



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij Stad
Holland Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
Zaak : Farmaceutische zorg, medicinale cannabis, vertrouwensbeginsel, eigen risico
Zaaknummer : 201700542
Zittingsdatum : 22 november 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.1, 2.8, 2.17 en 2.18 Bzv, 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij Stad Holland Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna 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 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 AV Zorg Riant 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 (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft van de ziektekostenverzekeraar tweemaal een machtiging gekregen voor medicinale cannabis (hierna: de aanspraak). Op grond hiervan zijn de kosten van medicinale cannabis vanaf 8 april 2015 aan verzoeker vergoed. Bij brief van 13 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de betreffende kosten ná 7 april 2017 niet meer worden vergoed.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 24 januari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 10 april 2017 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is hierbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

3.4. Bij brief van 13 april 2017 heeft verzoeker 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 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 brief van 18 juli 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 juli 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 27 juli 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 18 oktober 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017033667) de commissie medegedeeld (nog) geen inhoudelijk advies te kunnen uitbrengen. Op verzoek van de minister van VWS is het Zorginstituut bezig met het uitvoeren van een veldverkenning, om te toetsen of recente wetenschappelijke publicaties aanleiding kunnen geven tot een herbeoordeling van medicinale cannabis. Naar verwachting zal het Zorginstituut hiervan eind december 2017 verslag doen. Indien uit deze verkenning blijkt dat er voldoende aanwijzingen zijn voor de veiligheid en werkzaamheid/effectiviteit van medicinale cannabis, zal het Zorginstituut begin 2018 één of meer officiële herbeoordelingen doen van de combinatie van mogelijk effectieve indicaties en toedieningsvormen. Een afschrift van deze brief is op 20 oktober 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 november 2017 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het stuk van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 24 november 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 21 december 2017 aan de commissie zijn advies uitgebracht. Het Zorginstituut adviseert de commissie de aanvraag af te wijzen. Medicinale cannabis is geen geregistreerd geneesmiddel. Een niet-geregistreerd geneesmiddel kan ten laste van de zorgverzekering worden vergoed indien dit is aan te merken als rationele farmacotherapie. Dit is het geval als het gaat om een behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering. Het Zorginstituut heeft in 2003 het standpunt ingenomen dat medicinale cannabis voor geen enkele indicatie rationele farmacotherapie betreft. Dit standpunt is begin 2016 herbevestigd. Op verzoek van de Minister van VWS heeft het Zorginstituut in de tweede helft van 2017 gekeken of onderzoeken of recente wetenschappelijke publicaties aanleiding geven tot een herbeoordeling ten aanzien van medicinale cannabis. Na onderzoek heeft het Zorginstituut vastgesteld dat sprake is van belangrijke tekortkomingen in de bewijskracht van de gepubliceerde studies. De bewijskracht voor de effectiviteit van cannabis bij verschillende ziektebeelden (zoals misselijkheid en duizeligheid door chemotherapie, chronische pijn en slaapstoornissen) is gemiddeld laag. Dit heeft tot de recente conclusie van het Zorginstituut geleid dat er geen aanleiding bestaat voor een integrale herbeoordeling van medicinale cannabis en dat het eerdere advies (uit 2003) geen herziening behoeft. Vergoeding van medicinale cannabis vanuit het basispakket blijft hierdoor (nog steeds) niet mogelijk. Een afschrift van dit advies is op 22 december 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeventien dagen op het stuk te reageren. Verzoeker heeft op 4 januari 2018 van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is al ruim twintig jaar onder behandeling vanwege pijnklachten. De behandelend anaesthesist heeft op 8 april 2015 ten behoeve van verzoeker een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor vergoeding van medicinale cannabis. Deze aanvraag is als volgt onderbouwd: *"Meneer heeft een zogenaamde prostaat pijn met uitstraling in zijn linker lies.*

