

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs, mr. J.J.M. Linders)

Zaaknummer: 202400196

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

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. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door haar gedeclareerde magistraal bereide homeopathische geneesmiddelen, het middel Lac caprinum C12 alsmede alle aan haar voorgeschreven en verstrekte magistraal bereide homeopathische geneesmiddelen aan haar te vergoeden ten laste van de zorgverzekering, de aanvullende ziektekostenverzekering of uit coullance. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat op de declaraties van de apotheek geen ZI-nummers zijn vermeld. Het gaat hier om niet geregistreerde geneesmiddelen. Dit betekent dat geen aanspraak bestaat op vergoeding, noch vanuit de zorgverzekering noch vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 1.2. De commissie overweegt dat voor bijna alle door verzoekster gebruikte magistrale bereidingen alternatieve varianten zijn geregistreerd. Deze alternatieve varianten zijn niet door de minister aangewezen en niet opgenomen in het GVS. De commissie volgt de conclusie van het Zorginstituut dat de desbetreffende homeopathische geneesmiddelen, en hiermee ook de magistrale bereidingen van die geneesmiddelen, niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen. Van Lac caprinum C12 kan niet worden gesteld dat de werkzaamheid en effectiviteit is vastgesteld door wetenschappelijk onderzoek, zodat niet is voldaan aan de eis van rationele farmacotherapie en het middel niet voor vergoeding vanuit de zorgverzekering in aanmerking komt. Van bijzondere omstandigheden zoals bedoeld in het door verzoekster aangehaalde arrest van de Hoge Raad is geen sprake. Onverkorte toepassing van de voorwaarden van de zorgverzekering leidt in de situatie van verzoekster niet tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Nu het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen geen RVG of RVH nummer aan de door de apotheek bereide geneesmiddelen heeft toegekend, bestaat ook geen aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Het is naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid niet onaanvaardbaar om verzoekster vergoeding van bedoelde geneesmiddelen ten laste van deze verzekering te ontzeggen. Mogelijk kan zij gebruik maken van geregistreerde glutenvrije varianten van de homeopathische geneesmiddelen. De commissie kan tot slot niet treden in het coullancebeleid van de ziektekostenverzekeraar. Over de overige aan verzoekster voorgeschreven en verstrekte magistraal bereide homeopathische geneesmiddelen die niet zijn genoemd in het advies van het Zorginstituut kan de commissie geen uitspraak doen. Het verzoek wordt afgewezen.

- 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. Verzoekster heeft bij brief van 22 maart 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 18 april 2024 was het dossier gereed 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 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 16 mei 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 13 juni 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024020062) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 17 juni 2024 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 28 augustus 2024 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 2 september 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 13 juni 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 4 september 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Vrije Keuze Topfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster gebruikt diverse homeopathische geneesmiddelen en het middel Lac caprinum C12. Deze geneesmiddelen worden door de apotheker van verzoekster magistraal bereid.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om vergoeding van de hiervoor genoemde magistraal bereide geneesmiddelen verzocht. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding afgewezen.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar diverse keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 13 juni 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 4 september 2024 heeft het Zorginstituut de commissie geïnformeerd dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door haar gedeclareerde magistraal bereide homeopathische geneesmiddelen alsmede het middel Lac caprinum C12 en aan haar te vergoeden ten laste van de zorgverzekering, de aanvullende ziektekostenverzekering of uit coulance.
- 4.2. Zij heeft hiertoe aangevoerd, zoals verwoord in haar klacht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 21 januari 2024, dat zij sinds half 2023 een glutenintolerantie heeft ontwikkeld. Zij verdraagt de door haar eerder gebruikte homeopathische geneesmiddelen daardoor niet meer. Haar behandelend arts heeft een verklaring opgesteld waaruit blijkt dat de intolerantieklachten niet optreden bij gebruik van de geneesmiddelen in granule vorm. In haar brief van 22 maart 2024 heeft verzoekster hieraan toegevoegd dat zij van mening is dat zij op grond van redelijkheid en billijkheid aanspraak kan maken op vergoeding van de magistraal bereide geneesmiddelen, waarbij zij heeft verwezen naar het arrest van de Hoge Raad van 19 december 2024 (ECLI:NL:HR:2014:3679). Door verzoekster is verder gesteld dat de afwijzing van vergoeding van alternatieve zorg vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering in haar geval onredelijk is, aangezien alternatieve zorg gelet op haar gezondheidstoestand noodzakelijk is, deze zorg hoge kosten met zich brengt die zij niet (volledig) kan dragen, terwijl de kosten van reguliere zorg wel worden vergoed. Daarbij moet rekening worden gehouden met het feit dat verzoekster, ondanks haar leeftijd, nog altijd winstgevend is voor de ziektekostenverzekeraar. Zij woont nog zelfstandig en doet geen beroep op dure medische zorg. In tegenstelling tot veel leeftijdsgenoten kost zij de gemeenschap qua ouderenzorg geen geld. Haar leefwijze zou door de ziektekostenverzekeraar moeten worden beloond, eventueel in de vorm van een coulancevergoeding.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop haar verzoek uitgebreid in die zin dat zij ook verzoekt om vergoeding van alle overige aan haar voorgeschreven en verstrekte magistraal bereide homeopathische geneesmiddelen. Een kleine hoeveelheid gluten kan voor verzoekster grote gevolgen hebben en daarom wil zij er zeker van zijn dat er geen gluten in de geneesmiddelen aanwezig zijn. Bij de magistraal bereide geneesmiddelen heeft ze deze zekerheid.

