

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Farmaceutische zorg, glucosamine, cetirizine, rhinocort en se-
revent ,eigen risico, aanvullende verzekering
Zaaknummer : 2013.00383
Zittingsdatum : 17 juli 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10, 11 en 19 Zvw, 2.1, 2.8 en 2.17 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk 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 Vrije Keuze Basisverzekering (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 Vrije Keuze Benfit afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de middelen glucosamine, cetirizine, rhinocort en serevent (hierna: de aanspraak). Bij enkele ongedateerde uitkeringsberichten heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het middel glucosamine niet voor vergoeding in aanmerking komt. De kosten van de overige middelen zijn ten laste van het verplichte eigen risico gebracht.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 31 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 20 maart 2013 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij brief van 22 maart 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het middel glucosamine alsnog te vergoeden en de betreffende kosten, alsmede de kosten van de overige middelen, niet ten laste van het verplichte eigen risico te brengen (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 7 mei 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 mei 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 mei 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. Hierbij heeft verzoeker een schriftelijke reactie gegeven op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 7 mei 2013. Een afschrift hiervan is op 16 mei 2013 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 juli 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 13 mei 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 12 juni 2013 (zaaknummer 2013061298) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat Glucosamine Best choice een Warenwetmiddel is. Glucosamine is niet opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingensysteem en is geen verzekerde zorg. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 juli 2013 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 19 juli 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 31 juli 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. Het middel glucosamine is door het College ter beoordeling van geneesmiddelen geregistreerd als geneesmiddel, zodat het ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering dient te worden vergoed. Verzoeker heeft het nummer waarmee het is geregistreerd doorgegeven aan de medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft hiermee echter niets gedaan. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering is een vergoeding mogelijk tot een maximum van € 4.540,-- per jaar.
 - 4.2. De overige door verzoeker gedeclareerde geneesmiddelen dienen ten laste van de zorgverzekering te worden vergoed. De kosten hiervan mogen niet met het verplichte eigen risico worden verrekend.

4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd het CVZ in zijn advies niet alle geneesmiddelen, waar het geschil betrekking op heeft, heeft genoemd. Verzoeker heeft benadrukt dat het middel glucosamine is geregistreerd en dat het is voorgeschreven door de huisarts en het Reumafonds. Daarom komen de kosten hiervan voor vergoeding in aanmerking. Verzoeker benadrukt dat hij veel baat heeft bij het gebruik van de glucosamine.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Het middel Best Choice Glucosamine met ZI nummer 14700425 staat geregistreerd als niet-geneesmiddel. Het middel Pharma Glucosamine met ZI-nummer 15092437 staat geregistreerd als een zelfzorggeneesmiddel. Vanuit de zorgverzekering is geen vergoeding mogelijk voor deze middelen.

5.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de kosten van een 'niet-geneesmiddel' of een zelfzorggeneesmiddel. Vanuit een duurdere aanvullende verzekering bestaat hiervoor wel dekking.

5.3. De kosten van de overige geneesmiddelen zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering en terecht met het verplichte eigen risico verrekend.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar nogmaals uitgelegd dat het middel glucosamine niet is geregistreerd als geneesmiddel, maar als zelfzorgmiddel. Daarom komen de kosten hiervan niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering. Dat het middel is voorgeschreven door de huisarts en het Reumafonds is niet voldoende om voor vergoeding in aanmerking te komen.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van 'Deel A Algemene Bepalingen' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van het middel glucosamine alsnog aan verzoeker te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, en af te zien van verrekening van de betreffende kosten, alsmede van de kosten van de overige gedeclareerde middelen, met het verplichte eigen risico.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in ‘Deel B Omvang Dekking’ van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 18 van ‘Deel B Omvang Dekking’ van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Aanspraak bestaat op de vergoeding van de kosten van terhandstelling van:

