



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger
van C , tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Farmaceutische zorg, natriumbicarbonaat bij renale tubulaire acidose

Zaaknummer : 201500393

Zittingsdatum : 23 september 2015



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen



De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde,



tegen

- 
- 1) FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Module Alternatieve Geneeswijzen 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).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen Module Therapieën, Module Gezichtsorg en orthodontie, Module Calamiteiten en Module Buitenland zijn niet in geschil en blijven 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 natriumbicarbonaat capsules 500 mg ten behoeve van verzekerde (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 december 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 24 december 2014 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 e-mailbericht van 12 mei 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 29 juni 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 juli 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 9 juli 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 september 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 7 juli 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 11 augustus 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015085360) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de vraag of natriumbicarbonaat bij de indicatie van verzekerde rationele farmacotherapie betreft. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 17 augustus 2015 aan partijen gestuurd. De ziektekostenverzekeraar is bij deze gelegenheid gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies van het Zorginstituut, uit te voeren en de commissie over de uitkomst hiervan te berichten. Bij brief van 28 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld geen aanleiding te zien voor nader onderzoek. Een afschrift van de reactie van de ziektekostenverzekeraar is aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 september 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 24 september 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies.
Bij brief van 1 oktober 2015 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht, inhoudende dat de ziektekostenverzekeraar geen onderzoek heeft gedaan of willen doen naar de vraag of sprake is van rationele farmacotherapie. Tot 2012 werd het product kennelijk wel vergoed, maar het is niet duidelijk waarom de vergoeding is gestaakt, aldus het Zorginstituut. Een afschrift van dit advies is op 9 oktober 2015 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend kinderarts-nefroloog heeft ten aanzien van verzekerde het volgende verklaard: *“status na koliekachtige buikpijnaanvallen (oktober 2004) met hematurie en uitplassen van gruis en een steen in de rechter nier. Familiaire steenvorming (opa > 100x stenen). Bij uitgebreid onderzoek bleek een afwijkende zuurgraad in het bloed en de urine, passend bij een vorm van renale tubulaire acidose (RTA). Daarnaast bestond een te lage citraatuitscheiding in de urine (een bekende risicofactor/metabole factor voor het vormen van stenen). Op de DEXA scan was een afwijkende botdichtheid, passend bij de definitie osteopenie/rand osteoporose. Vanaf mei 2005 is medicamenteuze behandeling ingesteld met natriumbicarbonaat, en kaliumcitraat, waarna sindsdien geen nieuwe steenvorming meer is waargenomen, en een normale botdichtheid is ontstaan. (...)”*.
- 4.2. Verzekerde lijdt aan renale tubulaire acidose, hetgeen een zeldzame chronische nierziekte is. Hierdoor functioneren de nieren niet goed. Zij falen in het goed in balans houden van de zuurtegraad van het bloed. Doordat het bloed van verzekerde veel te zuur was, kreeg hij botontkalking en tand- en nagelerosie. Verder sloeg de kalk die door het zuur uit de botten werd getrokken

neer in de nieren, die daardoor verkalkten en nierstenen produceerden, hetgeen zeer pijnlijke niersteenkoliëken tot gevolg had. Sinds de start met de medicijnen is de zuurtegraad van het bloed van verzekerde beter in balans, zijn de nieren niet meer verkalkt en heeft verzekerde geen nierstenen meer ontwikkeld.

4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de kosten van het middel natriumbicarbonaat afgewezen op de grond dat het middel niet is opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS). Verzoeker is echter van mening dat het middel, vanwege de medicinale werking, wel moet worden opgenomen. Overigens zijn de Nierpatiënten Vereniging Nederland (NVN) en Nefrovisie met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut in onderhandeling over opname van natriumbicarbonaat in het GVS.

