwege hypoparathyreoïdie. Dit wordt wél vergoed ten laste van de zorgverzekering. De geneesmiddelen Rocaltrol® en calcium/vitamine D3, die hij gebruikt voor dezelfde indicatie, zouden onder dezelfde voorwaarden voor vergoeding in aanmerking moeten komen.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de mogelijkheid over te gaan tot vergoeding uit coulance, maar weigert dit vanwege de laag ingeschatte kostenpost van € 300,- per jaar. Het is volgens verzoeker niet aan de ziektekostenverzekeraar om te bepalen of een bedrag eenvoudig of moeilijk te dragen is voor een verzekerde. De ziektekostenverzekeraar heeft geen inzicht in de financiën en de algehele kosten van een verzekerde. Hierbij zijn ook de levenslange noodzaak van het gebruik van het geneesmiddel, de onzekerheid over de toekomstige draagkracht, en mogelijke prijsstijgingen van belang. Het middel calcium/vitamine D3 is bovendien receptplichtig. Verzoeker is dus niet in staat zichzelf op goedkopere wijze hiervan te voorzien.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling nog toegelicht dat hij in 2021 werd getroffen door schildklierkanker. De schildklier en bijschorsnieren werden weggenomen. Om te kunnen functioneren heeft hij onder andere een hoge dosis calcium/vitamine D3 nodig. De kosten voor calcium/vitamine D3 zijn doorgaans beperkt, maar verzoeker heeft zesmaal meer calcium/vitamine D3 nodig dan gemiddeld. Volgens verzoeker moet het mogelijk zijn om eenvoudige middelen uit het pakket te halen. Het is echter onlogisch en onredelijk dat er een aandoening is waarvoor het ene middel dat nodig is wel wordt vergoed en een ander middel niet. Als verzoeker geen calcium/vitamine D3 gebruikt, kan hij overlijden. Hij begrijpt dat er een advies van het Zorginstituut ligt, maar begrijpt niet waarom de ziektekostenverzekeraar daar niet anders op reageert. Verzoeker werkt in de zorg en is dus nodig om alles draaiende te houden. Er wordt vanuit gegaan dat hij de kosten wel kan dragen, maar misschien is dat wel niet zo. Op dit moment bedragen de kosten € 300,- per jaar, maar deze kosten kunnen stijgen.
- 4.6. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft, in zijn e-mailberichten van 7 februari 2023 en 24 maart 2023, verklaard dat calcium/vitamine D3 niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de zorgverzekering, ongeacht de medische indicatie. Naar het oordeel van het Zorginstituut kunnen de geneesmiddelen met vitamine D, bestemd voor (de preventie van) een vitamine D-tekort, voor eigen rekening komen. Vitamine D behoort niet tot de 'noodzakelijk te verzekeren zorg', vanwege de relatief lage kosten en omdat het middel makkelijk is aan te schaffen. Daarbij komt dat de

aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak biedt op geneesmiddelen tot een bedrag van € 150,- per kalenderjaar.

- 5.2. In zijn brief van 1 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij, gelet op de kosten van calcium/vitamine D3, geen aanleiding ziet tot coulancevergoeding.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar nog toegelicht dat wettelijk is bepaald dat calcium/vitamine D3 niet wordt vergoed vanuit de zorgverzekering. Het Zorginstituut heeft de taak het verzekeringspakket uit te leggen en hierover te adviseren. De Minister neemt het advies van het Zorginstituut in de meeste gevallen over. Dit is ook aan de orde in de situatie van verzoeker. Vitamine D3 wordt nooit vergoed ten laste van de zorgverzekering, ook niet bij een andere indicatie. De ziektekostenverzekeraar kan de kosten daarom niet vanuit de zorgverzekering vergoeden. De enige mogelijkheid is een vergoeding op basis van coulance. De Zorgverzekeringswet biedt geen ruimte voor het maken van een persoonlijke afweging. Coulance is het mandaat van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar ziet in dit geval geen ruimte voor een coulancevergoeding. Bij de beoordeling of coulancevergoeding mogelijk is worden alle omstandigheden van het specifieke geval meegewogen. In dit geval gaat het om een levensbedreigende aandoening, maar zijn de kosten van het geneesmiddel relatief laag. Ook de goede baan van verzoeker is in overweging genomen bij de vraag of hij de kosten zelf kan dragen. In de aanvullende verzekering is bovendien een vergoeding voor geneesmiddelen opgenomen. De zakken van de ziektekostenverzekeraar zijn niet oneindig diep. Coulancevergoedingen vinden plaats vanuit eigen middelen en daarom moeten scherpe keuzes worden gemaakt.
- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