Het lijkt een neuropathische component te hebben, die eigenlijk niet reageert op alle reguliere behandelingsmethoden. Ik heb inmiddels een therapeutische injectie geprobeerd bij wortel L5 en S1 links, maar tevens een therapeutische injectie bij de n.genitofemoralis links. Allen zonder resultaat. Medicamenteus hebben alle middelen ook al de revue gepasseerd, ook zonder effectief te zijn. Het laatste dat ik nog wil proberen is om meneer op medicinale cannabis in te stellen waarbij hij dit middels een vernevelings- of wel een verdampingssysteem toegediend zou moeten krijgen." De ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding hiervan op 21 april 2015 een machtiging verleend voor medicinale cannabis voor de periode van 8 april 2015 tot en met 7 april 2016. In 2016 is deze machtiging voor de duur van één jaar verlengd.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 december 2016 aan verzoeker medegedeeld dat geen nieuwe machtiging zal worden verleend voor de medicinale cannabis. Dit betekent dat deze kosten ná 7 april 2017 niet meer worden vergoed. De reden die de ziektekostenverzekeraar hiervoor geeft, is dat medicinale cannabis niet is opgenomen in bijlage 1 Rzv. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft het Zorginstituut in 2016 beoordeeld dat medicinale cannabis geen rationele farmacotherapie is, omdat niet wetenschappelijk is bewezen dat de werking doeltreffend is. Verzoeker merkt op dat het standpunt van het Zorginstituut sinds 2003 niet is gewijzigd. In de brief van de Minister van VWS, waarnaar de ziektekostenverzekeraar in dit verband verwijst, wordt bevestigd dat het standpunt uit 2003 wordt gehandhaafd. In feite is dus geen sprake van een inhoudelijke wijziging ter zake van de vergoeding van medicinale cannabis. Toch ziet de ziektekostenverzekeraar hierin aanleiding om de kosten van dit middel niet meer te vergoeden.
- 4.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar mag hij de medicinale cannabis niet vergoeden. Dit is echter niet correct. Enerzijds heeft de Minister in zijn brief van 15 december 2016 gesteld dat medicinale cannabis niet valt onder de aanspraken op grond van de Zvw, anderzijds geeft hij echter aan dat een zorgverzekeraar zelf kan bepalen of hij medicinale cannabis opneemt in zijn aanvullend pakket of uit eigen middelen aanbiedt aan zijn verzekerden. De ziektekostenverzekeraar heeft dus de volledige vrijheid om dit medicijn aan verzoeker te vergoeden.
- 4.4. Verzoeker heeft veel baat bij het gebruik van medicinale cannabis. Dit geldt overigens voor 75 percent van de patiënten die vanwege hun ziekte medicinale cannabis voorgeschreven krijgen en wordt bevestigd door het Bureau Medicinale Cannabis (hierna: BMC). Dit overheidsorgaan vermeldt op haar website dat er voldoende gegevens beschikbaar zijn die aantonen dat medicinale cannabis werkzaam kan zijn bij bijvoorbeeld langdurige pijn van neurogene aard. Van het laatste is bij verzoeker sprake. Overigens vermeldt deze instantie nog veel meer aandoeningen waarbij cannabis therapeutisch kan werken. Dat medicinale cannabis bij neuropathie een zeer positief effect kan hebben, wordt ondersteund door de literatuur, bijvoorbeeld het overzichtsartikel uit de "Journal of the American Medical Association" (JAMA) June 23/30, 2015 Volume 313, Number 24. Er zijn tot op heden geen publicaties verschenen waaruit blijkt dat medicinale cannabis in situaties zoals die van verzoeker minder of geen effect zou hebben op de klachten. Verzoeker mocht er dan ook op vertrouwen dat de zorgverzekeraar het vergoeden van dit medicijn zou continueren. In feite schendt de ziektekostenverzekeraar hier het vertrouwensbeginsel.
- 4.5. Verzoeker heeft vanaf de eerste verstrekking van de medicinale cannabis het eigen risico moeten betalen over iedere levering, terwijl het Zorginstituut heeft gesteld dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van dit middel ten laste van de zorgverzekering. In feite zou daarom het eigen risico hierop niet van toepassing mogen zijn. Verzoeker heeft, daarnaar gevraagd, op dit punt geen duidelijkheid gekregen van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.6. Daarnaast is het niet meer dan redelijk en billijk dat de vergoeding van het middel wordt voortgezet, aangezien in de situatie van verzoeker geen aantoonbare veranderingen zijn opgetreden, het middel bij hem een aantoonbaar positief resultaat heeft en over het middel veel positieve publicaties zijn verschenen. Indien een verzekerde op grond van de wettelijk geregelde zorgverzekeringsovereenkomst aanspraak maakt op de verstrekking of vergoeding van een geneesmiddel, terwijl niet is

voldaan aan de daarvoor krachtens de zorgverzekeringsovereenkomst geldende voorwaarden, is het onderscheid tussen de aanvullende respectievelijk beperkende werking van de redelijkheid en de billijkheid moeilijk te maken. Vanuit de aanvullende werking van redelijkheid en billijkheid geredeneerd, kan worden geoordeeld dat deze meebrengt dat het geneesmiddel aan de verzekerde moet worden verstrekt of vergoed, ook al bestaat op grond van de zorgverzekering hierop geen aanspraak.

