

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : EU/EER, farmaceutische zorg, alternatieve zorg, aloë vera crème,
Flumil Forte 600mg, behandelingen acupunctuur
Zaaknummer : 2012.00733
Zittingsdatum : 15 augustus 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.8 Bzv, 2.5 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, art. 19 Vo 883/2004 en art. 25 Vo 987/2009)

1. Partijen

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] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Plus Aanvullende verzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoeker afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Tand Beter Pakket is niet in geschil en blijft 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 vergoeding van tijdens zijn verblijf in Spanje gemaakte kosten van aloë vera crème, Flumil Forte 600mg, Pectox Lisina en behandelingen acupunctuur (hierna: de aanspraak). Door middel van diverse vergoedingsoverzichten heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van onder meer 23 mei 2011, 27 september 2011, 14 november 2011 en 19 december 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 11 maart 2012 heeft verzoeker 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).

3.4. 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brieven van 29 mei 2012 en 21 juni 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 25 juni 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 11 juni 2012 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 juni 2012 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 29 juni 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 juli 2012 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 25 juni 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 4 juli 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012080687) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat Flumil Forte 600mg en Pectox Lisina niet zijn opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem, en derhalve niet behoren tot de verzekerde farmaceutische zorg.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 5 juli 2012 aan verzoeker gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker heeft op 6 en 9 juli 2012 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 12 juli 2012 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft de ziektekostenverzekeraar geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft COPD en gebruikt hiervoor onder meer Flumil Forte 600mg. Voorts heeft hij een operatie aan zijn hand ondergaan. Om zijn hand soepel te maken en te houden gebruikt hij aloë vera crème. Daarnaast is sprake van slijtage van de nekwerfels, waarvoor verzoeker behandelingen acupunctuur ondergaat.
- 4.2. De aloë vera crème die hij gebruikt voor zijn hand is voorgeschreven door de behandelend chirurg en is alleen verkrijgbaar bij de apotheek. De eerste vergoeding hiervan is volgens de ziektekostenverzekeraar niet meer in de administratie te vinden. Verzoeker meent dat de ziektekostenverzekeraar aldus zijn communicatie- en administratieproblemen op hem afwentelt en vindt dat incorrect.
- 4.3. Al geruime tijd gebruikt verzoeker Flumil Forte 600mg in verband met COPD. Dit medicijn is enkel te verkrijgen op voorschrift van een arts. De ziektekostenverzekeraar vergoedt Flumil Forte 600mg niet en baseert zich daarbij op de geldende wet- en regelgeving. Verzoeker vindt dat onbegrijpelijk omdat hij voor dit medicijn een recept moet halen bij zijn arts, en dit consult wel wordt vergoed. De kosten van Flumil Forte 600mg zijn veel lager dan andere medicijnen voor COPD-patiënten. Bovendien is het

vreemd dat de ziektekostenverzekeraar stelt dat dit medicijn niet homeopathisch en/of antroposofisch is.