## 6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 17 oktober 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

### "Juridisch kader

*Geneesmiddelen die op recept van een arts verkrijgbaar zijn bij de apotheek zijn extramurale geneesmiddelen. In de Zvw en aanverwante regelgeving is de vergoeding van deze geneesmiddelen geregeld. Extramurale geneesmiddelen komen voor vergoeding uit het basispakket in aanmerking zodra het middel is opgenomen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Het GVS is een onderdeel van de Regeling zorgverzekering (Rzv). Het GVS bevat lijsten met geneesmiddelen die een te verzekeren prestatie zijn in het kader van de Zvw. De middelen die zijn opgenomen in het GVS zijn geclusterd op bijlage 1A van de Rzv (onderling vervangbare middelen) of staan apart op bijlage 1B (unieke geneesmiddelen). Voor sommige geneesmiddelen in het GVS gelden extra voorwaarden voor vergoeding. Deze geneesmiddelen worden ook nog geplaatst op bijlage 2 van de Rzv. Deze limitatieve positieve lijsten vormen een gesloten systeem van te verzekeren prestaties.*

### Pakketadvies vitamine D

*Op 9 mei 2022 adviseerde Het Zorginstituut de minister om alle colecalciferol - bevattende geneesmiddelen en calcifediol uit het GVS te verwijderen.<sup>1</sup> Deze geneesmiddelen met vitamine D, met name bestemd voor (de preventie van) een vitamine D-tekort<sup>2</sup>, kunnen voor eigen rekening komen en voldoen daarmee niet aan het pakketcriterium 'noodzakelijk te verzekeren zorg'. Op basis van het advies van het Zorginstituut heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) besloten om vitamine D niet langer op te nemen in het GVS. Per 1 januari 2023 is de vergoeding vanuit de farmaceutische zorg gestopt voor alle middelen die bedoeld zijn om een vitamine D-tekort te voorkomen of te behandelen. Dat zijn middelen met alleen*

colecalfiferol, calcifediol en middelen met een combinatie van colecalfiferol en calcium (kalk) en/of alendroninezuur.

### Beoordeling

De informatie in het dossier is farmacotherapeutisch en juridisch beoordeeld.

Calcium/vitamine D3 is niet opgenomen [in] het GVS en kan daarom niet voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de farmaceutische zorg. De behandeling van verzoeker maakt dit niet anders. Het Zorginstituut merkt hierbij op calcium/vitamine D3 ook niet geregistreerd is voor een toepassing bij postchirurgische hypoparathyreoïdie.

Verzoeker heeft aangevoerd dat bij de beslissing of hij aanspraak heeft op het aangevraagde geneesmiddel rekening moet worden gehouden met het feit dat hij, vanwege zijn specifieke medische conditie, volledig is aangewezen op een hoge dosis calcium/vitamine D3. Een extramuraal geneesmiddel komt echter alleen voor vergoeding in aanmerking als het is opgenomen in het GVS. Het GVS bevat limitatieve lijsten met geneesmiddelen die een te verzekeren prestatie zijn in het kader van de Zvw. De minister van VWS heeft besloten om calcium/vitamine D3 niet op te nemen in het GVS. Een specifieke medische indicatie van een individuele verzekerde, ongeacht de ernst, kan de vergoedingsstatus in het GVS niet wijzigen.