4.4. Door de Ombudsman Zorgverzekeringen is de ziektekostenverzekeraar gewezen op een arrest van de Hoge Raad over de vergoeding van een geneesmiddel. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat verzekerde niet voldoet aan de in het arrest gestelde criteria. Zo zouden redelijke alternatieven bestaan en zouden de kosten van het geneesmiddel niet dusdanig hoog zijn dat deze niet door verzoeker zijn op te brengen. Voor verzekerde bestaat echter geen reëel alternatief. Het enige alternatief is het verhogen van de kalium, hetgeen kan leiden tot hartritmestoornissen. Bovendien lopen de kosten van natriumbicarbonaat behoorlijk op, namelijk tot ongeveer € 730,-- per jaar. Tot slot geldt dat het niet innemen van het middel voor verzekerde leidt tot ernstig lijden.

4.5. Ter zitting is door verzoeker opgemerkt dat voor hem onduidelijk is waarom het middel niet wordt vergoed. Het is voorgeschreven door een arts en zat tot 2012 in het basispakket. Het middel is noodzakelijk, omdat er bij het staken van het gebruik ernstige gevolgen zijn. Het is wetenschappelijk bewezen en onderbouwd dat dit middel bij renale tubulaire acidose helpt. Verzoeker is van mening dat mensen gezond moeten worden gehouden tegen zo laag mogelijke kosten. Als verzekerde het middel niet krijgt, krijgt hij nierverskalking, hetgeen weer kan leiden tot nierverswijming.

4.6. 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 natriumbicarbonaat is niet opgenomen in het GVS, en kan om die reden niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed.

5.2. Door de Ombudsman Zorgverzekeringen is gevraagd of vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering een vergoeding mogelijk is. Het middel natriumbicarbonaat voldoet echter niet aan de in artikel 6 lid 2 van de aanvullende ziektekostenverzekering gestelde voorwaarden. Uit de Z-index blijkt dat het niet gaat om een homeopathisch geneesmiddel. Bovendien staat in de bedoelde index de aanduiding 'N', hetgeen betekent: "wordt niet vergoed".

5.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verder gerefereerd aan een arrest van de Hoge Raad over de vergoeding van een geneesmiddel. In het betreffende arrest zijn enkele voorwaarden gesteld waaraan moet zijn voldaan om, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden en de regelgeving, tot vergoeding over te gaan. Het gaat om de volgende voorwaarden:

- De kosten van zorg of het geneesmiddel zijn zodanig hoog dat de verzekerde deze niet zelf kan opbrengen;
- alternatieven ontbreken;
- de zorg of het geneesmiddel is noodzakelijk in verband met een medisch zeer ernstige toestand die levensbedreigend is dan wel leidt tot ernstig lijden; en

- aan te nemen valt dat de zorg of het geneesmiddel in aanmerking komt of zal komen om te worden opgenomen in het pakket. Terughoudendheid is op haar plaats bij het aannemen van deze aanspraak.

De kosten van natriumbicarbonaat, dat als zelfzorgmiddel bij de drogist is te verkrijgen, zijn niet zodanig hoog dat deze niet zelf zijn op te brengen. Het is ook niet aannemelijk dat het middel wordt opgenomen in het basispakket. In 2012 is het middel namelijk uit het GVS gehaald.

- 5.4. Bij brief van 28 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat apotheekbereidingen niet voor vergoeding in aanmerking komen indien gelijkwaardige geneesmiddelen beschikbaar zijn, die zijn uitgesloten van vergoeding, en die niet zijn opgenomen in het GVS. Aangezien het middel natriumbicarbonaat is uitgesloten van vergoeding, hoeft niet te worden beoordeeld of sprake kan zijn van rationele farmacotherapie. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit verband naar de werkwijzer Farmacie, versie 1.4, mei 2015, pagina 12.

- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar naar voren gebracht dat hij is gebonden aan regels die gelden voor de zorgverzekering. Sommige middelen of behandelingen die nodig zijn, komen niet voor vergoeding in aanmerking. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor veel plastisch-chirurgische behandelingen. Het betreffende middel is niet opgenomen in het GVS, zodat geen vergoeding mogelijk is.