Uit hoofde van de beperkende werking van de redelijkheid en billijkheid kan de redenering luiden dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is de voorwaarde aan de verzekerde tegen te werpen. Het is immers redelijk noch billijk de al jaren bestaande vergoeding van medicinale cannabis stop te zetten als in de betreffende wet- en regelgeving niets is gewijzigd en de omstandigheden van verzoeker gelijk zijn gebleven.

- 4.7. Verzoeker meent dat de ziektekostenverzekeraar in de onderhavige situatie reeds dertien jaar bestaande informatie misbruikt door deze te presenteren als nieuwe, gewijzigde informatie waaruit zou blijken dat cannabis niet meer voor vergoeding in aanmerking komt. Zonder enige nadere onderbouwing is aan verzoeker vergoeding geweigerd voor een middel dat bij hem een aantoonbaar positief effect heeft. Het gebruik is door de behandelend medisch specialist aan verzoeker geadviseerd en de kosten zijn de afgelopen twee jaar door de ziektekostenverzekeraar vergoed. In zoverre kent de afwijzende beslissing een motiveringsgebrek. Een zorgverzekeraar heeft een zekere mate van beleidsvrijheid, maar het is als zeer misplaatst en onzorgvuldig te beschouwen als een therapeutisch bewezen werkzaam middel bij een patiënt zonder meer wordt gestopt, zonder enige nadere motivering van de betreffende beslissing.
- 4.8. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij sinds april 2017 illegale cannabis gebruikt. De reguliere cannabisolie, die hij eerst gebruikte, kan hij niet betalen, omdat deze een stuk duurder is. Verzoeker merkt op dat uit de brief van het Zorginstituut van 18 oktober 2017 blijkt dat er een nader onderzoek wordt uitgevoerd. Het is van belang te weten wat hieruit komt. Verzoeker deelt verder mede dat hij destijds een brief heeft gehad, waarin staat dat de ziektekostenverzekeraar uit eigen onderzoek is gebleken dat medicinale cannabis werkt. Na het advies van het Zorginstituut is de ziektekostenverzekeraar 180 graden gedraaid. Naar nu blijkt is er helemaal geen eigen onderzoek van de ziektekostenverzekeraar geweest, maar is gerefereerd aan de criteria van het BMC.
- 4.9. Verzoeker heeft bij brief van 4 januari 2018 gereageerd op het advies van het Zorginstituut. Hij stelt dat het Zorginstituut niet heeft vermeld welke wetenschappelijke literatuur en welke internationale rapporten zijn gebruikt voor de beoordeling. Het advies is dus niet goed gemotiveerd. Dit is voor verzoeker wel van belang in verband met eventueel te starten nieuwe procedures. Verzoeker vraagt de commissie zich ervoor in te spannen dat hij een overzicht ontvangt van de geraadpleegde literatuur en onderzoeken. Daarnaast verbaast het verzoeker dat het Zorginstituut in zijn advies niet heeft betrokken dat niet alleen de aan hem verleende machtiging voor de medicinale cannabis is ingetrokken, maar ook de machtigingen van nog 144 andere verzekerden. Verzoeker acht het van groot belang dat dit eveneens wordt betrokken in de besluitvorming.
- 4.10. Verzoeker 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 geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 1 Rzv. Medicinale cannabis is hierin niet opgenomen. Onder bepaalde omstandigheden kunnen niet-geregistreerde geneesmiddelen die magistraal zijn bereid door de apotheek of zijn geïmporteerd vanuit het buitenland toch voor vergoeding in aanmerking komen. Dit is alleen het geval, indien sprake is van zogenoemde rationele farmacotherapie. Een geneesmiddel behoort hiertoe, indien de werkzaamheid/effectiviteit ervan blijkt uit wetenschappelijke literatuur.