Verder heeft verzoeker aangevoerd dat de middelen Rocaltrol® (calcitriol) en calcium/vitamine D3, die hij gebruikt bij dezelfde indicatie, onder dezelfde voorwaarden voor vergoeding in aanmerking moeten komen. Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op. Calcitriol (actieve vitamine D) is een vitamine D-analoog in de orale vorm, en is opgenomen in het GVS. De vergoeding van calcitriol is beperkt tot de geregistreerde indicaties via plaatsing op bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. De geregistreerde indicaties van calcitriol en calcium/vitamine D3 zijn niet hetzelfde en calcium/vitamine D3 is niet geregistreerd voor de indicatie hypoparathyreoïdie. Dat calcium/vitamine D3 soms ook off-label kan worden ingezet voor andere indicatie maakt dit niet anders.

### Conclusie

Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering van calcium/vitamine D3 omdat dit product niet is opgenomen in het GVS.

### Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Calcium/vitamine D3 komt niet voor vergoeding in aanmerking vanuit de aanspraak op farmaceutische zorg."

- 6.2. In het definitief advies van 4 december 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting ontvangen.

Uit het verslag komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen."

## 7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 80 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over farmaceutische zorg en het 'redelijkerwijs aangewezen zijn op' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen die in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (hierna: GVS) zijn opgenomen komen voor vergoeding in aanmerking, ten laste van de zorgverzekering. Dit volgt uit artikel 2.8, eerste lid, onder a, Bzv. Deze geneesmiddelen zijn vermeld op bijlage 1 en bijlage 2 Rzv. Hetgeen is beschreven op de pagina's 157 tot en met 158 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. In het advies van 17 oktober 2023 aan de commissie heeft het Zorginstituut toegelicht dat calcium/vitamine D3 (per 1 januari 2023) niet - meer - is opgenomen in het GVS en daarom niet wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering ongeacht de medische indicatie.
- 8.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat de beslissing om calcium/vitamine D3 niet langer te vergoeden ten laste van de zorgverzekering slechts ziet op de situatie van preventief vitamine D gebruik in kleine hoeveelheden. Volgens verzoeker moet hierin worden gedifferentieerd. De verwijdering van vitamine D uit het GVS beoogt niet te zien op de specifieke situatie van verzoeker, namelijk medicinaal gebruik op recept in grote hoeveelheden om een chronisch te laag calcium/vitamine D3 op een aanvaardbaar niveau te houden. Voor dit specifieke geval dient calcium/vitamine D3 nog steeds te worden vergoed.  
De commissie is zich bewust van de specifieke situatie waarin verzoeker verkeert. Verzoeker heeft duidelijk gemaakt dat hij niet preventief gebruik maakt van calcium/vitamine D3, maar dat de hoge dosering calcium/vitamine D3 die hij gebruikt voor hem van levensbelang is. Het Zorginstituut heeft in zijn advies toegelicht dat een extramuraal geneesmiddel alleen voor vergoeding in aanmerking komt als het is opgenomen in het GVS. De commissie onderschrijft dat. Het GVS bevat limitatieve lijsten met geneesmiddelen die een te verzekeren prestatie zijn in het kader van de Zvw. De minister van VWS heeft besloten om calcium/vitamine D3 niet op te nemen in het GVS. Een specifieke medische indicatie van een individuele verzekerde, ongeacht de ernst, kan de vergoedingsstatus in het GVS niet wijzigen.
- 8.4. Voor zover de stelling van verzoeker zo moet worden begrepen dat het in zijn geval weigeren van vergoeding van calcium/vitamine D3 op basis van hetgeen tussen partijen is overeengekomen, leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, zodat hierop een uitzondering moet worden gemaakt (artikel 6:248, tweede lid, BW), geldt het volgende. Wanneer een dergelijke uitzondering aan de orde is, is door de Hoge Raad gedefinieerd in het Bosentan-arrest (ECLI:NL:HR:2014:3679), namelijk als (i) de kosten zodanig zijn dat de verzekerde deze niet zelf kan dragen, (ii) alternatieven ontbreken, (iii) de zorg of het geneesmiddel noodzakelijk is in verband met een medisch zeer ernstige toestand die levensbedreigend is dan wel leidt tot ernstig lijden, en (iv) aan valt te nemen dat die zorg of dat geneesmiddel, mede in verband met de werkzaamheid, noodzakelijkheid en doelmatigheid, in aanmerking komt of zal komen om te worden opgenomen in het verzekerde pakket.  
In de voorliggende situatie wordt niet aan deze cumulatieve voorwaarden voldaan. Met name is er niet de verwachting dat calcium/vitamine D3 op korte termijn (weer) in het verzekerde pakket zal worden opgenomen.
- 8.5. Verzoeker heeft daarnaast aangevoerd dat calcium/vitamine D3 onder dezelfde voorwaarden voor vergoeding in aanmerking zou moeten komen als het geneesmiddel Rocatrol® (calcitriol) nu hij beide middelen gebruikt voor de indicatie hypoparathyreoïdie. Deze stelling kan niet worden gevolgd. In zijn advies van 17 oktober 2023 aan de commissie heeft het Zorginstituut toegelicht dat calcitriol (actieve vitamine D) een vitamine D-analoog is in de orale vorm en is opgenomen in het GVS. De vergoeding van calcitriol is beperkt tot de geregistreerde indicaties via plaatsing op