- 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 de artikelen 18 van de zorgverzekering en 20 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. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 42 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 5 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

a) de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;

b) advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website (fbto.nl) of bij ons opvragen. Wij vergoeden de kosten van terhandstelling, advies en begeleiding van:

a) alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheekhoudende die met ons een IDEA-contract heeft gesloten;

b) de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheekhoudende die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheekhoudende zonder contract;

c) andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor u of uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:

- geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheekhoudende in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;

- geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van de Geneesmiddelenwet;- geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;

d) polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Een omschrijving van deze (deel)prestaties vindt u in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. Op onze website (fbto.nl) vindt u daarnaast een overzicht van de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten. Bovendien vindt u hier ook de geregistreerde geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Uiteraard kunt u deze informatie ook bij ons opvragen. (...)"

8.4. Artikel 4.4.4. van het 'Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2014' luidt:

"Maagzuurremmers, combinatiepreparaten met maagzuurremmers en zelfzorgmiddelen vormen een bijzondere groep van geneesmiddelen, waaraan aanvullende voorwaarden voor vergoeding zijn gesteld. Zelfzorgmiddelen zijn geregistreerde geneesmiddelen die u zonder recept kunt verkrijgen bij een apotheekhoudende of apotheker. In principe zijn deze geneesmiddelgroepen uitgesloten van vergoeding. Maar bij chronisch gebruik van deze middelen geldt een aparte vergoedingsregeling voor bepaalde maagzuurremmers, combinatiepreparaten met maagzuurremmers, laxemiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, maagledigingsmiddelen en middelen om de ogen te beschermen tegen uitdroging. Alleen bij chronisch gebruik vergoeden wij deze geneesmiddelen, onder de volgende voorwaarden:

1 Het geneesmiddel moet opgenomen zijn in het GVS.

2 De behandelend arts moet het geneesmiddel voorschrijven. Op zijn voorschrift moet hij aangeven dat:

a) u langer dan 6 maanden op het betreffende geneesmiddel bent aangewezen;

b) u het betreffende geneesmiddel voorgeschreven krijgt om een chronische aandoening te behandelen;

c) het betreffende geneesmiddel voor u geen nieuwe medicatie is.

3 De behandelend arts schrijft de aanduiding 'C.G.'(chronisch gebruik) op zijn voorschrift, om aan te geven dat u voldoet aan de voorwaarden die hiervoor zijn genoemd onder 2.

4 De eerste 15 dagen komen de kosten van de geneesmiddelen waarover het gaat in dit artikel, voor uw eigen rekening."

- 8.5. De artikelen 5 van de zorgverzekering en 4.4.4. van het 'Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2014' zijn volgens artikel 2 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 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.
- 8.8. Artikel 6 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op antroposofische geneesmiddelen, homeopathische geneesmiddelen en zelfzorggeneesmiddelen en luidt, voor zover hier van belang:

"Lid 1 Maximumvergoeding per kalenderjaar

Gebruikt u antroposofische geneesmiddelen, homeopathische geneesmiddelen en/of zelfzorggeneesmiddelen? Dan vergoeden wij maximaal € 125,- per verzekerde per kalenderjaar.

Lid 2 Voorwaarden vergoeding homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen. Maar alleen als een (huis)arts deze geneesmiddelen voorschrijft. De geneesmiddelen moeten geregistreerd staan in de geneesmiddelenlijst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de geneeskunst (KNMP) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel. Wij vergoeden ook homeopathische geneesmiddelen met de aanduiding 'u.a.' ('uitsluitend apotheek'). Maar alleen als deze middelen geregistreerd staan bij het College Beoordeling Geneesmiddelen. Op www.cbg-meb.nl kunt u deze lijst vinden onder de naam "Lijst van homeopathische farmaceutische producten".