- 5.2. In 2003 heeft het Zorginstituut het standpunt ingenomen dat medicinale cannabis niet als rationele farmacotherapie kan worden beschouwd. Desondanks heeft de ziektekostenverzekeraar in het verleden ervoor gekozen bij bepaalde indicaties de medicinale cannabis als verstrekking ten laste van de zorgverzekering te vergoeden. Zo ook bij verzoeker. De grondslag voor deze vergoeding was het standpunt van het BMC. Het BMC is als overheidsinstelling, onderdeel van het Ministerie van VWS, verantwoordelijk voor de productie van cannabis voor medicinale en wetenschappelijke doeleinden. Het BMC levert legale medicinale cannabis aan apothekers en onderzoeksinstituten, zoals ziekenhuizen en universiteiten. Op de website van het BMC staat ook vermeld bij welke indicaties sprake is van rationele farmacotherapie. Volgens het BMC zijn voldoende wetenschappelijke gegevens beschikbaar die aantonen dat cannabis werkt bij:
- pijn, spierkrampen en spiertrekkingen bij multiple sclerose (MS) of ruggenmergschade;
 - misselijkheid, verminderde eetlust, vermagering en verzwakking bij kanker en aids;
 - misselijkheid en braken als gevolg van medicatie of bestraling bij kanker, hivinfectie en aids;
 - langdurige pijn van neurogene aard (oorzaak zit in het zenuwstelsel) bijvoorbeeld door beschadiging van een zenuwbaan, fantoompijn, aangezichtspijn of chronische pijn die blijft bestaan na het genezen van gordelroos;
 - tics bij het syndroom van Gilles de la Tourette;
 - therapieresistent glaucoom.
- Op basis van het bovenstaande heeft de ziektekostenverzekeraar destijds ten behoeve van een aantal verzekerden, bij wie sprake was van één van de bovenvermelde indicaties, tijdelijke machtigingen afgegeven voor medicinale cannabis. In 2016 heeft het Zorginstituut een herbeoordeling van de wetenschappelijke publicaties uitgevoerd. Hierbij heeft het Zorginstituut zich onder meer gebaseerd op een in het 'Journal of the American Medical Association' gepubliceerd onderzoek. De conclusie van het onderzoek was dat een matig bewijs bestaat voor de werking van cannabis bij MS en chronische pijn; voor andere toepassingen was onvoldoende bewijs dat sprake was van enig effect. Omdat het wetenschappelijk bewijs voor de werking van medicinale cannabis niet wezenlijk was verbeterd, heeft het Zorginstituut zijn standpunt uit 2003 bevestigd. Op basis hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de afgegeven machtigingen voor medicinale cannabis vanaf 1 januari 2017 niet meer te verlengen.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van de medicinale cannabis vanaf april 2015 aan verzoeker vergoed. Hiertoe is op 21 april 2015 een machtiging afgegeven voor één jaar. Op 29 februari 2016 is de machtiging met één jaar verlengd tot 7 april 2017. Per 7 april 2017 is de vergoeding voor medicinale cannabis beëindigd. De verleende machtigingen hadden een beperkte looptijd. Dit betekent dat tegen het einde van de looptijd een nieuw beoordelingsmoment ontstond. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 13 december 2016 geïnformeerd over zijn beslissing de machtiging voor medicinale cannabis niet meer te verlengen.
- 5.4. De medicinale cannabis is in voorgaande jaren als zijnde rationele farmacotherapie aan verzoeker vergoed ten laste van de zorgverzekering. Daarom zijn de toegekende vergoedingen in die jaren verrekend met het nog openstaande eigen risico.
- 5.5. Of een uitzondering kan worden gemaakt, wordt door de ziektekostenverzekeraar beoordeeld aan de hand van de redelijkheid en billijkheid zoals bedoeld in artikel 6:2 BW. Alleen in zeer uitzonderlijke situaties mag de ziektekostenverzekeraar op grond van de redelijkheid en billijkheid afwijken van de wet- en regelgeving. In het onderhavige geval is geen sprake van een zodanig uitzonderlijke situatie dat hiertoe aanleiding bestaat. Hierbij is onder meer overwogen dat het Zorginstituut zeer recent nog heeft bevestigd dat er geen wetenschappelijke onderbouwing is voor het gebruik van medicinale cannabis, de Minister van VWS heeft bevestigd dat vergoeding ten laste van de zorgverzekering niet mogelijk is, en de kosten van het gebruik van het middel niet zodanig hoog zijn dat verzoeker deze niet kan dragen.