bijlage 2 Rzv. De geregistreerde indicaties van calcitriol en calcium/vitamine D3 zijn niet hetzelfde en calcium/vitamine D3 is niet geregistreerd voor de indicatie hypoparathyreoïdie. Dat calcium/vitamine D3 soms ook off-label kan worden ingezet voor andere indicaties maakt dit niet anders. De commissie ziet in hetgeen verzoeker overigens heeft aangevoerd, namelijk dat het lang heeft geduurd om tot een optimale dosering van de geneesmiddelen te komen, geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en sluit hierbij aan.

- 8.6. Het voorgaande betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de calcium/vitamine D3 kauwtabletten 1000 mg/880 IE ten laste van de zorgverzekering.
- 8.7. Verzoeker heeft daarnaast een beroep gedaan op coulance door de ziektekostenverzekeraar, waarbij hij aandacht heeft gevraagd voor de voor zijn rekening blijvende kosten. De commissie overweegt dat het toepassen van coulance een handelen uit welwillendheid is, dus zonder dat het juridisch verplicht is. Het coulancebeleid is aan de ziektekostenverzekeraar voorbehouden en de commissie kan in diens beslissing niet treden. De commissie kan slechts dan een vergoeding in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden toekennen als de ziektekostenverzekeraar gelijke gevallen zonder goede reden ongelijk behandelt. Dit is in het onderhavige geval gesteld noch gebleken

*Slotsom*

- 8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## 9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 december 2023,

L. Ritzema

### **Informatie voor partijen**

*Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.*

*Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

### **BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

### ● Geneesmiddelen basisverzekering

De basisverzekering vergoedt de meeste medicijnen.

#### ● Vergoeding per verzekering

|                         |                                                                          |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Basisverzekering</b> | 100%, soms betaalt u een eigen bijdrage                                  |
| <b>Start</b>            | Geen vergoeding                                                          |
| <b>Student</b>          | De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering |
| <b>Plus</b>             | De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering |
| <b>Optimaal</b>         | De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering |
| <b>Top</b>              | De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering |
| <b>Excellent</b>        | De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering |

#### ● Wat u vergoed krijgt

De basisverzekering vergoedt vrijwel alle gangbare medicijnen, die u op recept krijgt. En de dienstverlening en de begeleiding van de apotheek die daarbij hoort. Als een medicijn niet vergoed wordt, vertelt uw arts dat meestal wel. U kunt dat ook zelf opzoeken op [medicijnkosten.nl](https://medicijnkosten.nl). Daar staat ook per geneesmiddel welke voorwaarden gelden, of er een maximale vergoeding is en of er een eigen bijdrage geldt.