- 4.4. Verzoekers nekwervels zijn ernstig versleten, hetgeen pijn en slaapproblemen veroorzaakt. Na overleg met zijn huisarts is overgegaan tot behandelingen acupunctuur. De kosten van één sessie acupunctuur bedragen € 35,--. In het jaar 2011 heeft hij twintig sessies ondergaan, hetgeen neerkomt op een bedrag van € 700,--. Hiermee blijft hij binnen het budget van € 800,-- per kalenderjaar voor alternatieve zorg van de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar weigert evenwel de twintig sessies te vergoeden. Er is slechts € 60,-- vergoed, zodat nog € 640,-- vergoed dient te worden.
De paramedisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoekers nekproblemen door middel van fysiotherapie dienen te worden behandeld. Zijn huisarts heeft dit echter ten sterkste afgeraden.
Verzoeker vindt het onbegrijpelijk en onredelijk dat de ziektekostenverzekeraar tot deze conclusie komt en vergoeding van de behandelingen acupunctuur weigert. Hij merkt nog op dat deze behandelingen thans (in 2012) wél worden vergoed.
- 4.5. Verzoeker ervaart de gehele kwestie als zeer vervelend. De ziektekostenverzekeraar handelt onzorgvuldig en onredelijk. Hij heeft weinig vertrouwen in de ziektekostenverzekeraar. Voor verzoeker zijn de voorschriften van zijn huisarts en behandelend artsen heilig, en hier houdt hij zich dan ook aan.
- 4.6. Voorts verklaart verzoeker akkoord te gaan met het voorstel van de ziektekostenverzekeraar om ter zake van de acupunctuur alsnog € 500,-- aan hem te vergoeden.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Aloë vera crème is niet opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en in de Regeling zorgverzekering. Het middel is geen geregistreerd en door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangewezen geneesmiddel. Aloë vera crème is vrij verkrijgbaar in Nederland, zonder recept. Derhalve bestaat geen aanspraak op vergoeding hiervan ten laste van de zorgverzekering. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt eveneens geen aanspraak op vergoeding van aloë vera crème. De Wet op de geneesmiddelenvoorziening kenmerkt het middel namelijk niet als homeopathisch en/of antroposofisch. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat het vervelend is dat de kosten van de aloë vera crème niet worden vergoed, terwijl dit middel zo belangrijk is voor verzoekers welzijn. Hem kan echter niet tegemoet worden gekomen, omdat dit zou leiden tot verplichtingen ten opzichte van andere verzekerden die in eenzelfde situatie ook geen vergoeding ontvangen. Aan verzoeker is op 18 april 2011 onterecht een bedrag van € 3,60 voor de aloë vera crème betaald. De verdere afwijzingen van vergoeding zijn terecht.
 - 5.2. Flumil Forte 600mg valt sinds 1 januari 2011 niet meer onder de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen, en komt derhalve vanaf die datum niet meer voor vergoeding in aanmerking. Dat verzoeker COPD heeft maakt dit niet anders. Ook vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering is geen vergoeding mogelijk. De Wet op de geneesmiddelenvoorziening kenmerkt het geneesmiddel namelijk niet als homeopathisch en/of antroposofisch.

Verzoeker heeft in 2010 een vergoeding ontvangen voor onder meer Flumil Forte 600mg. Om die reden is hem bij brief van 23 mei 2011 (alsnog) een vergoeding toegezegd van € 50,32. Bij een declaratie van 6 april 2011 zat een nota van Flumil Forte 600mg. De kosten hiervan zijn ten onrechte vergoed. Dit wordt niet gecorrigeerd.

