



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, vertegenwoordigd door Caresco B.V. te Dordrecht
Zaak : Farmaceutische zorg, preferentiebeleid, medische noodzaak
Zaaknummer : 201502160
Zittingsdatum : 15 juni 2016

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 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.8 Bzv, 2.5, Bijlagen 1 en 2 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen


VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door Caresco B.V. te Dordrecht


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 Tandzorg Primair afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.


3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding


- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op verstrekking van verschillende merkgeneesmiddelen (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 11 mei 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 27 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 28 januari 2016 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 (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 1 april 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 april 2016 aan verzoeker gezonden.


 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 juni 2016 schriftelijke medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 juni 2016 telefonisch medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

 3.8. Bij brief van 4 april 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 2 mei 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016044679) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoeker geen sprake is van een medische noodzaak voor de gewenste merkgeneesmiddelen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 24 mei 2016 aan partijen gezonden.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker


 4.1. Verzoeker gebruikt al geruime tijd verschillende merkgeneesmiddelen. Door de behandelend artsen worden deze middelen, waarvan hij geen bijwerkingen ondervindt, voorgeschreven. Omdat de ziektekostenverzekeraar dit verlangt, vermelden de behandelend artsen op de recepten steeds 'MN'. Tot en met 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar de betreffende merkgeneesmiddelen steeds vergoed, maar met ingang van 1 januari 2015 is hij hiermee gestopt. De behandelend artsen dienen in een verklaring de medische noodzaak te onderbouwen, waarna de apotheker beoordeelt of inderdaad sprake is van een medische noodzaak voor het merkgeneesmiddel. Verzoeker meent dat indien de apotheker de medische noodzaak gaat bepalen, hij op de stoel van de arts gaat zitten. Dit kan niet de bedoeling zijn.

 4.2. Verzoeker heeft de polisvoorwaarden van 2014 en 2015 met elkaar vergeleken en is tot de conclusie gekomen dat de voorwaarden ten aanzien van het preferentiebeleid gelijkloend zijn. Pas nadat verzoeker veelvuldig contact had gehad met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar is het hem duidelijk geworden dat de ziektekostenverzekeraar zijn beleid ten aanzien van het preferentiebeleid heeft gewijzigd. Verzoeker merkt op dat hij deze ingrijpende wijziging niet kan terugvinden in de verzekeringsvoorwaarden en hierover evenmin door de ziektekostenverzekeraar is geïnformeerd.

 4.3. Verzoeker voert verder aan dat hij als 71-jarige ICD-drager niet meer wenst te experimenteren met verschillende geneesmiddelen waarbij de behandelend arts op het tweede plan komt of waarbij een verandering in medicijnen wordt doorgevoerd zonder overleg met de behandelend arts.

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

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat het hem is toegestaan een preferentiebeleid te voeren ten aanzien van bepaalde geneesmiddelen. Op basis van dit preferentiebeleid wordt alleen het goedkoopste alternatief van het merkgeneesmiddel verstrekt. De ziektekostenverzekeraar vergoedt het duurdere geneesmiddel uitsluitend indien een verzekerde vanwege een medische noodzaak niet met het aangewezen geneesmiddel kan worden behandeld. Dit vervangende geneesmiddel is dan niet per definitie het merkmiddel, maar kan een ander generiek middel zijn. Daarbij komt dat pas van een medische noodzaak wordt gesproken indien het medisch onverantwoord is het aangewezen geneesmiddel te gebruiken. Deze beoordeling wordt niet alleen door de huisarts of behandelend medisch specialist uitgevoerd, maar ook door de apotheker. Indien de apotheker tot de conclusie komt dat geen medische noodzaak aanwezig is, zal het aangewezen geneesmiddel worden verstrekt. In tegenstelling tot hetgeen verzoeker stelt, is het dus niet zo dat de rol van de (huis)arts ondergeschikt wordt gemaakt. Het betreft een samenwerkingsverband tussen de behandelend arts(en) en de apotheker.

5.2. Verder verklaart de ziektekostenverzekeraar dat hij met ingang van 2015 het preferentiebeleid inderdaad heeft gewijzigd.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10.1.2 van de zorgverzekering 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 aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering.