1. *de door [de ziektekostenverzekeraar] aangewezen geregistreerde geneesmiddelen uit Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De aanwijzing door [de ziektekostenverzekeraar] is zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor u beschikbaar is. Nadere omschrijving van de aanspraak is uitgewerkt in het Reglement Farmaceutische zorg. Het Reglement Farmaceutische zorg kunt u aanvragen bij het [naam ziektekostenverzekeraar] Service Center of raadplegen op [website];*
2. *de geneesmiddelen - onder voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft - als bedoeld in:*
 - a. *artikel 40, lid 3, onder a Geneesmiddelenwet. In dit artikel wordt ingegaan op apotheekbereidingen of magistrale bereidingen. Kosten van apotheekbereidingen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemd, geregistreerd geneesmiddel zijn uitgesloten van de aanspraak;*
 - b. *artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant bedoeld in artikel 1, lid 1, onder mm van die wet;*
 - c. *artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een ander land en op verzoek van een arts bedoeld in die bepaling, binnen 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;*
3. *polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.*

Onder rationele farmacotherapie wordt verstaan behandeling of diagnostiek met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat het meest economisch is.

Tevens bestaat aanspraak op advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de hierboven genoemde geneesmiddelen door BIG-geregistreerde zorgverleners.

Onder deze aanspraak vallen:

- a. *instructie patiënt receptplichtig geneesmiddel-gerelateerd hulpmiddel;*
- b. *medicatiebeoordeling chronisch receptplichtig geneesmiddelgebruik;*
- c. *farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname of polikliniekbezoek;*
- d. *farmaceutische begeleiding bij ontslag uit het ziekenhuis.*

De kosten van een geneesmiddel opgenomen in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering worden alleen vergoed als wordt voldaan aan de in deze bijlage genoemde indicatievoorwaarden. (...)

- 8.4. Artikel 2 van ‘Deel B Omvang Dekking’ van de zorgverzekering regelt het verplichte en vrijwillige eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

- “lid 1 Voor de Basisverzekering geldt een verplicht eigen risico. De hoogte van dit verplichte eigen risico is € 220,-. U kunt naast dit verplichte eigen risico een vrijwillig eigen risico kiezen. De bedragen van het vrijwillig eigen risico staan vermeld in de premietabel, die onderdeel uitmaakt van de voorwaarden van de Basisverzekering.*
- lid 2 [De ziektekostenverzekeraar] brengt het eigen risico in mindering op vergoedingen vanuit de Basisverzekering. Daarbij is de volgorde eerst het verplichte en dan het vrijwillige eigen risico.
De volgende kosten vallen buiten het verplichte en vrijwillige eigen risico:*
- 1. kosten van huisartsenzorg, waaronder ook de kosten van inschrijving. De kosten van met de zorg samenhangend onderzoek vallen wel onder het eigen risico als dat onderzoek elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht;*
 - 2. kosten van zorg bekostigd volgens de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. De beleidsregel heeft betrekking op ketenzorg voor diabetes mellitus type II bij verzekerden van 18 jaar en ouder, cardiovasculair risicomangement of COPD (chronisch obstructief longlijden);*
 - 3. kosten van verloskundige zorg en kraamzorg. Kosten van hiermee samenhangende zorg, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer vallen wel onder het eigen risico;*
 - 4. kosten van nacontrole van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 9, lid 2 is verstreken;*
 - 5. kosten van het in bruikleen verstrekken van hulpmiddelen. De kosten van de daarbij behorende verbruiksartikelen en gebruikskosten vallen wel onder het eigen risico.*
- lid 3 [De ziektekostenverzekeraar] houdt geen verplicht eigen risico in op kosten van zorg of overige diensten waarvan zij de nota's op of na 31 december 2013 heeft ontvangen en het niet aan u te wijten is dat [de ziektekostenverzekeraar] de nota niet voor 31 december 2013 heeft ontvangen.*
- lid 4 Kosten die niet onder de dekking van de Basisverzekering vallen, tellen niet mee voor het vol maken van het eigen risico. (...)*

- 8.5. De artikelen 2 en 18 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van 'Deel A Algemene Bepalingen' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van 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.
Het verplichte eigen risico is geregeld in artikel 19 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv.
- 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 dek-

king 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.

