



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg en  
OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te  
Tilburg

Zaak : Farmaceutische zorg, Gaviscon®

Zaaknummer : 201701934

Zittingsdatum : 12 september 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
  - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- 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 CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Top 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 eveneens ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Uitgebreide Tandarts is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op het middel Gaviscon® suspensie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 28 september 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 12 december 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 5 februari 2018 heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen aan verzoekster medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 22 februari 2018 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 8 juni 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 juni 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 28 juni 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 juli 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. Bij brief van 14 juni 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 4 juli 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018030600) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op grond dat Gaviscon® niet is opgenomen op bijlage 1 of 2 Rzv. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 4 juli 2018 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 september 2018 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 21 september 2018 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 26 september 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen 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. De behandelend internist-oncoloog heeft bij brief van 7 september 2017 de ziektekostenverzekeraar verzocht het middel Gaviscon® in het vervolg aan verzoekster te vergoeden. Deze brief luidt, voor zover hier van belang: *"(...) Bovengenoemde patiënte wordt gezien op de polikliniek Interne geneeskunde. Ze is bekend met status na nissen funduplicatie, vele jaren geleden voor een reflux oesophagitis. Ik verwijs u verder naar mijn schrijven van 13-01-2016, waarvan voor u bijgevoegde kopie. Het enige medicament wat haar klachten van zuurbranden enigszins kan bedwingen is Gaviscon. In het verleden was u steeds bereid om dit te vergoeden, u heeft ook verklaringen van mijn voorganger collega [naam] in uw bezit. Graag wil ik u wederom de overweging geven om het gebruik van dit medicament voor patiënte te vergoeden. Met een PPI komt ze niet uit. Begin 2017 schreef ik haar Pantoprazol 2 x 40 mg voor, in combinatie met Ulcogant, maar no[g] blijkt op dat moment het gebruik van Gaviscon haar klachten beter te doen verdwijnen. Samenvattend wil ik u dringend verzoeken om bij patiënte het gebruik van de Gaviscon te vergoeden. (...)"* De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanvraag afgewezen.
- 4.2. Verzoekster heeft veertig jaar geleden de destijds experimentele ingreep Nissen Funduplicatie ondergaan. Hierbij is - door een medische fout - de overgang van de slokdarm naar de maag te smal uitgevallen, met alle gevolgen van dien. Nadien kreeg verzoekster last van het dumpingsyndroom. Tien jaar later is bij haar een scheur in haar diafragma geconstateerd. Omdat deze scheur niet operabel was, werd zij behandeld met tweemaal daags veertig milligram 'pantoprazol' en dertig milliliter Gaviscon® suspensie na iedere maaltijd. Verzoekster benadrukt dat zij laatstgenoemd middel dringend nodig heeft om de pijn te verzachten en dat zij niet zonder kan. Indien zij de Gaviscon® niet inneemt, loopt haar maaginhoud wanneer zij bukt in haar mond. De ziektekostenverzekeraar moet volgens verzoekster, gelet op het voorgaande, het middel vergoeden, net zoals hij in het verleden heeft gedaan.

4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij vier- tot vijfmaal per dag dertig milliliter Gaviscon® inneemt en dat de kosten hiervan jaarlijks tussen de € 1.000,-- en € 1.200,-- bedragen.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op een geregistreerd geneesmiddel indien dit is opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (verder: GVS). Het GVS bestaat uit bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering (verder: Rzv). De zorgverzekering biedt geen dekking voor zelfzorgmiddelen, tenzij het zelfzorgmiddel is opgenomen in het GVS. Gaviscon® is, gelet op het Farmacotherapeutisch Kompas, een zelfzorgmiddel dat zonder recept verkrijgbaar is en valt onder de reikwijdte van de Warenwet. Aangezien dit middel niet in het GVS is opgenomen, bestaat hierop geen aanspraak op grond van de zorgverzekering.

