

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D  
Zaak : Geneesmiddelenzorg, Lacrisert® oogstaafjes, preferentiebeleid  
Zaaknummer : 2013.00103  
Zittingsdatum : 30 oktober 2013

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 2011-2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Zorgzaam (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Zorgzaam Ster 4 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van Lacrisert® oogstaafjes (hierna: de aanspraak). Van de nota van 4 maart 2011, ten bedrage van € 811,50, is € 91,93 aan verzoekster vergoed ten laste van de zorgverzekering, en € 75,91 ten laste van het verplicht eigen risico gebracht. Van de nota van 12 mei 2011, ten bedrage van € 1.075,--, is € 377,39 aan verzoekster vergoed ten laste van de zorgverzekering en € 500,-- ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Van de nota van 26 januari 2012, ten bedrage van € 1.600,--, is € 17,20 aan verzoekster vergoed ten laste van de zorgverzekering en € 500,-- ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, en er is € 206,83 ten laste van het verplicht eigen risico gebracht. Ter zake van de nota van 18 september 2012, ten bedrage van € 2.165,10, is geen enkele vergoeding toegekend.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brief van 4 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissingen 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 20 juni 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzeke-

ring 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 2 augustus 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 augustus 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 augustus 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 oktober 2013 telefonisch medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 3 september 2013 aanvullende informatie gezonden. Een afschriften van deze brief is aan de wederpartij en het CVZ gezonden.
- 3.9. Bij brief van 23 augustus 2013 heeft de commissie het College voor Zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 26 september 2013 (zaaknummer 2013098521) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat Lacrisert® oogstaafjes geen verzekerde zorg zijn; deze zijn niet aangewezen door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Verzoekster komt geen beroep toe op artikel 2.8 lid 1 sub 3 Bzv, aangezien zij geen zeldzame aandoening heeft. Aan de beoordeling of sprake is van rationele farmacotherapie wordt zodoende niet toegekomen.  
Een afschrift van het CVZ-advies is op 2 oktober 2013 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 7 oktober 2013 gereageerd op het CVZ-advies. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden gelegenheid geen gebruik gemaakt.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend oogarts heeft ter zake van verzoekster het volgende verklaard:  
*"[Verzoekster] is vanaf november 1995 onder behandeling wegens een zeer ernstige vorm van keratitis sicca tot keratitis filamentosa. (...) Met name de Lacrisert staafjes kunnen niet gemist worden om de uitdrogingsverschijnselen van de corneae te voorkomen. (...)"*.
- 4.2. In verband met haar aandoening zijn Lacrisert® oogstaafjes medisch noodzakelijk voor verzoekster. Vanaf het moment waarop het voor het eerst werd voorgeschreven, werd dit geneesmiddel vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Vanaf 2011 werd de vergoeding ineens afgewezen. Hierdoor moet verzoekster de kosten nu grotendeels zelf voldoen, hetgeen een te grote financiële belasting is. Deze kosten bedragen per jaar gemiddeld € 4.000,-- tot € 5.000,--.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster medegedeeld dat indien zij vanwege een medische noodzaak niet met een preferent geneesmiddel kan worden behandeld, het andere (duurdere) geneesmiddel volledig wordt vergoed. De kosten van het geneesmiddel komen dan wel ten laste van het eigen risico. Verzoekster voert aan dat de Lacrisert® oogstaafjes in haar geval doelmatig zijn. Gebruik van andere – vergelijkbare – geneesmiddelen hebben geen effect of richten zelfs schade aan. Via het CVZ heeft verzoekster de informatie ontvangen, dat Lacrisert® oogstaafjes tot 1 december 2012 worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar is hiertoe echter niet over gegaan. Verzoekster stelt te twifelen aan de zorgvuldigheid van de ziektekostenverzekeraar. De vergoeding voor de Lacrisert® oogstaafjes dient met terugwerkende kracht tot 1 januari 2011 te worden toegekend.
- 4.4. Voorts bestrijdt verzoekster het CVZ-advies. Er is wel degelijk sprake van een zeer ernstige en zeldzame aandoening. Dit is verklaard door diverse oogartsen.
- 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. Ingevolge artikel 4.14 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van (i) op basis van de Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen, (ii) een ander bij de Regeling zorgverzekering geregistreerd geneesmiddel dan het door de ziektekostenverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is, (iii) andere geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet, op voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft, en (iv) polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen uit het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (hierna: GVS). Deze vergoeding bedraagt maximaal € 500,- per kalenderjaar (artikel 9.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 5.2. Volgens het CVZ zijn Lacrisert® oogstaafjes met ingang van 1 december 2012 geen geregistreerd geneesmiddel (meer). Vanaf deze datum is dit geneesmiddel niet meer opgenomen in het GVS, waardoor er geen vergoeding ten laste van de zorgverzekering mogelijk is. De ziektekostenverzekeraar is gehouden conform de geldende wet- en regelgeving te handelen.
- 5.3. Tot 1 december 2012 zijn de Lacrisert® oogstaafjes vergoed ten laste van de zorgverzekering. De (hoge) eigen bijdrage is zowel in 2011 als in 2012 tot maximaal € 500,- aan verzoekster vergoed, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.4. Vanuit het preferentiebeleid worden alleen in Nederland geregistreerde geneesmiddelen vergoed uit medische noodzaak. Dit geldt ook voor het vervangend geneesmiddel dat door een behandelend arts is voorgeschreven. De Lacrisert® oogstaafjes worden daarom niet met terugwerkende kracht volledig vergoed. De verzekeringsvoorwaarden worden strikt gevolgd, zodat er gelijkheid voor alle verzekerden bestaat. Voor verzoekster wordt geen uitzondering gemaakt.