#### 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij de ingediende declaraties terecht heeft afgewezen. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat op de declaraties van de apotheek geen ZI-nummers zijn vermeld. Het gaat hier om niet geregistreerde geneesmiddelen. Dit betekent dat geen aanspraak bestaat op vergoeding, noch vanuit de zorgverzekering noch vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Het kan zijn dat een arts vindt dat verzoekster om een medische reden is aangewezen op een bepaalde vorm van zorg, maar dit betekent niet automatisch dat de ziektekostenverzekeraar de kosten hiervan ook moet vergoeden. Zo komt een geneesmiddel alleen voor vergoeding in aanmerking als wordt voldaan aan de voorwaarden van de ziektekostenverzekering en de wet- en regelgeving. In de brief van 6 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verder aangevoerd dat hij in de polisvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering zelf kan bepalen welke zorg wordt vergoed en onder welke voorwaarden. Hij ziet geen aanleiding om in afwijking van deze polisvoorwaarden uit coulance een vergoeding te verlenen, omdat de dekking hiermee wordt verruimd. Dit acht de ziektekostenverzekeraar niet wenselijk.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij niet twijfelt aan de intolerantie van verzoekster voor gluten en haar wens voor glutenvrije geneesmiddelen begrijpt. Dit betekent echter niet dat de middelen ook voor vergoeding in aanmerking komen. Vanuit de basisverzekering bestaat geen aanspraak op alternatieve geneesmiddelen. Het is daarnaast niet waarschijnlijk dat de geneesmiddelen worden toegelaten

tot het verzekerde pakket. Dit is wel een van de voorwaarden in de genoemde uitspraak van de Hoge Raad. Vanuit de aanvullende verzekering bestaat geen mogelijkheid voor vergoeding omdat de geneesmiddelen niet zijn geregistreerd. De ziektekostenverzekeraar is niet bereid tot een vergoeding uit coulance omdat dit niet eerlijk is naar andere verzekerden.

## 6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 13 juni 2024 (door het Zorginstituut als definitief bestempeld bij brief van 4 september 2024) heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

### Beoordeling

*De informatie in het dossier is farmacotherapeutisch en juridisch beoordeeld.*

*Op basis van artikel 2.8, lid 2, sub d, van het Bzv vallen geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel niet onder de dekking van de basisverzekering, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald. De minister heeft de bevoegdheid om, gemotiveerd, geneesmiddelen wel of niet aan te wijzen en buiten de prestatie te laten. Voor bijna alle door verzoekster gebruikte magistrale bereidingen zijn alternatieve varianten van VSM geregistreerd (overigens ook zonder gluten). Deze homeopathische geregistreerde geneesmiddelen zijn niet door de minister aangewezen en niet opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Daarom vallen de homeopathische geneesmiddelen niet onder de dekking van de basisverzekering en de magistrale bereidingen van deze geneesmiddelen ook niet. Enkel voor Lac caprinum C12 is geen geregistreerde variant gevonden. Er is echter geen informatie beschikbaar over dit middel, het is onduidelijk wat het voor middel is en voor welke aandoening het wordt gebruikt. Daarom kan niet beoordeeld worden of sprake is van rationele farmacotherapie. Het Zorginstituut merkt op dat er geen wetenschappelijke publicaties worden gevonden in PubMed met de zoekterm 'Lac caprinum C12'.*

### Conclusie

*De geregistreerde varianten van de homeopathische geneesmiddelen zijn niet door de minister aangewezen en niet opgenomen in het GVS. Daarom vallen de homeopathische geneesmiddelen niet onder de dekking van de basisverzekering en de magistrale bereidingen van de middelen ook niet. Voor de magistrale bereiding van Lac caprinum C12 geldt dat niet beoordeeld kan worden of dit middel voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering.*