8.8. Artikel 3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op farmaceutische zorg en luidt, voor zover hier van belang:

“lid 1 [De ziektekostenverzekeraar] vergoedt tot maximaal € 200,- per kalenderjaar de kosten van terhandstelling van:

- geregistreerde geneesmiddelen, die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;*
- de eigen bijdragen voor geneesmiddelen volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;*
- verbandmiddelen, als deze worden gebruikt voor het bedekken of verbinden van huidaandoeningen of wonden onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts en niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering. De genees- en verbandmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medischspecialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. De geneesmiddelen moeten geleverd zijn door een apotheek, een apotheekhoudend huisarts of een drogisterij. Voor vergoeding van vaccinaties en preventieve middelen in verband met verblijf in het buitenland geldt artikel 5.*

lid 2 [De ziektekostenverzekeraar] verleent geen vergoeding voor:

- andere farmaceutische zorgdiensten dan de terhandstelling zoals bedoeld in lid 1;*
- middelen die geregistreerd staan als ‘Niet-geneesmiddel’;*
- homeopathische of antroposofische geneesmiddelen;*
- zelfzorggeneesmiddelen die niet worden vergoed volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering;*
- geneesmiddelen die gebruikt worden bij de behandeling voor fertiliteit.*

lid 3 [De ziektekostenverzekeraar] kan bepalen dat alleen door [de ziektekostenverzekeraar] aangewezen geneesmiddelen worden vergoed als het gaat om onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen. Als behandeling met het aangewezen geneesmiddel echter niet medisch verantwoord is, vergoedt [de ziektekostenverzekeraar] een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.”

In tegenstelling tot hetgeen in lid 1 van bovengenoemd artikel is vermeld, geldt voor verzoeker een maximale vergoeding van € 4.540,- per kalenderjaar, zoals ook is vermeld op het polisblad.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de middelen glucosamine, cetirizine, rhinocort en serevent. De vraag die moet worden beantwoord, is of deze middelen geregistreerde geneesmiddelen betreffen. Indien dit het geval is, dient voorts te worden beoordeeld of het middel onderling vervangbaar is. Een geregistreerd onderling vervangbaar geneesmiddel wordt alleen vergoed, indien het door de Minister van VWS is aangewezen. Geregistreerde niet-onderling vervangbare geneesmiddelen komen in beginsel voor vergoeding in aanmerking.

Als het middel niet is geregistreerd, dient te worden beoordeeld of sprake is van een zogenoemde 'orphan drug' – dit is een geneesmiddel dat wordt voorgeschreven aan personen die lijden aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij één op de 150.000 inwoners – dan wel 'magistrale receptuur', dat wil zeggen een middel dat is bereid door een apotheker. Hierbij geldt als eis dat het dient te gaan om rationele farmacotherapie.

- 9.2. De middelen ceterizine, rhinocort en serevent zijn geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in Bijlage 1 van de Rzv. Deze middelen komen ten laste van de zorgverzekering. Het middel glucosamine is een geregistreerd middel. Dit middel is echter niet door de Minister van VWS aangewezen en kan daarom niet worden vergoed vanuit de zorgverzekering.
- 9.3. Gelet op artikel 2 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering zijn geneesmiddelen niet uitgesloten van het verplichte eigen risico. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van de middelen ceterizine, rhinocort en serevent dan ook terecht ten laste van het eigen risico 2012 gebracht.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Artikel 3 lid 1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking onder meer voor de eigen bijdragen die verschuldigd zijn voor geneesmiddelen die ten laste van de zorgverzekering worden vergoed. De middelen ceterizine, rhinocort en serevent zijn ten laste van de zorgverzekering vergoed. Deze kosten zijn ten laste van het eigen risico 2012 gebracht. Verzoeker verzoekt om vergoeding van de eigen bijdrage op grond van voornoemd artikel. Het eigen risico is echter niet hetzelfde als de eigen bijdrage die voor bepaalde geneesmiddelen verschuldigd is. Daarom heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van deze kosten.
- 9.5. Artikel 3 lid 1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering biedt voorts aanspraak op geregistreerde geneesmiddelen die niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed. Zelfzorgmiddelen en 'niet-geneesmiddelen' zijn op grond van het tweede lid van dit artikel uitgesloten van vergoeding. Het middel glucosamine is geregistreerd. Het CVZ heeft vastgesteld dat het een Warenwetmiddel is. Dit middel kan daarom niet ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering worden vergoed.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 augustus 2013,

Voorzitter