5.2. Uit het declaratiesysteem van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat hij de kosten van Gaviscon® in ieder geval in de afgelopen twee jaren niet heeft vergoed aan verzoekster. Verder blijkt uit het door verzoekster overgelegde e-mailbericht van de apotheek dat dit middel tot december 2003 verzekerde zorg vormde.

5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

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 A.22. van 'Hoofdstuk A' 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 is gehouden 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.27. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.15. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneesmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

**B.15.1. Geneesmiddelen algemeen**  
**Zorg: waar hebt u recht op?**

De zorg omvat (het verstrekken van en adviseren over) geneesmiddelen die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Daarbij gaat het om bijlage 1 en bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de internetsite van de overheid: [www.wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl). Waar wij het begrip "geneesmiddel(en)" gebruiken, bedoelen wij medicijn(en).

Het Reglement Farmacie is onderdeel van deze voorwaarden. In dit Reglement staan de volgende lijsten:

- Geneesmiddelen van Bijlage 2 Regeling zorgverzekering;
- Lijst met geneesmiddelen die zijn overgeheveld naar het ziekenhuis;

Het Reglement Farmacie en de Lijst Voorkeursgeneesmiddelen kunt u vinden op onze internetsite, of telefonisch bij ons opvragen.

### **B.15.1.a. Geneesmiddelen**

De minister van VWS heeft het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) opgesteld. Dat is een lijst waarop alle geregistreerde geneesmiddelen staan (Bijlage 1) waar u recht op kunt hebben. Soms worden er nadere voorwaarden gesteld ten aanzien van bijvoorbeeld de indicatie (Bijlage 2), zie ook Reglement Farmacie. Bijlagen 1 en 2 vindt u op [www.wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl) in de Regeling zorgverzekering.

In het GVS is geregeld of een geneesmiddel volledig vergoed wordt of dat er een eigen bijdrage voor geldt.

Ook kunt u recht hebben op niet-geregistreerde geneesmiddelen, bijvoorbeeld een apotheekbereiding (magistrale bereiding). Er moet dan sprake zijn van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in de vorm die voor u geschikt is. Uit wetenschappelijk onderzoek moet zijn gebleken dat het middel werkzaam, effectief en het meest economisch is. (zie ook B.15.4)

Voor niet-geregistreerde allergenen (dit zijn middelen die gebruikt worden voor een desensibilisatiekuur, een bepaalde behandeling tegen allergie) gelden aanvullende voorwaarden. Deze staan vermeld in het Reglement Farmacie, artikel 3.4. "Niet-geregistreerde allergenen".

### **Let op!**

- kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Sommige geneesmiddelen worden door de GVS-limiet niet volledig vergoed. Voor het niet vergoede deel betaalt u een eigen bijdrage aan de apotheker. De eigen bijdrage is een extra betaling en telt niet mee voor uw eigen risico.
- De zorg omvat niet:
  1. alternatieve (homeopathische en antroposofische) geneesmiddelen;
  2. geneesmiddelen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland;
  3. geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet in het GVS zit;
  4. zelfzorggeneesmiddelen, voor zover zij volgens de Regeling zorgverzekering ook niet onder uw zorgverzekering vallen;
  5. geneesmiddelen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
  6. geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onder f van de Geneesmiddelenwet;
  7. geneesmiddelen die onder een volksverzekering, overheidsfinanciering of subsidie vallen;
  8. geneesmiddelen waarvoor wij geen voorkeur hebben. De geneesmiddelen die wel onze voorkeur hebben, staan in het Reglement Farmacie op de "Lijst voorkeursgeneesmiddelen". Onder uw zorgverzekering vallen alleen deze voorkeursgeneesmiddelen;
  9. geneesmiddelen die voor andere indicaties gebruikt worden dan vermeld in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering, of als niet aan de extra voorwaarden wordt voldaan. Voor toelichting zie onder "Voorwaarden", "Zorgadvies en akkoordverklaring", "a. Nadere voorwaarden";
  10. verzorgingsproducten en cosmetische producten zoals tandpasta's, zepen, desinfectiemiddelen, shampoos, badoliën, balsems, lotions, haargroeimiddelen en Vichy producten;
  11. bijkomende kosten zoals administratie-, import- en/of verzendkosten;
  12. vitamines en voedingssupplementen;

