





ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten
Zaak : AV, farmaceutische zorg, dutasteride 0,15 mg, toezegging, overgangsregeling
Zaaknummer : 201800521
Zittingsdatum : 31 oktober 2018


 Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

 (Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018)


 1. Partijen


A te B, hierna te noemen: verzoeker,

 tegen

-  1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
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 grond van de ONVZ 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 ONVZ Vrije Keuze Optifit afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek.
- De zorgverzekering en de eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekeringen ONVZ Tandfit module B en ONVZ Wereldfit zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

-  3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 24 januari 2018 medegedeeld dat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking bieden voor de kosten van 'Trix Pro Dutast 0,15 mg' (verder: dutasteride 0,15 mg), zodat de kosten van dit middel – anders dan gedurende de periode van 1 januari 2015 tot en met 27 november 2017 – vanaf 1 januari 2018 niet langer door hem worden vergoed.
-  3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 9 maart 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij bereid is de dutasteride 0,15 mg tot en met 31 december 2018 coulancehalve te vergoeden.
-  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 23 juni 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de dutasteride 0,15 mg voor onbepaalde tijd te blijven vergoeden (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 e-mailbericht van 14 augustus 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 augustus 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 september 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 september 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 oktober 2018 in persoon gehoord.
- 3.10. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 6 november 2018 in de gelegenheid gesteld zijn beslissing de vergoeding van de kosten van de dutasteride 0,15 mg na 31 december 2018 te staken te heroverwegen, gelet op hetgeen door verzoeker ter zitting naar voren is gebracht met betrekking tot zijn medische situatie. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 november 2018 geïnformeerd over de uitkomst van zijn heroverweging. Een afschrift hiervan is op 7 november 2018 aan verzoeker gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen veertien dagen te reageren. Verzoeker heeft bij brieven van 7 november 2018 en 13 november 2018 van de geboden gelegenheid gebruik gemaakt. Afschriften van deze reacties zijn op 9 november 2018 onderscheidenlijk 20 november 2018 ter kennisname aan de wederpartij gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop - uit eigen beweging - bij brief van 13 november 2018 gereageerd. Een afschrift hiervan is op 20 november 2018 ter kennisname aan de wederpartij gestuurd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker wordt vanaf 2014 behandeld met dutasteride 0,15 mg in verband met de aandoening alopecia androgenetica graad 4. Voorafgaand aan deze behandeling heeft hij de ziektekostenverzekeraar gevraagd of de kosten van dit middel worden vergoed. In reactie hierop is verzoeker door laatstgenoemde medegedeeld dat de zorgverzekering (2014) daarvoor onder voorwaarden dekking biedt. Bij brief van 8 december 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker echter medegedeeld dat de gegeven informatie niet juist was, met als reden dat het een lagere dosering betreft, en hem de toezegging gedaan de kosten van dutasteride 0,15 mg in het vervolg te vergoeden op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. De toezegging blijkt uit de zinsnede: *“Deze lagere dosering wordt vergoed volgens de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.”* De ziektekostenverzekeraar mag deze toezegging niet herroepen en moet derhalve de kosten van de dutasteride 0,15 mg ook na 31 december 2018 blijven vergoeden. Verzoeker merkt nog op dat de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het staken van de vergoeding van de dutasteride 0,15 mg het gevolg is van een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden. Hierover is hij echter nooit geïnformeerd.
- 4.2. De brief van de ziektekostenverzekeraar van 8 december 2014 luidt verder, voor zover hier van belang: *“(…) Wij hebben u toegezegd dat dit middel zou worden vergoed volgens de voorwaarden van de Basisverzekering. Helaas is deze informatie niet juist. Het middel Dutasteride wordt voor verschillende medische indicaties gebruikt. Een dosering hoger dan 5 mg komt in aanmerking voor vergoeding [volgens] de voorwaarden van de Basisverzekering. Bij een lagere dosering is er geen kant en klaar geregistreerd geneesmiddel beschikbaar en moet het medicijn door de apotheker worden bereid. Deze lagere dosering wordt vergoed volgens de voorwaarden van uw aanvullende verzekering. Wij zullen uw nota van 10 november 2014 uit coulance opnieuw in behandeling nemen. Nota's van dit middel die wij in de toekomst ontvangen, zullen vergoed worden volgens de voorwaarden van uw aanvullende ziektekostenverzekering. (...)*”

- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij beenmergkanker heeft en dat hij ter behandeling hiervan chemotherapie ondergaat. Door de chemotherapie wordt zijn haar dunner.
- 4.4. Verzoeker heeft het door de ziektekostenverzekeraar in vervolg op de hoorzitting gedane aanbod de coulanceregeling met een jaar te verlengen aanvaard. Hierbij heeft hij benadrukt dat hij desalniettemin meent dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de dutasteride 0,15 mg ook na 31 december 2019 te vergoeden. Het bevreedt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar in deze fase van de procedure een nieuw argument aanvoert, te weten dat de dutasteride 0,15 mg niet wordt gebruikt ter behandeling van een vergroting van de prostaat.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. In 2014 is door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker foutieve informatie verstrekt over de vergoeding van de kosten van dutasteride 0,15 mg, een apotheekbereiding, waarover hij bij brief van 8 december 2014 is geïnformeerd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker in deze brief medegedeeld dat hij de reeds ingediende nota met betrekking tot dit middel coulanchehalve zou vergoeden en dat de nota's die nadien zouden worden ingediend, zouden worden vergoed conform de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Ondanks dat aan de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden niet is voldaan – dutasteride 0,15 mg is immers geen geregistreerd geneesmiddel – heeft de ziektekostenverzekeraar de later ingediende nota's met betrekking tot dit middel gedurende de periode van 1 januari 2015 tot en met 27 november 2017 toch aan verzoeker vergoed. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat hij de feitelijk ten onrechte uitgekeerde vergoedingen niet terugvordert. Wél zal hij de kosten van dutasteride 0,15 mg met ingang van 1 januari 2018 conform de toepasselijke voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering vergoeden. Deze beslissing brengt met zich dat de kosten van dit middel niet langer worden vergoed, omdat beide verzekeringen hiervoor geen dekking bieden, aangezien het een niet-geregistreerd geneesmiddel betreft en geen sprake is van rationele farmacotherapie. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker een coulanceregeling aangeboden, inhoudende dat de kosten van dutasteride 0,15 mg tot en met 31 december 2018 worden vergoed.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de commissie op 23 november 2016 (zaaknummer 201601470) heeft geoordeeld dat een zorgverzekeraar mag terugkomen op een toezegging, mits hij daarbij een redelijke overgangstermijn in acht neemt. Verder verwijst hij naar de uitspraak van de commissie van 26 september 2018 (zaaknummer 201701753). De gehanteerde overgangstermijn tot en met 31 december 2018 acht de ziektekostenverzekeraar passend, hetgeen door de Ombudsman Zorgverzekeringen wordt onderschreven. Voorts is het een feit van algemene bekendheid dat de verzekeringsvoorwaarden de inhoud van de dekking bepalen (Gerecht in Eerste Aanleg van de Nederlandse Antillen, 27 januari 2010, ECLI:NL:OGEANA:2010:BL1968, en Hoge Raad, 28 oktober 2011, ECLI:NL:HR:2011:BQ2324). Verder is het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is voor onbepaalde tijd zorg te vergoeden waarop betrokkene geen aanspraak heeft. Dat geldt te meer omdat voor deze zorg geen premie wordt betaald. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat hij vóór de hoorzitting niet ervan op de hoogte was dat verzoeker beenmergkanker heeft en dat hij zijn beslissing daarom wil heroverwegen.
- 5.3. In vervolg op de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn beslissing de vergoeding van dutasteride 0,15 mg te beëindigen heroverwogen. In dit verband heeft hij gesteld dat het middel is opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (verder: GVS) voor de behandeling van een vergroting van de prostaat en niet voor de behandeling van haarverlies als gevolg van de behandeling van beenmergkanker. Het gebruik van dutasteride 0,15 mg kan in de onderhavige situatie daarom niet worden aangemerkt als rationele farmacotherapie. Om die reden is niet voldaan aan de geldende voorwaarden voor vergoeding van dit middel. In tegenstelling tot hetgeen verzoeker heeft gesteld, betreft dit geen nieuw standpunt, waarbij de ziektekostenverzekeraar

verwijst naar zijn brief van 25 april 2018. Hij heeft verzoeker niettegenstaande het voorgaande het aanbod gedaan de onder 5.1. genoemde overgangstermijn bij wijze van 'reguliere' coulance te verlengen met een jaar, dat wil zeggen tot en met 31 december 2019.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 78 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van het middel dutasteride 0,15 mg ook ná 31 december 2019 te vergoeden, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende verzekeringsvoorwaarde relevant.

8.2. Op de pagina's 125 tot en met 127 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op geneesmiddelen geregeld. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Een aanvulling op de vergoedingen van de basisverzekering.

Wat u vergoed krijgt

De basisverzekering vergoedt de meeste gangbare geneesmiddelen waarvoor u een recept heeft. In sommige gevallen betaalt u een eigen bijdrage.

De aanvullende verzekeringen Extrafit en hoger vergoeden:

- *de eigen bijdrage*
 - *de meeste geregistreerde geneesmiddelen die de basisverzekering niet vergoedt (de uitzonderingen staan in de 'andere vergoedingen' hieronder)*
 - *verbandmiddelen voor het bedekken of verbinden van een huidaandoening of wond die u onder verantwoordelijkheid van uw arts gebruikt, als ze niet onder de vergoeding hulpmiddelen vallen*
- Optifit, Topfit en Superfit vergoeden ook nog:*

- *zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers die de basisverzekering niet vergoedt*
- *melatonine van 0,3 mg of meer per eenheid*

De terhandstelling en het begeleidingsgesprek van de apotheek vergoeden wij ook.