### Advies

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Het Zorginstituut kan niet beoordelen of Lac caprinum C12 voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering. De overige magistrale bereidingen in geschil komen niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.*

## 7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 80 van de Algemene regels en Vergoedingen.
- 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 geneesmiddelen 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. Het geschil betreft een aantal magistraal bereide homeopathische geneesmiddelen en het - eveneens door de apotheker bereide - middel Lac caprinum C12. Voor zover het gaat om overige aan verzoekster voorgeschreven en verstrekte magistraal bereide homeopathische middelen die niet zijn genoemd in het advies van het Zorginstituut moet ervan uit gegaan worden dat vergelijkbare overwegingen zullen gelden, maar hierover kan de commissie in deze zaak geen uitspraak doen.

### Zorgverzekering

- 8.3. De aanspraak op geneesmiddelen is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering vanaf pagina 149. Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen die in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) zijn opgenomen alsmede bepaalde niet-onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen die door de minister zijn aangewezen, komen voor vergoeding in aanmerking. Dit volgt uit artikel 2.8, eerste lid, onder a, Bzv. Deze geneesmiddelen zijn vermeld op bijlage 1 en bijlage 2 Rzv. Niet geregistreerde geneesmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als het gaat om (i) geneesmiddelen die zijn bereid door een apotheek of (ii) geneesmiddelen die op verzoek van een arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm van de Geneesmiddelenwet of (iii) geneesmiddelen die in de handel zijn in een ander land en bestemd zijn voor een patiënt die lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.
- 8.4. Voor magistraal bereide geneesmiddelen geldt de eis van rationele farmacotherapie. Wat hieronder wordt verstaan heeft de ziektekostenverzekeraar opgenomen in de voorwaarden, te weten: "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." Het voorgaande stemt overeen met het bepaalde in artikel 2.8, eerste lid, onder b, ten eerste, Bzv en de definitie van rationele farmacotherapie zoals gehanteerd door het Zorginstituut, waarbij geldt dat een element van die definitie is dat het geneesmiddel ook het meest economisch moet zijn voor de zorgverzekering. Dit houdt mede verband met artikel 2.8, aanhef en tweede lid, sub d, Bzv waarin is bepaald dat farmaceutische zorg niet omvat: "geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel". De commissie tekent hierbij aan dat de ratio van deze bepaling is te voorkomen dat via de weg van de magistrale bereiding, niet onder de dekking van de zorgverzekering vallende geregistreerde geneesmiddelen, alsnog voor verstrekking of vergoeding ten laste van die verzekering in aanmerking komen.
- 8.5. Het Zorginstituut stelt in het advies van 13 juni 2024 dat voor bijna alle door verzoekster gebruikte magistrale bereidingen alternatieve varianten van VSM zijn geregistreerd (waaronder glutenvrije). Deze alternatieve varianten zijn niet door de minister aangewezen en niet opgenomen in het GVS. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat de desbetreffende homeopathische geneesmiddelen, en hiermee ook de magistrale bereidingen van die geneesmiddelen, niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen. De commissie ziet, gelet op het bepaalde in artikel 2.8, aanhef en tweede lid, sub d, Bzv, geen reden om van die conclusie af te wijken en volgt deze dan ook. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak kan maken op vergoeding van de magistraal bereide homeopathische geneesmiddelen ten laste van de zorgverzekering.

Het Zorginstituut stelt in zijn advies verder dat van Lac caprinum C12 geen geregistreerde variant is gevonden. Over dit middel zijn voorts geen wetenschappelijke publicaties aangetroffen in PubMed. Het is onduidelijk wat het voor middel is en voor welke aandoening het wordt gebruikt. Het Zorginstituut kan daarom niet beoordelen of sprake is van rationele farmacotherapie en of dit middel voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de zorgverzekering. De commissie concludeert dat als vaststaand moet worden aangenomen dat de werkzaamheid en effectiviteit van Lac caprinum C12 niet is vastgesteld door wetenschappelijk onderzoek, zodat niet is voldaan aan de eis van rationele farmacotherapie. Dit betekent dat ook de magistrale bereiding van Lac caprinum C12 niet voor vergoeding vanuit de zorgverzekering in aanmerking komt.

