

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen D te E en F te G
Zaak : Farmaceutische zorg, Ritalin®, kosten uitschrijven recept, alternatieve geneeswijzen
Zaaknummer : 2012.01284
Zittingsdatum : 6 februari 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5, 2.39 e.v. en Bijlagen 1 en 2 Rzv)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te B,
tegen

1) D te E, en

2) F te G,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is tevens een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Tandarts Polis één ster afgesloten. Laatstgenoemde verzekering is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van Ritalin® (hierna: de aanspraak). De kosten van de Ritalin® zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Bij uitkeringsbericht van 3 januari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de kosten van het uitschrijven van een (herhaal)recept niet worden vergoed.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 mei 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 26 augustus 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 (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 11 oktober 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 oktober 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 januari 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 januari 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Op 31 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie verzocht de zitting te verzetten. Omdat hij hiermee te laat was, is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar afziet van horen.
- 3.8. Bij brief van 21 december 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 29 januari 2013 heeft het CVZ (zaaknummer 2012144150) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat de behandelend arts volwaardig huisarts is, zodat aan de voorwaarden van de zorgverzekering is voldaan en de voorschrijfkosten vergoed dienen te worden. Een afschrift van het CVZ-advies is op 30 januari 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker is op 6 februari 2013 in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 8 februari 2013 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 15 februari 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is onder behandeling voor ADHD bij een praktijk die in deze aandoening is gespecialiseerd. De behandelend arts heeft hem Ritalin® voorgeschreven. In de voorwaarden van de zorgverzekering is niet omschreven dat artsen hun declaratie voor een (herhaal)recept op twee manieren kunnen indienen, waarbij slechts één wijze van indiening voor vergoeding in aanmerking komt. Indien dit bij verzoeker vooraf bekend was geweest, had hij gekozen voor een aanvullende verzekering die de kosten van het uitschrijven van een (herhaal)recept dekt.
- 4.2. Het uitschrijven van (herhaal)recepten door de huisarts vindt verzoeker geen optie, omdat de arts die hem thans behandelt gespecialiseerd is in ADHD. Verzoeker is tevreden over het door deze arts behaalde resultaat.
- 4.3. Verzoeker is voorts van mening dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is zijn polis volgend jaar uit te breiden met een dekking voor de onderhavige kosten. Het zou de ziektekostenverzekeraar sieren indien hij zou besluiten de kosten die nu niet zijn

gedekt toch te vergoeden.

4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij de Ritalin® nu via de huisarts heeft besteld. De kosten hiervan worden inderdaad vergoed. De huisarts schrijft het middel echter maandelijks uit, en de behandelaar in de praktijk driemaandelijks. Het prijsverschil is dan niet meer zo groot. Op de nota staat inderdaad dat het om een alternatieve behandelaar gaat, maar er staat ook dat het betrekking heeft op een consult/recept.

4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de kosten van Ritalin®, omdat het geneesmiddel een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en het is voorgeschreven door een BIG-geregistreerde huisarts. De kosten die worden berekend voor het uitschrijven van het recept, vallen echter onder de noemer alternatieve geneeswijzen, en komen als zodanig niet voor vergoeding in aanmerking. Dit geldt ook voor de door de praktijk verleende begeleiding en behandeling.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker aangeraden de herhaalrecepten voor Ritalin® te laten uitschrijven door zijn huisarts. Deze brengt geen extra kosten in rekening voor een herhaalrecept.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 16 van de zorgverzekering 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 kosten van het voorschrijven van de (herhaal)recepten voor Ritalin® alsnog te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.

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 onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 21 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op huisartsenzorg en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft aanspraak op geneeskundige zorg verleend door een huisarts, of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De aanspraak omvat ook röntgen- en laboratoriumonderzoek op aanvraag van de huisarts. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden.”

- 8.4. Artikel 23 van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden de kosten van farmaceutische zorg, onder de voorwaarden zoals omschreven in het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Farmaceutische Zorg.

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- *de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of*
- *advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.*

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Voor een omschrijving van deze (deel)prestaties verwijzen wij u naar het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Farmaceutische Zorg. (...)

Voorwaarden geneesmiddelen en dieetpreparaten

De geneesmiddelen of dieetpreparaten moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, verloskundige of een hiertoe bevoegd verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld). De geneesmiddelen moeten geleverd worden door een apotheekhoudende. Dieetpreparaten mogen ook geleverd worden door andere medisch gespecialiseerde leveranciers. (...)

- 8.5. De artikelen 21 en 23 van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de ‘algemene voorwaarden’ 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, 2.39 e.v. en Bijlagen 1 en 2 Rzv.
- 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De kosten van Ritalin® zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed, zodat hierover geen geschil bestaat. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of de kosten voor het uitschrijven van het recept, die door de behandelend arts van verzoeker als “*alternatieve behandeling telef cons/recept*” in rekening worden gebracht, dienen te worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 9.2. Vast staat dat de arts die de recepten uitschrijft, niet de huisarts van verzoeker is. De ziektekostenverzekeraar betaalt de huisarts jaarlijks een vast tarief, het zogenoemde inschrijvingstarief. Voor incidentele en acute huisartsenhulp aan een niet bij de betreffende huisarts ingeschreven en niet in de vestigingsplaats van de huisarts woonachtige verzekerde, mag conform de toepasselijke Beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit het passantentarium in rekening worden gebracht. In casu is dit passantentarium niet aan de orde. De ziektekostenverzekeraar is niet gehouden andere dan de in de Beleidsregel opgenomen tarieven, die hun grondslag vinden in de Wet marktordening gezondheidszorg, te vergoeden. Dit tarief was in 2012 € 8,78. Verzoeker heeft aanspraak op maximaal dit bedrag per consult, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.3. Voor zover de in rekening gebrachte kosten geen betrekking hebben op huisartsenzorg, maar op alternatieve zorg, geldt dat hiervoor in de zorgverzekering geen dekking is opgenomen.
- 9.4. De commissie is niet bevoegd ten aanzien van de vordering van verzoeker de ziektekostenverzekeraar te verplichten hem vanaf volgend jaar een aanvullende verzekering aan te bieden die de kosten wel dekt en/of over te gaan tot (coulancehalve) vergoeding van de tot dusver gemaakte (meer)kosten. Zulks behoort tot het beleid van de ziektekostenverzekeraar, waarin de commissie niet kan treden.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met dien verstande dat verzoeker aanspraak heeft op maximaal € 8,78 per consult, ten laste van de zorgverzekering. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek deels wordt ingewilligd, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is bepaald onder 9.5. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker dient te vergoeden.

Zeist, 20 februari 2013,

Voorzitter