- 5.3. Volgens de geneeskundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar spreekt de behandelend arts van verzoeker van degeneratieve veranderingen (artrose) en osteofyten (botuitstulpingen), die ontstaan bij artrose. Verder noemt de arts discopathie, hetgeen eveneens te maken heeft met degeneratieve/slijtageproblemen van de tussenwervelschijf. Het betreft hier indicaties die alleen vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering fysiotherapeutisch kunnen worden behandeld. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op alternatieve zorg tot maximaal € 800,- per kalenderjaar. Het is niet mogelijk verzoeker een extra vergoeding te verlenen voor de behandelingen acupunctuur.
- Er is één vergoeding ten bedrage van € 140,- getraceerd, welke betrekking heeft op de kosten van fysiotherapie. Deze vergoeding heeft, anders dan verzoeker stelt, niets met een toezegging te maken. De declaratie is op normale wijze verwerkt in het systeem. Daarna zijn de kosten vergoed en is verzoeker hierover geïnformeerd. Volgens het systeem van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker uitsluitend kosten gedeclareerd die te maken hebben met fysiotherapeutische behandelingen.
- 5.4. Op basis van de beschikbare informatie kan worden bevestigd dat de Spaanse behandelaar van verzoeker een fysiotherapeut is. Uit de nota's die verzoeker heeft ingediend blijkt dat hij fysiotherapeutische behandelingen ondergaat in Spanje. Nederlandse fysiotherapeuten die een contract met de ziektekostenverzekeraar hebben gesloten worden vermeld in de zorggids. Deze informatie is ook telefonisch opvraagbaar. Deze zorgaanbieders worden aangemerkt als aangewezen zorgaanbieder. De Spaanse behandelaar van verzoeker heeft geen contract met de zorgverzekeraar afgesloten. Derhalve is deze niet opgenomen in de zorggids, en geen aangewezen zorgaanbieder.
- De nota's van de behandelingen acupunctuur kunnen niet verwerkt worden als kosten van beweegzorg. De ziektekostenverzekeraar wil verzoeker echter tegemoet komen in de kosten die hij heeft gemaakt voor de behandelingen acupunctuur. Verzoeker heeft verklaard dat hij in totaal € 700,- heeft gedeclareerd, en een vergoeding heeft ontvangen van € 200,- ter zake van de behandelingen acupunctuur. De ziektekostenverzekeraar zal de resterende € 500,- eenmalig en coulancehalve vergoeden. Dit is de vergoeding waar verzoeker op basis van zijn aanvullende ziektekostenverzekering recht op heeft voor behandelingen acupunctuur.
- Voorts merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het belangrijk is dat verzoeker er voor zorg draagt dat toekomstige nota's van behandelingen acupunctuur duidelijk zijn gespecificeerd. De ziektekostenverzekeraar zal alsdan de nota's correct verwerken.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar biedt verzoeker zijn excuses aan voor alles dat is misgegaan.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 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. De commissie constateert dat partijen over de vergoeding van de behandelingen acupunctuur overeenstemming hebben bereikt, aldus dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker in dat verband eenmalig en coulanchehalve een bedrag € 500,- zal voldoen. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden het restant van 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 35 van de zorgverzekering. Artikel 30 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“Artikel 30. Geneesmiddelen

Omschrijving

Uw recht op farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers, die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

Geregistreerde geneesmiddelen:

u hebt recht op levering van door de Minister van VWS aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze door ons zijn aangewezen (zie preferente geneesmiddelen). U vindt deze geneesmiddelen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. U hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als u aan deze voorwaarden voldoet. U vindt deze geneesmiddelen en de voorwaarden in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

Preferente geneesmiddelen (voorkeursgeneesmiddelen):

wij kunnen geneesmiddelen uit bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering aanwijzen als preferente geneesmiddelen. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg [naam ziektekostenverzekeraar]. Als wij voor bepaalde werkzame stoffen bepaalde geneesmiddelen hebben aangewezen en andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof niet, hebt u aanspraak op de door ons aangewezen geneesmiddelen. Maakt u toch gebruik van niet-preferente geneesmiddelen, dan worden deze in principe niet vergoed. Alleen als uw arts aangeeft dat behandeling met het preferente middel voor u medisch niet verantwoord is, hebt

*u recht op een ander geneesmiddel. Wij kunnen de lijst met aangewezen geneesmiddelen op ieder moment wijzigen. U ontvangt hierover van ons informatie.
(...)*

Zelfzorgmiddelen:

u hebt recht op zelfzorgmiddelen als u deze geneesmiddelen langer dan zes maanden moet gebruiken. U hebt alleen recht op laxemiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen om de maag te legen en middelen tegen droge ogen, die zijn opgenomen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De eerste 15 dagen komen de kosten van het geneesmiddel voor uw rekening.

Niet-geregistreerde geneesmiddelen:

u hebt recht op niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor de zorgverzekering.

U hebt recht op de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

- apotheekbereidingen;*
- geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;*
- geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd. U hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als u een zeldzame aandoening hebt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.*

Geleverd door

Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Eigen bijdrage

U bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.

(...)

Recept (voorschrift)

Huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg.

(...)"

- 8.3. Artikel 30 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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 Rzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft alternatieve zorg. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“Omschrijving:

Alternatieve zorg bestaat uit:

1. behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:
 - a. acupunctuur en andere traditionele Oosterse geneeswijzen;
 - b. antroposofie;
 - c. homeopathie;
 - d. natuurgeneeswijzen;
 - e. psychosociale zorg.