Wilt u precies weten hoe het zit? Hieronder zetten we alles op een rij.

De basisverzekering vergoedt de volgende geneesmiddelen:

1. De door de overheid aangewezen geneesmiddelen die in [bijlage 1](#) van de Regeling zorgverzekering staan. Dat zijn bijna alle in Nederland gangbare geneesmiddelen. Soms moet u daarbij aan specifieke voorwaarden voldoen, bijvoorbeeld een bepaalde ziekte hebben. Dat staat in [bijlage 2](#) van de Regeling zorgverzekering
2. Geneesmiddelen die de apotheek op kleine schaal zelf maakt ('magistrale bereidingen') of bij een andere apotheek laat maken ('[doorgeleverde bereidingen](#)'). Het mag niet gaan om een geneesmiddel dat (bijna) hetzelfde is als een geneesmiddel dat volgens 1 niet wordt vergoed. Behalve als in de Regeling zorgverzekering staat dat het wel mag.
3. Geneesmiddelen zonder handelsvergunning in Nederland, die met toestemming van de overheid in Nederland worden gemaakt of uit het buitenland worden gehaald. Uw arts vraagt dit speciaal voor u aan als u een zeldzame ziekte heeft.
4. Bij een tijdelijk tekort aan een geneesmiddel van nummer 1: een vervangend geneesmiddel uit het buitenland.

De vergoedingen bij 2, 3 en 4 gelden alleen voor rationele farmacotherapie. Dat betekent dat we uit onderzoek weten dat het geneesmiddel goed werkt en dat de vorm (bijvoorbeeld pil, injectie of zalf) voor u geschikt is. Ook mag het middel niet onnodig duur zijn.

Uw geneesmiddel mag niet onnodig duur zijn. Daarom geeft de apotheker u meestal een merkloos geneesmiddel mee. Dat vergoeden wij dan. Is er geen merkloze variant of is een merkgeneesmiddel voor u medisch gezien nodig? Dan vergoeden wij een merkgeneesmiddel. Is er bij u geen medische noodzaak, maar wilt u toch een merkgeneesmiddel? Dan vergoeden wij de prijs van het betreffende merkloze geneesmiddel. De rest moet u zelf betalen. Ook de aanvullende verzekeringen vergoeden dat niet.

De eigen bijdrage betaalt u zelf, maar nooit meer dan € 250 per jaar. De aanvullende verzekeringen Student, Plus, Optimaal, Top en Excellent vergoeden die eigen bijdragen volgens de vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering.

### Hier kunt u terecht

- apothek
- apothekhoudende huisarts

### Dit vergoedt de basisverzekering niet

- geneesmiddelen bij wetenschappelijk onderzoek
- geneesmiddelen die volgens de wet beschikbaar zijn voor bepaalde schrijvende gevallen
- zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers, als u deze niet chronisch moet gebruiken

### Andere vergoedingen

De basisverzekering vergoedt de volgende middelen niet. Uw aanvullende verzekering soms wel:

- vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor uw (vakantie)reis
- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

Voor sommige geneesmiddelen gelden ook andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld:

- Dieetpreparaten
- voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen
- middelen voor Anticonceptie

## • Wat u zelf betaalt

### Het eigen risico

Voor geneesmiddelen uit de basisverzekering geldt het eigen risico. Het eigen risico geldt ook als de basisverzekering uw eigen bijdragen boven € 250 vergoedt. Zo werkt het eigen risico

### De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen betaalt u een eigen bijdrage. Maar totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Daarboven vergoedt de basisverzekering de eigen bijdragen. Zo werkt de eigen bijdrage

## • Dit moet u zelf doen

### U moet een voorschrift (recept) hebben voor het geneesmiddel

Wij vergoeden geneesmiddelen alleen als ze zijn voorgeschreven door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant<sup>1</sup>.