- 5.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen aanspraak op vergoeding van medicinale cannabis.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat destijds door hem een beleid is ontwikkeld dat inhield dat indien werd voldaan aan de indicatiecriteria van het BMC een vergoeding kon plaatsvinden. Om die reden heeft verzoeker in het verleden een vergoeding gekregen. De ziektekostenverzekeraar had van het BMC (een overheidsinstantie) begrepen dat medicinale cannabis als rationele farmacotherapie kon worden beschouwd. Verzekerden die voldeden aan de criteria van het BMC kregen daarom een machtiging. Naar aanleiding van het standpunt van het Zorginstituut uit 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn beleid aangepast. De ziektekostenverzekeraar heeft de eerder afgegeven machtigingen gerespecteerd en tot het einde van de gemachtigde termijn vergoeding verleend. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij geen overgangsregeling gehanteerd. Evenmin is een coulanceregeling opgesteld, omdat een groot deel van de zeventig personen die aan de criteria voldeden min of meer dezelfde omstandigheden verkeert. De ziektekostenverzekeraar bevestigt dat met het eigen onderzoek indertijd is gedoeld op de criteria zoals gehanteerd door het BMC.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 14 van de zorgverzekering en 13 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 verzoeker aanspraak heeft op medicinale cannabis, 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 15 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 34 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Inleiding

Wij onderscheiden:

- a. farmaceutische zorg (zie lid 3 van dit artikel);*
- b. geneesmiddelen (zie lid 4 tot en met 8 van dit artikel).*

Geneesmiddelen zijn onderverdeeld in:

- a. geregistreerde geneesmiddelen behalve zelfzorggeneesmiddelen (zie lid 4 van dit artikel);*
- b. zelfzorggeneesmiddelen (zie lid 5 van dit artikel);*
- c. geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt (zie lid 6 van dit artikel);*
- d. andere niet (in Nederland) geregistreerde geneesmiddelen (zie lid 7 van dit artikel);*
- e. dieetpreparaten (zie lid 8 van dit artikel).*

lid 2 Algemene informatie

lid 2.1 Reglement Farmacie

Wij hanteren voor de nadere voorwaarden met betrekking tot de toegang tot farmaceutische zorg een Reglement Farmacie. Het Reglement maakt deel uit van deze polisvoorwaarden. Voor meer informatie zie www.stadholland.nl.

lid 2.2 Geneesmiddelen Vergoedingensysteem (GVS)

De overheid heeft bepaald welke geneesmiddelen onder welke voorwaarden en bij welke medische indicatie voor vergoeding in aanmerking komen. Het GVS regelt de vergoeding van geregistreerde geneesmiddelen. Op deze lijst zijn alle geneesmiddelen geplaatst die zorgverzekeraars kunnen vergoeden. Deze lijst wordt Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemd.

Het GVS is zodanig opgesteld dat voor alle verzekerden geschikte geneesmiddelen beschikbaar zijn zonder dat zij hiervoor zouden moeten bijbetalen. Voor sommige geneesmiddelen in het GVS geldt een eigen bijdrage (zie lid 2.3 van dit artikel). Daarnaast kennen sommige geneesmiddelen extra voorwaarden (zie lid 2.4 van dit artikel).

(...)

lid 7 Andere niet (in Nederland) geregistreerde geneesmiddelen

lid 7.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden:

a. geneesmiddelen die niet in Nederland beschikbaar zijn, maar wel in een ander land en die op verzoek van een arts binnen Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt (van die arts) én die een ziekte heeft, die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;

b. geneesmiddelen die in de handel worden gebracht naar aanleiding van een bestelling bij de apotheek op initiatief van een arts, die volgens zijn specificaties in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1 lid 1 onder mm van de Geneesmiddelenwet en die bestemd zijn voor gebruik door individuele patiënten van die arts onder zijn toezicht.

lid 7.2 Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om rationele farmacotherapie.

(...)"

- 8.4. In het Reglement Farmacie 2017 van de ziektekostenverzekeraar is voor zover hier van belang het volgende bepaald:

"(...)