- 8.6. Verzoekster heeft verwezen naar een arrest van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2014:3679) en gesteld dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is haar de vergoeding van bedoelde geneesmiddelen te ontfangen. Waar het gaat om de dwingendrechtelijke beperking van de dekking tot het verzekerde pakket berust dit op een uitdrukkelijk gemaakte afweging van de wetgever. Het is niet aan de commissie die afweging te maken. Daarmee zou zij immers op de stoel van de wetgever gaan zitten. Dit neemt niet weg dat indien sprake is van heel bijzondere omstandigheden, waarmee de wetgever geen rekening heeft gehouden, deze aanleiding kunnen geven tot een andere uitkomst dan waartoe strikte toepassing van de wet en de hierop gebaseerde verzekeringsvoorwaarden leidt. De hier bedoelde bijzondere omstandigheden kunnen slechts bij hoge uitzondering worden aangenomen.
- 8.7. De commissie stelt vast dat de wetgever ervoor heeft gekozen om noch de geregistreerde alternatieven voor de door verzoekster gebruikte homeopathische geneesmiddelen noch het middel *Lac caprinum C2* aan te wijzen teneinde deze (genees)middelen op te nemen in het verzekerde pakket. Hiervoor is uiteengezet dat de door verzoekster gebruikte magistrale bereidingen op basis van de systematiek van de wetgever, zoals volgt uit artikel 2.8 Bzv, niet voor verstrekking of vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen, omdat zij (i) hetzij gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan de alternatieve geregistreerde, maar niet door de minister aangewezen homeopathische geneesmiddelen, (ii) hetzij niet is vastgesteld dat sprake is van rationele farmacotherapie omdat de werkzaamheid en effectiviteit niet is vastgesteld door wetenschappelijk onderzoek (*Lac caprinum C12*). Van zeer bijzondere omstandigheden zoals bedoeld in bovengenoemd arrest is geen sprake zodat de commissie niet toekomt aan de toetsing aan de hand van de criteria, genoemd in het arrest van de Hoge Raad. Onverkorte toepassing van de verzekeringsvoorwaarden leidt in de situatie van verzoekster niet tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.

#### *Aanvullende ziektekostenverzekering*

- 8.8. De ziektekostenverzekeraar bepaalt de inhoud en de omvang van de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit betekent dat hij naar eigen inzicht kan besluiten bepaalde vormen van zorg op te nemen in de aanvullende ziektekostenverzekering en hieraan voorwaarden te verbinden. Op pagina 153 van de Algemene regels en vergoedingen 2023 staat dat voor de vergoeding van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen voorwaarden gelden. Deze heeft de ziektekostenverzekeraar vermeld op de website. Hier staat dat vanuit de door verzoekster afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering geregistreerde, homeopathische en antroposofische geneesmiddelen worden vergoed, als de arts of behandelaar die bij de behandeling voorschrijft. Geregistreerd betekent in dit kader dat door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen een RVG of RVH nummer is toegekend.
- 8.9. Niet in geschil is dat het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen geen RVG of RVH nummer aan de door de apotheek bereide geneesmiddelen heeft toegekend. Deze geneesmiddelen vallen dan ook niet onder de aanspraak van de aanvullende ziektekostenverzekering, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten hiervan, ten laste van deze verzekering. Daar komt bij dat uit het advies van het Zorginstituut blijkt dat de geregistreerde alternatieven van VSM geen gluten bevatten. Mogelijk beschikken deze geneesmiddelen wél over een RVG of RVH nummer en vallen zij daarmee onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering, althans zijn de kosten hiervan lager dan die van de magistrale bereidingen.
- 8.10. Voor zover verzoekster aanspraak maakt op een coulancevergoeding, geldt dat het toekennen van een zodanige vergoeding behoort tot het beleid van de ziektekostenverzekeraar. De commissie kan hierin niet treden, tenzij hierbij sprake zou zijn van willekeur. Dit laatste is echter gesteld noch gebleken. Daarnaast kent zowel de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering geen mogelijkheid tot een (aanvullende) vergoeding op basis van een besparing van de kosten die anders mogelijk ten laste van (een van) beide verzekeringen zouden komen. Met kosten die

de ziektekostenverzekeraar zou besparen doordat verzoekster in relatief goede gezondheid is, kan daarom bij de beoordeling geen rekening gehouden worden.

- 8.11. Door verzoekster is gesteld dat de afwijzing van vergoeding van alternatieve zorg vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering in haar geval onredelijk is, aangezien alternatieve zorg gelet op haar gezondheidstoestand noodzakelijk is, deze zorg hoge kosten met zich brengt die zij niet (volledig) kan dragen, terwijl de kosten van reguliere zorg wel worden vergoed. Naar het oordeel van de commissie is niet gebleken van een dermate uitzonderlijke situatie dat onverkorte toepassing van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de in het geding zijnde kosten.