### Voor sommige geneesmiddelen moet u vooraf toestemming vragen

Sommige geneesmiddelen vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven.

### ● Goed om te weten

#### **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

#### **Soms krijgt u uw geneesmiddel van het ziekenhuis**

Geneesmiddelen die u krijgt als onderdeel van zorg door de Medisch specialist of tijdens een ziekenhuisopname betaalt u niet apart. Ze zitten in de rekening van het ziekenhuis.

#### **Woont u in een Wlz-instelling? Dan regelt die vaak uw geneesmiddelen**

Als u ook behandeling krijgt van de Wlz-instelling, dan horen geneesmiddelen daarbij.

#### **U krijgt een vaste 'afleverhoeveelheid' mee**

Per recept vergoeden wij de kosten van een geneesmiddel voor:

- 15 dagen of de kleinste afleververpakking, bij een voor u nieuw geneesmiddel
- 15 dagen, bij antibiotica voor een acute aandoening of bij middelen voor chemotherapie (cytostatica)
- maximaal 1 maand, bij slaapmiddelen (hypnotica) en middelen tegen angst (anxiolytica)
- maximaal 3 maanden, bij een geneesmiddel voor een chronische ziekte
- maximaal 1 jaar, bij de anticonceptiepill
- maximaal 1 maand, bij geneesmiddelen duurder dan € 1.000 per maand tijdens de instelperiode van 6 maanden
- maximaal 1 maand in andere gevallen

Valt een geneesmiddel onder meer categorieën? Dan geldt de kortste periode.

#### **Uitleg**

1. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

### Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
  - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
  - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
    - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
    - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet,
    - 3°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners,
    - 4°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
    - 5°. artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;
  - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

**2. Farmaceutische zorg omvat geen:**

- a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
- b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
- c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.

**3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.**

**4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.**

**5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.**

In die ministeriële regeling wordt tevens de aanvraagprocedure voor de aanwijzing geregeld, worden regels gesteld met betrekking tot de systematiek van de indeling in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en worden regels gesteld met betrekking tot de vaststelling van een vergoedingslimiet voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.

**6. In afwijking van het vijfde lid kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat voor bij die regeling aangewezen groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen de vergoedingslimiet kan worden herberekend of buiten werking kan worden gesteld.**

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.5

1. In bijlage 1 bij deze regeling worden genoemd:
  - a. de op grond van artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
  - b. de op grond van artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen.
2. In bijlage 2 bij deze regeling worden vermeld:
  - a. categorieën van geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, waarvoor de farmaceutische zorg slechts aflevering van dat geneesmiddel omvat indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde criteria;
  - b. de voorwaarden waaronder en de termijn gedurende welke de farmaceutische zorg, bedoeld in de aanhef van artikel 2.8, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering de geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat.
3. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten behoren slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van bijlage 2 van deze regeling.
4. In bijlage 3, onderdelen A en B, bij deze regeling worden genoemd de geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een beslissing als bedoeld in artikel 2.50, vijfde lid, niet zijn aangewezen, geregistreerde geneesmiddelen ten aanzien waarvan het voornemen tot aanwijzing als bedoeld in artikel 2.50, achtste lid, niet is uitgevoerd en geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een wijziging van bijlage 1 niet meer zijn aangewezen.
5. Farmaceutische zorg, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel b, onder 1°, van het Besluit zorgverzekering, omvat geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan:
  - a. een geregistreerd UR-geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet waarover blijkens bijlage 1 en 3 bij deze regeling geen besluit over de aanwijzing, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering, is genomen;
  - b. een in bijlage 3, onderdeel A, bij deze regeling genoemd niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet, mits aan daarbij vermelde criteria wordt voldaan.