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 5.3 van de zorgverzekering (2011-2012) en artikel 4.3 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2011-2012) 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 volledig 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 gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 4.1 tot en met 4.22 van de zorgverzekering. Artikel 4.14 van de zorgverzekering (2011-2012) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

*“4.14.1 Farmaceutische zorg omvat advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen en de aanspraak op het ter hand stellen van:*

- a. de door de zorgverzekeraar op basis van de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;*
- b. een ander bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerd geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover: behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is;*
- c. andere geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet, op voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft, zoals omschreven in artikel 2.8., eerste lid, onder b van het Besluit zorgverzekering;*

*(...)*

*4.14.2 De genoemde aanspraak bestaat op het ter hand stellen van die geneesmiddelen, die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en die als zodanig tevens zijn aangewezen door de zorgverzekeraar. Een en ander is nader uitgewerkt in het Reglement farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar dat onderdeel uitmaakt van deze polis (...)*

*De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig, dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen ten minste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Deze geneesmiddelen zijn terug te vinden in de lijst Preferente Geneesmiddelen, die deel uitmaakt van het door de zorgverzekeraar opgestelde Reglement farmaceutische zorg, bijlage B. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde*

*aanspraak op een ander in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.*

*Tenzij de zorgverzekeraar nadere afspraken heeft gemaakt met de zorgaanbieder, dienen de onder artikel 4.14.1 genoemde middelen ter hand te worden gesteld op voorschrift van een huisarts, dan wel een arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige. Aflevering geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker/apotheekhoudend huisarts.*

*(...)*

*Eigen bijdrage*

*Voor sommige geneesmiddelen is een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.*

*(...)*

- 8.3. Artikel 4.14 van de zorgverzekering (2011-2012) en het Reglement farmaceutische zorg [naam ziektekostenverzekeraar] 2011 en 2012 zijn volgens artikel 2.2 van de zorgverzekering (2011-2012) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 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. 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.
- 8.6. Artikel 9.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2011-2012) regelt de aanspraak op farmaceutische zorg. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

*“9.1 Eigen bijdrage geneesmiddelen*

*Vergoeding van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen overeenkomstig het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).*

*Vergoeding:*

*(...)*

*[naam aanvullende ziektekostenverzekering] maximaal € 500 per kalenderjaar*

*(...)*

## 9. Beoordeling van het geschil

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

- 9.1. De vraag die moet worden beantwoord, is of Lacrisert® oogstaafjes een – al dan niet onderling vervangbaar – geregistreerd geneesmiddel zijn dat door de Minister van VWS bij ministeriële regeling is aangewezen. Indien dit niet het geval is, dient te worden nagegaan of het gaat om een niet-geregistreerd geneesmiddel dat op grond van de Geneesmiddelenwet in Nederland mag worden afgeleverd. Een dergelijk geneesmiddel komt slechts voor vergoeding in aanmerking indien het betreft:
- een zogenoemde “orphan drug”; een geneesmiddel voor een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
  - een apotheekbereiding of magistrale receptuur.
- Hierbij geldt dat sprake moet zijn van rationale farmacotherapie.
- 9.2. Lacrisert® oogstaafjes waren tot 1 december 2012 een geregistreerd geneesmiddel dat door de Minister van VWS bij ministeriële regeling was aangewezen. Met ingang van 1 december 2012 is het geneesmiddel niet langer opgenomen in Bijlage 1 Rzv, onderdeel A (Lijst van geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet is vastgesteld).
- 9.3. Het voorgaande betekent dat de Lacrisert® oogstaafjes in ieder geval tot 1 december 2012 voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking kwamen. Hiertoe is de ziektekostenverzekeraar ook overgegaan, met inachtneming van de toepasselijke vergoedingslimiet. Voorts is het verplicht eigen risico verrekend, voor zover dit nog niet was volgemaakt.
- 9.4. Waar het gaat om de hoogte van de vergoeding, zoals deze tot 1 december 2012 is verleend ten laste van de zorgverzekering, is door verzoekster gesteld dat de kosten volledig moeten worden vergoed vanwege het bestaan van een medische noodzaak voor het gebruik van de Lacrisert® oogstaafjes. De commissie overweegt dat door de ziektekostenverzekeraar op dit punt geen preferentiebeleid is gevoerd. Dat de kosten grotendeels voor rekening van verzoekster zijn gebleven, is niet een gevolg van de aanwijzing van een goedkoper middel binnen het cluster door de ziektekostenverzekeraar, maar van het feit dat door de minister voor het betreffende cluster een vergoedingslimiet is bepaald die veel lager is dan de prijs van de oogstaafjes. Het beroep op de uitzondering op het preferentiebeleid kan verzoekster daarom niet baten.
- 9.5. Ná 1 december 2012 is onderhavig geneesmiddel niet langer geregistreerd en aangewezen. Aanspraak op vergoeding van niet-geregistreerde geneesmiddelen bestaat alleen in de twee onder 9.1 genoemde gevallen, waarbij tevens sprake moet zijn van rationale farmacotherapie. Gelet op het CVZ-advies van 26 september 2013 komt verzoekster geen beroep toe op artikel 2.8 lid 1 sub 3 Bzv, aangezien zij geen zeldzame aandoening heeft. Aan de beoordeling of sprake is van rationale farmacotherapie wordt zodoende niet toegekomen.

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

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen overeenkomstig het GVS. Uit het vergoedingenoverzicht van 30 mei 2012 blijkt dat de ziektekostenverzekeraar voor zowel het jaar 2011 als 2012 is overgegaan tot betaling van € 500,- aan verzoekster. Dit is overeenkomstig artikel 9.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2011-2012). Van een hogere vergoeding kan geen sprake zijn.

### **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, 30 oktober 2013,

Voorzitter