3. Toestemming

Waar toestemming van Stad Holland Zorgverzekeraar wordt vereist, geldt de volgende procedure:

a. het schriftelijk verzoek om toestemming moet tijdig en vooraf door of namens de verzekerde worden ingediend;

b. het verzoek om toestemming gaat vergezeld van een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de behandelend arts;

c. Stad Holland Zorgverzekeraar bepaalt voor welke termijn de verleende toestemming geldt.

(...)

6.4 Andere geneesmiddelen, mits het rationele farmacotherapie betreft

Dit betreft niet-geregistreerde geneesmiddelen (waarvoor geen handelsvergunning is verleend), die op grond van de Geneesmiddelenwet mogen worden verhandeld en aan de patiënt ter hand mogen worden gesteld voor zover het gaat om:

a. apotheekbereidingen, zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onderdeel a Geneesmiddelenwet;

b. geneesmiddelen, zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onderdeel c Geneesmiddelenwet. Het gaat hierbij om twee categorieën. De eerste categorie betreft niet-geregistreerde geneesmiddelen (die dus niet in Nederland in de handel zijn) waaraan wel een medische behoefte bestaat, indien er geen adequaat alternatief voorhanden is. Deze geneesmiddelen worden daarom door een fabrikant in Nederland speciaal gemaakt voor de betrokken patiënten op een gespecificeerd verzoek van hun arts, na toestemming van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

De tweede categorie betreft geneesmiddelen die in Nederland niet in de handel zijn, maar wel in een ander land. De reden daarvan is meestal dat het om patiënten met een zeldzame ziekte gaat, van wie er in Nederland te weinig zijn om het desbetreffende geneesmiddel op een rendabele manier op de markt te brengen in Nederland. Ten behoeve van deze patiënten is het toegestaan dat een dergelijk geneesmiddel op een gespecificeerd verzoek van hun arts uit een andere lidstaat wordt betrokken dan wel uit een derde land wordt ingevoerd. Het gaat hier om een ziekte waaraan in Nederland niet meer dan 1 op de 150.000 inwoners lijden.

Voorwaarden

Apotheekbereidingen, zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onderdeel a Geneesmiddelenwet, en geneesmiddelen, zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onderdeel c Geneesmiddelenwet, worden alleen vergoed wanneer sprake is van rationele farmacotherapie.

Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit bij wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekeraar en de verzekerde. Naast het vereiste dat sprake moet zijn van rationele farmacotherapie, geldt dat de apotheekbereidingen of geneesmiddelen die nagenoeg gelijk zijn aan een niet in het GVS opgenomen geneesmiddel uitgesloten zijn van vergoeding.

Toestemming vooraf

Voor de aanspraak op vergoeding van de geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onder c van de Geneesmiddelenwet is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist.

De geneesmiddelen waarvan thans bekend is dat zij vallen onder artikel 40, lid 3, onderdeel c. van de Geneesmiddelenwet staan vermeld in Bijlage A van dit Reglement. Deze middelen worden uitsluitend vergoed indien ze worden voorgeschreven voor de daarbij vermelde indicatie. Gedurende het jaar kunnen geneesmiddelen aan deze bijlage worden toegevoegd. De meest actuele versie van deze bijlage kunt u vinden op onze website www.stadholland.nl (...)"

- 8.5. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico. De hoogte van het verplicht eigen risico wordt jaarlijks door de overheid vastgesteld en is bij alle zorgverzekeraars gelijk. In 2017 bedraagt het verplichte eigen risico € 385,- per jaar. Dit betekent dat u de eerste € 385,- aan kosten die op grond van uw zorgverzekering door ons vergoed zouden worden zelf moet betalen. Daarna vergoeden wij alle kosten voor zover die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. De hoogte van het verplicht eigen risico staat op uw polisblad vermeld. (...)"

- 8.6. De artikelen 9 en 34 van de zorgverzekering en het Reglement Farmacie 2017 van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, eerste lid, 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.
- 8.8. 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.

- 8.9. Op bladzijde 6 van het Vergoedingenoverzicht van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op farmaceutische hulp opgenomen, en de betreffende passage luidt:

"Kosten van farmaceutische hulp worden grotendeels vergoed vanuit de basisverzekering met inachtneming van het Reglement Farmaceutische Zorg.