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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 32 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneesmiddelen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Uw recht op farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen. Deze zorg omvat ook:

- terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel;*
- begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;*
- instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel;*
- medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik.*

(...)

Voorkeursgeneesmiddelen (preferente geneesmiddelen)

Wij kunnen geneesmiddelen uit bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering aanwijzen als voorkeursgeneesmiddelen. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Als wij voor bepaalde werkzame stoffen met specifieke toedieningsweg bepaalde geneesmiddelen hebben aangewezen en andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en specifieke toedieningsweg niet, hebt u aanspraak op de door ons aangewezen geneesmiddelen. Maakt u geen gebruik van voorkeursgeneesmiddelen, dan vergoeden wij deze in principe niet. Alleen als uw arts aangeeft dat behandeling met het voorkeursmiddel voor u medisch niet verantwoord is, hebt u recht op een ander geneesmiddel.

Wij kunnen de lijst met aangewezen geneesmiddelen op ieder moment wijzigen.

U ontvangt hierover van ons informatie. U vindt de lijst met aangewezen geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg op onze website.

Voorkeursbeleid geneesmiddelen (preferentiebeleid)

Preferentie betekent letterlijk voorkeur. Bij geneesmiddelen wil dat zeggen dat er voorkeur is voor lager geprijsde geneesmiddelen. Wij kunnen binnen een groep van gelijke geneesmiddelen (met dezelfde werkzame stof) een voorkeursgeneesmiddel aanwijzen. U vindt deze aangewezen

*voorkeursmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Het verplicht en vrijwillig eigen risico geldt niet voor deze voorkeursgeneesmiddelen. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, de begeleiding bij nieuwe medicatie of een inhalatie instructie, niet zijn vrijgesteld van het eigen risico.
(...)"*

- 8.4. Artikel 32 van de zorgverzekering is volgens de artikelen 2.1 en 2.3 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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 Bijlage 1 en 2 Rzv.
- 8.6. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. In de eerste plaats is in geschil of de ziektekostenverzekeraar een preferentiebeleid mag voeren waarbij hij bepaalde geneesmiddelen uitsluit van vergoeding ten laste van de zorgverzekering indien een goedkoper alternatief met dezelfde werkzame stof beschikbaar is. Met betrekking hiertoe geldt dat uit de polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende regelgeving blijkt dat de ziektekostenverzekeraar tot een dergelijk beleid gerechtigd is, zolang voor de verzekerde van elke werkzame stof steeds een geneesmiddel beschikbaar is, en de verzekerde recht heeft op een vervangend geneesmiddel indien het preferente geneesmiddel medisch gezien niet verantwoord is.
- 9.2. In het laatste geval dient, zo blijkt uit artikel 32 van de zorgverzekering, de voorschrijvende zorgaanbieder op het recept te vermelden dat een behandeling met het voorkeursmiddel voor de betrokken verzekerde medisch niet verantwoord is. Door verzoeker is in dit verband gesteld dat hij in 2014 de betreffende merkgeneesmiddelen vergoed kreeg indien door de voorschrijver op het recept 'MN' werd vermeld. In 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar kennelijk zijn beleid gewijzigd, in die zin dat thans de voorschrijver een onderbouwing van de medische noodzaak dient te geven, waarna de apotheker niet het preferente middel zal afleveren, doch het voorgeschreven merkmiddel. Vaststaat dat de tekst van artikel 32 in de verzekeringsvoorwaarden van 2015 niet is gewijzigd ten opzichte van die in 2014. Derhalve was voor verzoeker de beleidswijziging niet kenbaar en mocht hij er ook in 2015 op vertrouwen dat de door de zorgaanbieder voorgeschreven merkgeneesmiddelen met de toevoeging 'MN' zonder meer door de apotheker zouden worden afgeleverd. Indien de ziektekostenverzekeraar zijn beleid ten aanzien van preferente geneesmiddelen op dit punt wilde wijzigen, lag het op zijn weg dit in de verzekeringsvoorwaarden expliciet te regelen. Gezien het voorgaande heeft verzoeker ook in 2015 aanspraak op de betreffende merkgeneesmiddelen, althans indien door de voorschrijver op het recept 'MN' is vermeld.

Conclusie

- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.



9.4. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek toe.

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

Zeist, 15 juni 2016,



P.J.J. Vonk

