

# BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door F tegen C en E beide te D  
Zaak : Farmaceutische zorg, voorschrijvend arts  
Zaaknummer : 2010.00926  
Zittingsdatum : 15 december 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.8 Bzv, 2.5 en bijlage 1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door F,  
tegen

- 1) C, en
  - 2) E beide te D,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV NS en Tand Uitgebreid afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van dimethylfumaraat (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 december 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 25 maart 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt 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 2010 heeft verzoekster 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 oktober 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 oktober 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 3 november 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch medegedeeld af te zien van horen.
- 3.8. Bij brief van 25 oktober 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 6 december 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010130035) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen op de grond dat in het Reglement Farmacie 2009 geen voorbehoud is opgenomen met betrekking tot de voorschrijver van geneesmiddelen. Het beoordelingsrapport door de CFH is vastgesteld ten tijde van de Ziekenfondswet. Een afschrift van het CVZ-advies is op 7 december 2010 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 15 december 2010 in persoon gehoord, en is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 17 december 2010 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 22 december 2010 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 verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat zij last heeft van psoriasis. Om die reden heeft haar behandelend arts het middel dimethylfumaraat voorgeschreven. Dit middel is magistraal bereid, en dient te worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Volgens de ziektekostenverzekeraar kan het middel enkel worden vergoed indien het wordt voorgeschreven door een dermatoloog. Zulks is echter niet uit de polisvoorwaarden te herleiden. De arts van verzoekster is BIG geregistreerd en gespecialiseerd op het gebied van psoriasis. Zij is daarom bevoegd het middel voor te schrijven.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het vreemd is dat de zorgverzekering voor iedereen gelijk is, maar dat het vergoedingsbeleid toch per verzekeraar varieert.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het middel dimethylfumaraat niet is opgenomen op Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Het middel is magistraal bereid, en komt voor vergoeding in aanmerking indien het wordt toegepast bij psoriasis. Psoriasis is echter een dermatologische aandoening, zodat het middel door een dermato-

loog dient te worden voorgeschreven. De behandelend arts van verzoekster is geen dermatoloog. Deze voorwaarde is te herleiden uit het Reglement Farmacie, waarin staat dat voor alle geneesmiddelen een recept is vereist van de behandelend huisarts of specialist tot wiens vakgebied de behandeling behoort. Verder is in een advies van het CFH van 2004 geoordeeld dat het betreffende middel moet worden voorgeschreven door een dermatoloog.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering. Artikel 7 van de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"farmaceutische zorg omvat terhandstelling 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: artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet; artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die 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 die wet of artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die 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 en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners;*
- c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.*

(...)

Voorschrift:

*arts, tandarts, (tandarts)specialist, verpleegkundige of verloskundige. (...)*

*Machtiging:*

*ja, uitsluitend voor dieetpreparaten en een aantal geneesmiddelen overeenkomstig het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Farmacie, voorafgaand aan de levering. (...)*

Artikel 5 van het Reglement Farmacie (2009) bepaalt, voor zover hier van belang:

*“Naast het onder punt 4 genoemde preferentiebeleid kan [naam ziektekostenverzekeraar] maatregelen treffen om oneigenlijke verstrekking van geneesmiddelen te voorkomen. [Naam ziektekostenverzekeraar] stelt voor vergoeding van een aantal geneesmiddelen en alle dieetpreparaten toestemming vooraf verplicht. (...) Bij alle geneesmiddelen geldt dat voor vergoeding een recept van de behandelend huisarts of specialist vereist is. (...)”*

Artikel 6 van het Reglement Farmacie (2010) luidt, voor zover hier van belang:

*“Naast het onder punt 5 genoemde preferentiebeleid kan [naam ziektekostenverzekeraar] nadere maatregelen treffen om oneigenlijke verstrekking van geneesmiddelen te voorkomen. Bij alle geneesmiddelen geldt dat voor vergoeding een recept vereist is van de behandelend huisarts of specialist (of in sommige gevallen tandarts of verloskundige) tot wiens vakgebied de behandeling behoort. (...)”*

- 8.3. Artikel 7 van de ‘lijst van aanspraken’ van de zorgverzekering en het Reglement Farmacie zijn volgens artikel 4 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar zich bij brief van 10 december 2010 alsnog bereid heeft verklaard de kosten van de nota's uit 2009 – te weten tot en met 31 december 2009, de einddatum van de verzekering – te vergoeden. Deze beslissing is ter zitting aan verzoekster medegedeeld.
- 9.2. Aangezien aan het verzoek wordt tegemoet gekomen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.3. Gelet op het vorenoverwogene behoeft de vraag of vergoeding ook op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering kan plaatsvinden geen behandeling meer.

### **Conclusie**

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

### **10. Het bindend advies**

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 19 januari 2011,

Voorzitter