De aanvullende verzekering geeft de volgende aanspraak:

• Kosten van middelen die als geneesmiddel in Nederland zijn geregistreerd en op grond van de Geneesmiddelenwet mogen worden geleverd, maar niet worden vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet. Deze middelen moeten zijn voorgeschreven door een arts of tandarts en geleverd onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker/apotheekhoudend huisarts. De eventuele eigen bijdrage(n) valt (vallen) echter niet onder de aanspraak.

Onder farmaceutische hulp worden niet vergoed:

- cosmetische middelen;*
- genotmiddelen en medicinale wijnen;*
- vermageringsmiddelen;*
- andere dieetpreparaten dan aangegeven in het Reglement Farmaceutische Zorg;*
- versterkende middelen, voedingssupplementen en overige voedingsmiddelen;*
- zelfzorggeneesmiddelen (middelen die ook zonder recept verkrijgbaar zijn);*
- vitaminepreparaten.*

100%, maximaal € 1.000,- per kalenderjaar"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De vraag die moet worden beantwoord, is of medicinale cannabis 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 VWS is aangewezen. Geregistreerde niet-onderling vervangbare geneesmiddelen komen in beginsel voor vergoeding in aanmerking. 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. Medicinale cannabis is niet geregistreerd. Het betreft voorts geen 'orphan drug'. Er is sprake van magistrale receptuur. Daarom moet worden beoordeeld of is voldaan aan de eis van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is 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. Zoals het Zorginstituut in zijn advies van 21 december 2017 heeft geconcludeerd, kan medicinale cannabis niet worden aangemerkt als rationele farmacotherapie. De commissie neemt dit advies over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op medicinale cannabis ten laste van de zorgverzekering.

Wellicht ten overvloede merkt de commissie hierbij op dat in de onderhavige procedure sprake is van een beoordeling ex tunc. Dit betekent dat het moment van levering van de medicinale cannabis bepalend is voor de aanspraak en dat de commissie beoordeelt of de ziektekostenverzekeraar op

basis van de toenmalige verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving tot zijn beslissing heeft kunnen komen.

- 9.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat het advies van het Zorginstituut van 21 december 2017 onvoldoende is gemotiveerd. De commissie merkt op dat in het betreffende advies door middel van een voetnoot wordt verwezen naar <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/meuws/2017/II/10/medicinale-cannabis-niet-in-basispakket>. Dit is de vindplaats van de brief van het Zorginstituut van 6 november 2017 ter zake van de 'verkenning pakketwaardigheid cannabisproducten'. In dit document wordt het standpunt van het Zorginstituut uitgebreid toegelicht. De commissie is van oordeel dat in het advies met voornoemde verwijzing kon worden volstaan. Daarnaast heeft verzoeker aangevoerd dat het Zorginstituut in voornoemd advies niet het feit heeft betrokken dat de ziektekostenverzekeraar ook de machtiging voor medicinale cannabis van 144 andere verzekerden heeft ingetrokken. De onderhavige procedure betreft evenwel de individuele zaak van verzoeker, en het Zorginstituut is enkel in die zaak gevraagd te adviseren. Hierbij merkt de commissie nog op dat de betreffende machtiging van verzoeker niet is ingetrokken, maar dat deze door de ziektekostenverzekeraar niet meer is verlengd na ommekomst van de gemachtigde termijn.

Eigen risico

- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker tweemaal een machtiging voor medicinale cannabis verleend, met een looptijd van één jaar, ten laste van de zorgverzekering. Bij brief van 13 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de laatste machtiging, die geldig is tot 7 april 2017, niet zal worden verlengd, omdat het Zorginstituut in 2016 heeft beoordeeld dat medicinale cannabis bij alle indicaties geen rationele farmacotherapie is. In de brief aan de commissie van 18 juli 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat dit inderdaad geen nieuw standpunt is van het Zorginstituut, maar een bevestiging van een eerder ingenomen standpunt.

Hoewel hierop op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestond, heeft de ziektekostenverzekeraar tweemaal een machtiging aan verzoeker verleend voor medicinale cannabis. Daarbij is hij destijds blijkbaar afgegaan op informatie van het BMC, een overheidsinstelling, verbonden aan het Ministerie van VWS. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar de gemaakte fout mag herstellen mits hij verzoeker voldoende in de gelegenheid stelt zich voor te bereiden op de gewijzigde situatie. Aangezien verzoeker hierover reeds bij brief van 13 december 2016 is geïnformeerd, de machtiging werd afgegeven voor de duur van één jaar en deze doorliep tot 7 april 2017, is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar voldoende zorgvuldig heeft gehandeld.