Lid 3 Voorwaarden vergoeding zelfzorggeneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van zelfzorggeneesmiddelen. Maar alleen als de zelfzorggeneesmiddelen zijn opgenomen in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. Gebruikt u deze zelfzorggeneesmiddelen chronisch, dat wil zeggen langer dan 6 maanden? Dan vergoedt de basisverzekering deze kosten. Volgens de basisverzekering moet u deze medicijnen de eerste 15 dagen zelf betalen. Met deze module vergoeden wij de kosten van de eerste 15 dagen dat u deze medicijnen gebruikt. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De vraag die moet worden beantwoord, is of natriumbicarbonaat een geregistreerd geneesmiddel betreft. Indien dit het geval is, dient 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 bekeken 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. In beide gevallen geldt als eis dat het dient te gaan om rationele farmacotherapie.

9.2. Het middel natriumbicarbonaat is niet opgenomen in het GVS, het is geen geregistreerd niet-onderling vervangbaar geneesmiddel, en betreft tevens geen "orphan drug".

9.3. Blijkens het advies van het Zorginstituut van 11 augustus 2015 kan het middel worden beschouwd als magistrale receptuur. Vervolgens moet worden beoordeeld of het hierbij gaat om rationele farmacotherapie. De ziektekostenverzekeraar is gevraagd hiernaar nader onderzoek te doen. Bij brief van 28 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld dat een geneesmiddel waarvan een gelijkwaardige variant beschikbaar is, die is uitgesloten van vergoeding en niet is opgenomen in het GVS, niet kan worden vergoed als apotheekbereiding. Volgens de ziektekostenverzekeraar hoeft daarom door hem niet meer te worden beoordeeld of sprake is van rationele farmacotherapie.

De commissie merkt hierover op dat deze redenering van de ziektekostenverzekeraar niet geheel juist althans niet geheel volledig is. Het kan voorkomen dat een middel magistraal wordt bereid met het enkele doel het GVS te omzeilen. In dat geval is niet voldaan aan de voorwaarde van rationele farmacotherapie. Kennelijk meent de ziektekostenverzekeraar dat deze situatie aan de orde is, mede gelet op de verwijzing naar het in 2012 uit het GVS halen van dit middel. De commissie is bekend dat geen sprake is geweest van opname in het GVS van dit niet-geregistreerde middel, en meent daarom dat het advies van het Zorginstituut aldus moet worden begrepen dat het nader onderzoek is bedoeld om na te gaan of sprake is van behandeling met een voor de patiënt werkzaam middel in een voor deze werkzame dosering. Over een eventueel omzeilen van het GVS had het Zorginstituut overigens ook zonder nader onderzoek een uitspraak kunnen doen. De ziektekostenverzekeraar heeft, daartoe in de gelegenheid gesteld, nagelaten eerdergenoemd aspect van rationele farmacotherapie te onderzoeken.

9.4. Vast staat dat de behandelend arts van verzekerde van oordeel is dat behandeling met het middel voor verzekerde is aangewezen, zodat volgens hem sprake is van rationele farmacotherapie. Aangezien de ziektekostenverzekeraar dit niet, althans onvoldoende heeft bestreden en ook heeft nagelaten een en ander na te gaan, hoewel dit naar het oordeel van zowel het Zorginstituut als de commissie op zijn weg lag, concludeert de commissie dat in de onderhavige situatie kan worden aangenomen dat sprake is van rationele farmacotherapie, waarmee is voldaan aan de voorwaarde om magistrale receptuur onder de dekking van de zorgverzekering te doen vallen en het verzoek mitsdien voor toewijzing in aanmerking komt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.5. Aangezien het verzoek wordt toegewezen ten laste van de zorgverzekering, kan bespreking van de aanvullende ziektekostenverzekering verder achterwege blijven.

Conclusie

9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.

9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek toe.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

Zeist, 28 oktober 2015,



A.I.M. van Mierlo