*Slotsom*

- 8.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 september 2024,

J.J.M. Linders

**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 beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

**BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering



### ● Geneesmiddelen basisverzekering

De basisverzekering vergoedt de meeste medicijnen.

#### ● Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	100%, soms betaalt u een eigen bijdrage
<b>Startfit</b>	Geen vergoeding
<b>Benfit</b>	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
<b>Optifit</b>	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
<b>Topfit</b>	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
<b>Superfit</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://www.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.

Uw geneesmiddel mag ook 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.

## Medicijnen en dieet

De eigen bijdragen betaalt u zelf, maar nooit meer dan € 250 per jaar. De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden die eigen bijdragen volgens de vergoeding [Geneesmiddelen aanvullende verzekering](#).

### Hier kunt u terecht

- apotheek
- apotheekhoudende 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

### 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](#)

### 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](#)

## • 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.

### 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 anticonceptiepil
- 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

### ● Geneesmiddelen aanvullende verzekering

Een aanvulling op de vergoedingen van de basisverzekering.

#### ● Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	Geen vergoeding
<b>Startfit</b>	Geen vergoeding
<b>Benfit</b>	€ 150 voor eigen bijdragen, geregistreerde geneesmiddelen en verbandmiddelen Max. per kalenderjaar
<b>Optifit</b>	€ 300 voor geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen, melatonine, waarvan max. € 250 voor eigen bijdragen Max. per kalenderjaar
<b>Topfit</b>	€ 1.500 voor geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen, melatonine, waarvan max. € 250 voor eigen bijdragen Max. per kalenderjaar
<b>Superfit</b>	100% geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen, melatonine, waaronder max. € 250 voor eigen bijdragen Max. per kalenderjaar

#### ● Wat u vergoed krijgt

De **basisverzekering** vergoedt de meeste geneesmiddelen waarvoor u een recept heeft. Daarvoor geldt de vergoeding Geneesmiddelen basisverzekering. Soms betaalt u een eigen bijdrage.

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden:

- de eigen bijdragen
- geregistreerde geneesmiddelen die de basisverzekering niet vergoedt
- de terhandstelling en het begeleidingsgesprek van de apothek van deze geneesmiddelen
- verbandmiddelen als u bij een arts onder behandeling bent voor een huidaandoening of wond, als ze niet onder de vergoeding Verbandmiddelen vallen

Optifit en hoger vergoeden ook nog:

- melatonine van 0,3 mg of meer per eenheid

Benfit, Optifit en Topfit vergoeden per kalenderjaar maximaal het bedrag hierboven. Superfit vergoedt de zorg volledig. Van deze vergoedingen mag u maximaal € 250 gebruiken voor wettelijke eigen bijdragen. Dat zijn de wettelijke eigen bijdragen en geen andere bijbetalingen.

#### Hier kunt u terecht

- apothek
- apothekhoudende huisarts

### Dit wordt niet vergoed

- geneesmiddelen en eigen bijdragen waarvoor een terugbetalingsregeling<sup>1</sup> van de fabrikant geldt
- geneesmiddelen tegen een erectieprobleem
- geneesmiddelen tegen kaalheid
- geneesmiddelen voor Vruchtbaarheidsbehandelingen

### Andere vergoedingen

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

- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen
- vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor uw (vakantie)reis
- middelen voor Anticonceptie
- Geneesmiddelen basisverzekering

## • Wat u zelf betaalt

### De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen die de basisverzekering vergoedt, betaalt u een eigen bijdrage. De aanvullende verzekeringen vergoeden die eigen bijdrage, volgens de vergoeding die u nu leest. Maar totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Daarboven vergoedt de basisverzekering de eigen bijdrage. Zo werkt de eigen bijdrage

### Geen eigen risico

Voor geneesmiddelen uit de aanvullende verzekering geldt geen eigen risico.

## • Dit moet u zelf doen

### U moet een voorschrift (recept) hebben van een arts of andere voorschrijver

Wij vergoeden geneesmiddelen, verbandmiddelen en melatonine alleen als ze zijn voorgeschreven door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant<sup>2</sup>.

## • 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.

### 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 anticonceptiepil
- 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.

### 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.

### **Uitleg**

1. Terugbetalingsregeling: Van bepaalde geneesmiddelen kunt u de kosten of uw wettelijke eigen bijdrage bij de fabrikant terugvragen. Wij vergoeden die dan niet. Ook niet als de fabrikant bepaalt dat u eerst bij ons om vergoeding moet vragen. Meer informatie staat op [terugbetaalregeling.nl](https://www.terugbetaalregeling.nl) en [hevoconsult.nl](https://www.hevoconsult.nl)
2. 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

---

# 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.