Wie mag de zorg verlenen:

- voor de zorg onder a tot en met d: een arts met een BIG-registratie (Wet op de individuele beroepen) of een door ons aangewezen zorgaanbieder;
 - voor de zorg onder e: een door ons aangewezen zorgaanbieder.
- (...)

2. homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen worden gekenmerkt. De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige en worden geleverd door een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Het totale budget alternatieve zorg bedraagt:

(...)

Plus Aanvullende Verzekering
maximaal € 800 per kalenderjaar”

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

- “1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.
2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Door verzoeker zijn tijdens diens verblijf in Spanje kosten van zorg gemaakt, onder andere in verband met de chronische aandoening COPD. Kosten van zorg voor bepaalde chronische aandoeningen komen op grond van artikel 19 van Vo 883/2004 voor vergoeding in aanmerking, waarbij door de verzekerde gebruik kan worden gemaakt van de European Health Insurance Card (EHIC). Dit is kennelijk niet gebeurd, dan wel is de EHIC niet geaccepteerd. Op grond van artikel 25 lid 5 van Vo 987/2009 moet de ziektekostenverzekeraar in een dergelijke situatie overgaan tot tarifiering. Aangezien Spanje vóór 1 juli 2012 niet tarifeerde, dient het recht op vergoeding van

de onderhavige kosten te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 9.2. De middelen aloë vera crème, Flumil Forte 600mg en Pectox Lisina zijn niet opgenomen in Bijlage 1 Rzv, de lijst van door de Minister van VWS aangewezen geregistreerde geneesmiddelen, waarnaar artikel 30 van de zorgverzekering, onder het kopje 'geregistreerde geneesmiddelen', verwijst. Evenmin betreft het hier geneesmiddelen die door de apotheek zijn bereid – de zogenoemde 'magistrale receptuur' of 'apotheekbereiding' – dan wel een middel dat is voorgeschreven in het kader van de behandeling van een ziekte die in Nederland voorkomt bij minder dan 1 op de 150.000 inwoners, de zogenoemde 'orphan drugs' of 'weesgeneesmiddelen', zoals bedoeld in artikel 30 van de zorgverzekering onder het subkopje 'niet-geregistreerde geneesmiddelen'.
- 9.3. Derhalve bestaat geen aanspraak op aloë vera crème, Flumil Forte 600mg en Pectox Lisina ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op alternatieve zorg tot maximaal € 800,- per kalenderjaar. Onder alternatieve zorg vallen onder meer homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen. De commissie zal voor de middelen aloë vera crème, Flumil Forte 600mg en Pectox Lisina afzonderlijk bezien of hierop aanspraak bestaat ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.5. Aloë vera crème is op grond van de Geneesmiddelenwet niet als homeopathisch en/of antroposofisch geneesmiddel aan te merken. Dat het middel – volgens verzoeker – is voorgeschreven door een medisch specialist, en wordt geleverd door een apotheek is niet van belang, nu aan de voorwaarden, gesteld in artikel 9 lid 2 van de aanvullende ziektekostenverzekering, niet wordt voldaan. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de kosten van aloë vera crème ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.6. Flumil Forte 600mg is op grond van de Geneesmiddelenwet evenmin als homeopathisch en/of antroposofisch geneesmiddel aan te merken. Dat het middel – volgens verzoeker – is voorgeschreven door de huisarts, en wordt geleverd door een apotheek is wederom niet van belang, nu aan eerder genoemde voorwaarden niet wordt voldaan.
Het voorgaande geldt eveneens voor het middel Pectox Lisina. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de kosten van Flumil Forte 600mg en Pectox Lisina ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat partijen overeenstemming hebben bereikt ter zake van de behandelingen acupunctuur. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 9.8. De commissie acht termen aanwezig dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker dient te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie stelt hetgeen onder 9.7 is omschreven vast, en wijst het verzoek voor het overige af.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 15 augustus 2012,

Voorzitter