13. geneesmiddelen waarbij na falen van de (aan een hulp- of verbruiksartikel gerelateerde) toedieningsvorm een beroep gedaan kan worden op fabrieksgarantie of andere tegemoetkomingregelingen;

14. Niet-geregistreerde geneesmiddelen waaronder niet-geregistreerde allergenen. (zie artikel 2.4 Reglement Farmacie)

(...)

### **Voorwaarden**

#### **Voorkeursgeneesmiddelen**

Binnen de groep onderling vervangbare geneesmiddelen, wijzen wij op basis van de laagste prijs één of meerdere middelen aan als voorkeursgeneesmiddel. U hebt dan binnen deze groep alleen recht op dat voorkeursgeneesmiddel. Er is altijd minstens één geneesmiddel met de voorgeschreven werkzame stof, in de gewenste sterkte en toedieningsweg beschikbaar voor u. Zie voor verdere toelichting het Reglement Farmacie, hoofdstuk 2.3. Onze voorkeursgeneesmiddelen staan in het Reglement farmacie op de "Lijst Voorkeursgeneesmiddelen". Wij kunnen deze lijst tussendoor aanpassen. Als wij dit doen plaatsen wij een bericht op onze internetsite.

Voor geneesmiddelen die niet op de Voorkeurslijst staan, vergoeden wij de laagste marktprijs die op dat moment geldt binnen een groep onderling vervangbare geneesmiddelen (wij noemen dit de Laagste Prijs Garantie of Prijspreferentie).

(...)

#### **Zorgadvies en akkoordverklaring**

##### **Nadere voorwaarden**

Voor sommige geneesmiddelen uit het GVS gelden extra voorwaarden. Deze voorwaarden staan in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. (...)

##### **Uit het buitenland ingevoerde, niet in Nederland geregistreerde geneesmiddelen**

Overeenkomstig artikel 2.8 lid 1 onder b van het Besluit zorgverzekering geldt voor deze geneesmiddelen dat de voorschrijver vooraf een akkoordverklaring bij ons moet aanvragen met als voorwaarde dat:

- deze bestemd moeten zijn voor een patiënt die een ziekte heeft die in Nederland niet vaker dan 1:150.000 inwoners voorkomt; en
- er geen behandeling mogelijk is met een in Nederland geregistreerd geneesmiddel of magistrale bereiding; en
- de behandeling, preventie of diagnostiek in een voor u geschikte vorm wordt ingezet; en
- de werkzaamheid en effectiviteit bewezen moeten zijn in wetenschappelijke literatuur; en
- de behandeling het meest economisch is voor u en de zorgverzekering.

(...)

### **B.15.3. Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers**

#### **Zorg: waar hebt u recht op?**

De zorg omvat onderstaande geneesmiddelen bij chronisch gebruik. Verschillende van deze geneesmiddelen zijn ook zonder recept verkrijgbaar:

##### **Zelfzorggeneesmiddelen**

Dit zijn geneesmiddelen die behoren tot één van de volgende groepen:

- laxeremiddelen;
- kalktabletten;
- geneesmiddelen bij allergie;
- geneesmiddelen tegen diarree;
- geneesmiddelen om de maag leeg te maken;
- kunsttranen;

##### **Maagzuurremmers**

Het gaat om maagzuurremmers inclusief geneesmiddelen waarin een maagzuurremmer is verwerkt.

#### **Let op!**

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- De zorg omvat niet de (zelfzorg)geneesmiddelen en maagzuurremmers die u tijdens de eerste 15 dagen gebruikt.