- 9.5. Omdat de kosten van de medicinale cannabis eerder werden vergoed ten laste van de zorgverzekering, was hierop ook het eigen risico van toepassing. Verzoeker heeft niet gesteld, terwijl evenmin anders is gebleken, dat het eigen risico reeds was volgemaakt.

Voor zover verzoeker stelt dat de basis voor de vergoeding een andere was, en dat om die reden niet alleen ten onrechte het eigen risico is verrekend, maar dat de vergoeding op die zelfde basis met ingang van 7 april 2017 dient te worden voortgezet, geldt dat het op zijn weg had gelegen dit aannemelijk te maken. Verzoeker is echter niet erin geslaagd aannemelijk te maken dat het hierbij ging om een onverplichte vergoeding dan wel een vergoeding ten laste van bijvoorbeeld de aanvullende ziektekostenverzekering. Het eigen risico is derhalve terecht verrekend.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.

Redelijkheid en billijkheid

- 9.7. Verzoeker heeft zich beroepen op de aanvullende onderscheidenlijk de derogerende werking van de redelijkheid en billijkheid. Voor de aanvullende werking is onder de gegeven omstandigheden

geen plaats. De aanspraak op farmaceutische zorg is bij wet geregeld en wil er sprake zijn van een zorgverzekering, dan moet de zorgverzekeraar deze wettelijke regeling in acht nemen. Geeft de wet geen aanspraak, dan kan dit niet bij overeenkomst worden aangevuld zonder het karakter van de verzekering teniet te doen (zie artikelen 11 en 27 Zvw). Ten aanzien van de derogerende werking van de redelijkheid en billijkheid volgt uit de jurisprudentie dat hiermee uiterst terughoudend moet worden omgegaan.

In het zogenoemde Bosentan-arrest (ECLI:NL:HR:2014:3679) heeft de Hoge Raad geoordeeld of afwijking van de verzekeringsvoorwaarden is toegestaan. Hierbij is van belang dat de Centrale Raad van Beroep het in het kader van de Ziekenfondswet wèl mogelijk achtte dat door de rechter van de betreffende wettelijke bepalingen werd afgeweken, terwijl de communis opinio naar aanleiding van een arrest van de Hoge Raad (het Zweeftoestel-arrest, ECLI:NL:HR:2011:BO5203) juist is dat dit bij bepalingen uit een privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst niet is toegestaan. De Hoge Raad oordeelde dat *“de zorgverzekering een sociale verzekering voor de gehele bevolking is en (daarom) in vergaande mate dwingend publiekrechtelijk is geregeld. Anders dan VGZ aanvoert, kan ook het weigeren van een vergoeding die buiten de verzekeringsdekking valt, naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zijn, en wel indien zich (zeer) bijzonder omstandigheden voordoen die dat oordeel rechtvaardigen.”* In overweging 3.6.3 oordeelt de Hoge Raad dat die bijzondere omstandigheden slechts bij hoge uitzondering worden aangenomen en worden de toepasselijke voorwaarden geformuleerd. Deze zijn cumulatief:

- (i) De kosten moeten zodanig zijn dat de verzekerde deze niet zelf kan opbrengen;
- (ii) alternatieven ontbreken;
- (iii) de zorg of het geneesmiddel is noodzakelijk in verband met een medisch zeer ernstige toestand die levensbedreigend is dan wel leidt tot ernstig lijden;
- (iv) aan valt te nemen dat die zorg of dat geneesmiddel, mede in verband met zijn werkzaamheid, noodzakelijkheid en doelmatigheid, in aanmerking komt of zal komen om te worden opgenomen in het verzekerde pakket.

In het onderhavige geval heeft verzoeker onvoldoende feiten en omstandigheden gesteld waaruit kan worden geconcludeerd dat aan alle voormelde criteria is voldaan. Derhalve bestaat geen aanleiding de voorwaarden met betrekking tot rationele farmacotherapie buiten toepassing te laten. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 januari 2018,

A.I.M. van Mierlo