Extrafit, Benfit, Optifit en Topfit vergoeden per kalenderjaar maximaal het bedrag hieronder. Superfit vergoedt de zorg volledig

Andere vergoedingen

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

- *homeopathische of antroposofische geneesmiddelen; die vallen onder alternatieve geneeswijzen*
- *vaccinaties en preventieve middelen voor uw (vakantie)reis*
- *anticonceptiemiddelen*
- *zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers*
- *geneesmiddelen voor vruchtbaarheidsbehandeling*

Vergoeding per verzekering

(...)


Optifit

€ 4.540 Maximaal per kalenderjaar voor[:]


- eigen bijdragen
- geregistreerde geneesmiddelen
- melatonine 0,3 mg en hoger
- diensten apotheek
- verbandmiddelen"


9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Vast staat dat verzoeker vanaf 2014 dutasteride 0,15 mg afgeleverd krijgt en dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van dit middel gedurende de periode van 10 november 2014 tot en met 27 november 2017 ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft vergoed. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard de kosten van dutasteride 0,15 mg aansluitend tot en met 31 december 2018 op grond van *coulance* aan verzoeker te vergoeden. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar - in vervolg op de zitting - verklaard hiervoor tot en met 31 december 2019 vergoeding te verlenen, eveneens uit *coulance*. Tussen partijen is niet langer in geschil dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor dit middel. Hetgeen hen verdeeld houdt, is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van dutasteride 0,15 mg ook na 31 december 2019 te vergoeden, waarbij verzoeker zich beroept op een gedane toezegging. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 9.2. De brief van de ziektekostenverzekeraar van 8 december 2014 is niet eenduidig en kan op verschillende manieren worden uitgelegd. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de brief nadrukkelijk gevraagd of de kosten van dutasteride 0,15 mg door hem zouden worden vergoed. Verzoeker mocht hierop een concreet antwoord verwachten. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar de nota's met betrekking tot dit middel in vervolg op de brief gedurende meer dan drie jaren op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed. Deze omstandigheden brengen met zich dat verzoeker in ieder geval tot 28 januari 2018 gerechtvaardigd erop mocht vertrouwen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van dutasteride 0,15 mg op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering zou vergoeden. Eerst op 28 januari 2018 is verzoeker ermee bekend geworden wat de ziektekostenverzekeraar daadwerkelijk met zijn brief van 8 december 2014 had bedoeld. Dit betekent niet dat de ziektekostenverzekeraar enkel om die reden gehouden is de onderhavige kosten voor onbepaalde tijd te blijven vergoeden. In de door verzoeker aangehaalde passage leest de commissie geen eenduidige toezegging. Ook de tekst "*Nota's van dit middel die wij in de toekomst ontvangen, zullen vergoed worden volgens de voorwaarden van uw aanvullende ziektekostenverzekering.*" wijst niet op een vergoeding zonder meer. Dat deze nota's hierna wel zijn vergoed, kennelijk zonder deze aan de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden te toetsen, verplicht de ziektekostenverzekeraar niet zijn tot dan gevoerde beleid voort te zetten. Hij mocht dit dan ook wijzigen. Vanwege de door hem met de brief en het daaropvolgende vergoedingsbeleid veroorzaakte onduidelijkheid lag het evenwel op de weg van de ziektekostenverzekeraar bij de beëindiging van de vergoeding een redelijke overgangstermijn te hanteren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 9 maart 2018 verklaard bereid te zijn dutasteride 0,15 mg tot en met 31 december 2018 bij wijze van overgangsregeling onverplicht aan verzoeker te vergoeden. Dit acht de commissie een redelijke overgangstermijn. Uit het voorgaande volgt dat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van dutasteride 0,15 mg tot en met 31 december 2018. Hetgeen door verzoeker overigens is aangevoerd, kan niet leiden tot een andere uitkomst.
- 9.3. In vervolg op de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld de kosten van dutasteride 0,15 mg ook na 31 december 2018 aan verzoeker te vergoeden en wel tot en met 31 december 2019, op basis van een 'reguliere' *coulance*vergoeding. Naar de commissie begrijpt bedoelt de ziektekostenverzekeraar met een 'reguliere' *coulance*vergoeding dat deze vergoeding verlenging inhoudt van voornoemde overgangstermijn. Aangezien hiervoor is geoordeeld dat door


 de ziektekostenverzekeraar een redelijke overgangstermijn is gehanteerd, behoeft het karakter van de in aansluiting hierop aangeboden regeling geen nadere bespreking.


Conclusie

 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat verzoeker bij wijze van overgangsregeling aanspraak heeft op vergoeding van dutasteride 0,15 mg tot en met 31 december 2018. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

 9.5. Aangezien de commissie hiervoor heeft geoordeeld dat de ziektekostenverzekeraar verplicht was een overgangsregeling te hanteren, zodat geen sprake is van een coulancevergoeding, dient de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

 10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek toe met inachtneming van hetgeen onder 9.4. is overwogen. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

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

 Zeist, 28 november 2018,

 H.A.J. Kroon