### **Voorwaarden**

**Algemeen**

- Bij (zelfzorg)geneesmiddelen gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.15.1.;

- Het (zelfzorg)geneesmiddel en de maagzuurremmer is opgenomen in bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering en in de G-standaard van de Z-index (het landelijke geneesmiddelenbestand);

- U moet het (zelfzorg)geneesmiddel langer dan 6 maanden gaan gebruiken om een chronische ziekte te behandelen. De voorschrijver geeft op het recept aan dat hij het middel voorschrijft voor chronisch gebruik.  
(...)"

8.4. Artikel B.15. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering is volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. 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.

8.7. Artikel D.7. van 'Hoofdstuk D' van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

**"D.7.2. Alternatieve geneesmiddelen**

(...)

**Zorg: waar hebt u recht op?**

*Wij vergoeden antroposofische en homeopathische geneesmiddelen en producten. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.*

**Let op!**

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

- Zelfzorggeneesmiddelen die volgens de Regeling zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen, vergoeden wij ook niet als alternatief geneesmiddel. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de internetsite van de overheid: [www.overheid.nl](http://www.overheid.nl).

(...)

### **Voorwaarden**

*In artikel B.15.1. staan de algemene voorwaarden zoals die gelden voor uw recht op geneesmiddelen op grond van de zorgverzekering. Deze gelden ook voor dit artikel D.7.2. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.*

### **Algemeen**

*- De geneesmiddelen en producten zijn volgens de Geneesmiddelenwet geregistreerd als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen;*

*- De geneesmiddelen en producten zijn opgenomen in de G-Standaard van de Z-Index.*

*(...)"*

## 9. Beoordeling van het geschil

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

9.1. De vraag die moet worden beantwoord, is of het middel Gaviscon® suspensie 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 Volksgezondheid, Welzijn en Sport is aangewezen. Geregistreerde niet-onderling vervangbare geneesmiddelen komen in beginsel voor vergoeding in aanmerking, na aanwijzing door de minister. 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. Hierbij geldt als eis dat het dient te gaan om rationele farmacotherapie.

9.2. De commissie stelt vast dat zowel Gaviscon® Pepermunt Suspensie als Gaviscon® Anijs Suspensie een geregistreerd geneesmiddel betreft, dat evenwel niet door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is aangewezen. Derhalve bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van deze middelen, ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen verzoekster overigens heeft gesteld, met name dat Gaviscon® suspensie het enige middel is dat haar klachten kan verhelpen en dat de ziektekostenverzekeraar dit middel in het verleden aan haar heeft vergoed, kan niet leiden tot een ander oordeel. Bij dat laatste tekent de commissie nog aan dat verzoekster zelf heeft verklaard dat de ziektekostenverzekeraar de Gaviscon® niet meer vergoedt sinds deze zorg buiten de dekking van de zorgverzekering is gebracht, dat wil zeggen: vanaf december 2003, althans volgens de verklaring van de apotheek. Gezien het tijdsverloop kan niet worden gesproken van gewekte verwachtingen die nog zouden moeten worden gehonoreerd.

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

9.3. Op grond van artikel D.7.2.9. van 'Hoofdstuk D' van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op geneesmiddelen die ingevolge de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen dan wel geneesmiddelen die zijn opgenomen in de G-standaard van de Z-index. Hiervan uitgezonderd zijn zelfzorggeneesmiddelen die op basis van de Rzv niet voor vergoeding in aanmerking komen. Gaviscon® vormt, gelet op het advies van het Zorginstituut van 4 juli 2018, een zelfzorgmiddel, dat, zoals in 9.2. is vastgesteld, niet voorkomt op bijlage 1 Rzv. Daarom bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de Gaviscon® suspensie op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.

### **Conclusie**

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





10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 oktober 2018,



G.R.J. de Groot

