



ANONIEM BINDEND ADVIES



Partijen : A te B, tegen IZZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Farmaceutische zorg, ORS via sonde bij darmfalen
Zaaknummer : 201502003
Zittingsdatum : 6 april 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

IZZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de IZZ Basisverzekering, variant Restitutie (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 IZZ Zorg voor de Zorg en IZZ Zorg voor de Zorg Extra 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van het middel ORS (hierna: de aanspraak). Bij brief van 11 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster 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 27 december 2015 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 van € 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 stukken gevoegd.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 februari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 februari 2016 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 3 maart 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 maart 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 18 februari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 16 maart 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016022604) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat ORS geen geneesmiddel of dieetpreparaat is en ook niet valt onder één van de hulpmiddelencategorieën. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 21 maart 2016 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 6 april 2016 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 7 april 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 12 april 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen #en nagekomen stukken# geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster kampt met ernstig darmfalen. Per dag gebruikt zij vijftien zakjes ORS die via een sonde worden toegediend. De ziektekostenverzekeraar vergoedt daarvoor de benodigde pomp, sets, containers en doppen, maar niet de ORS. Als gevolg hiervan blijft een bedrag van bijna € 8,- per dag voor rekening van verzoekster, hetgeen voor haar erg veel is.
- 4.2. Verzoekster wenst op te merken dat ORS in haar geval niet wordt toegediend overeenkomstig de voorschriften. Om een voor verzoekster zo adequaat mogelijke dosering te krijgen, moet de hoeveelheid vocht worden gemanipuleerd. Voor verzoekster zou het veel makkelijker zijn als de adequate dosering zou worden bereid door een apotheek.
- 4.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar is rationale farmacotherapie een behandeling met een geneesmiddel in een voor de verzekerde geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor de zorgverzekering. Aangezien verzoekster voldoet aan deze criteria meent zij dat de ziektekostenverzekeraar de kosten, al dan niet op basis van coulance, dient te vergoeden.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster herhaald dat het door haar gebruikte middel niet de gewone ORS betreft. Afhankelijk van de uitslagen wordt het concentraat verhoogd of verlaagd. Het alternatief is dat verzoekster één dag per week in het ziekenhuis verblijft hetgeen de ziektekostenverzekeraar meer kost dan ORS.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoekster maakt aanspraak op vergoeding van de kosten van ORS. Dit middel gebruikt zij dagelijks via haar sonde in verband met darmfalen. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van deze kosten afgewezen omdat de zakjes ORS geen verzekerde zorg zijn.
- 5.2. Verzoekster meent dat ORS dient te worden aangemerkt als een magistrale bereiding, die voldoet aan de eis van rationele farmacotherapie. Ten aanzien hiervan merkt de ziektekostenverzekeraar op dat magistrale bereiding de aanduiding is voor een geneesmiddel dat is bereid in de apotheek. Volgens de bij de ziektekostenverzekeraar beschikbare informatie gebruikt verzoekster evenwel voorverpakte zakjes ORS. Van bereiding door een apotheker is derhalve geen sprake. Daarnaast bestaat ORS uit een mengsel van zouten en suiker en bevat het geen werkzame stof. Om die reden kan ORS niet worden gezien als een geneesmiddel zodat geen sprake kan zijn van rationele farmacotherapie.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar is niet bereid het middel uit coulance te vergoeden.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het door verzoekster gebruikte middel geen geregistreerd geneesmiddel is. Ook is geen sprake van magistrale receptuur omdat een werkzame stof ontbreekt. Voorts bestaat geen recht op substitutie.
- 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 de zorgverzekeringen artikel 7 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 11 e.v. van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 32 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“Artikel 32. Geneesmiddelen
Omschrijving*

Uw recht op vergoeding van de kosten van farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen. (...)

Geregistreerde geneesmiddelen:

Met uitzondering van de werkzame stoffen waarvoor wij voorkeursgeneesmiddelen hebben aangewezen, hebt u recht op vergoeding van de kosten van levering van de door de minister van VWS aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. U vindt de door de minister aangewezen geneesmiddelen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van deze geneesmiddelen als u aan deze voorwaarden voldoet. U vindt deze geneesmiddelen en de voorwaarden in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

(...)

Zelfzorgmiddelen:

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zelfzorgmiddelen als u deze geneesmiddelen langer dan 6 maanden moet gebruiken. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van laxeremiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen om de maag te legen en middelen tegen droge ogen, die zijn opgenomen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De eerste 15 dagen komen de kosten van het geneesmiddel voor uw rekening.

Niet-geregistreerde geneesmiddelen:

U hebt recht op vergoeding van de kosten van niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor de zorgverzekering.

U hebt recht op de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

- apotheekbereidingen;*
- geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;*
- geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd. U hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als u een zeldzame aandoening hebt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.*

Wie mag de zorg verlenen

Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

(...)"

- 8.4. Artikel 32 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11 lid 1 onderdeel b Zvw bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar 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.
- 8.6. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster gebruikt dagelijks ORS dat via een sonde wordt toegediend in verband met darmfalen. De commissie stelt vast dat het middel ORS niet als onderdeel van een medisch specialistische behandeling wordt gedeclareerd. Om die reden dient te worden getoetst aan de voorwaarden voor farmaceutische zorg, zoals opgenomen in artikel 32 van de zorgverzekering.
- 9.2. De vraag die in dat kader in de eerste plaats moet worden beantwoord, is of ORS een geregistreerd geneesmiddel is. 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. Daarbij wordt door de ziektekostenverzekeraar een preferentiebeleid gevoerd. Geregistreerde niet-onderling vervangbare geneesmiddelen komen in beginsel voor vergoeding in aanmerking.
- 9.3. Als ORS 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.
- 9.4. Gebleken is dat ORS geen geregistreerd geneesmiddel is dat door de Minister van VWS is aangewezen. Voorts betreft het hier geen 'orphan drug'. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoekster niet weersproken, dat verzoekster voorverpakte zakjes ORS gebruikt. Zodoende kan evenmin gesproken worden van 'magistrale receptuur'. Of is voldaan aan de eis van rationele farmacotherapie kan hierbij in het midden blijven. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat ORS niet ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Coulance

- 9.6. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar, indien hiervoor geen dekking bestaat, het middel ORS dient te vergoeden uit coulance. Dienaangaande oordeelt de commissie dat de bevoegdheid tot toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het door deze ter zake gevoerde beleid kan de commissie niet treden. Dit is slechts anders indien de ziektekostenverzekeraar een beleid zou voeren waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Gesteld noch gebleken is dat hiervan in de onderhavige situatie sprake is.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 april 2016,



P.J.J. Vonk

