



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Farmaceutische zorg, preferentiebeleid, Nexium® 40 mg
Zaaknummer : 201400902
Zittingsdatum : 18 februari 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013 en 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie







- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Amsterdam Polis vier sterren en Beter Af Tandarts Polis vier sterren afgesloten (hierna gezamenlijk: 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 in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding


- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van het geneesmiddel Nexium® 40 mg (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 februari 2014 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 brief van 8 mei 2014 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 e-mailbericht van 4 juli 2014 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 19 september 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 december 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 15 december 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 februari 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 4 december 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 16 januari 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014155737) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen omdat een verzekerde uitsluitend recht heeft op vergoeding van een niet-aangewezen geneesmiddel als het medisch noodzakelijk is. Uit de stukken volgt niet een afdoende onderbouwing of informatie dat het geneesmiddel Nexium® 40 mg in het geval van verzoeker medisch noodzakelijk is.
- 3.9. Ondanks daartoe deugdelijk te zijn uitgenodigd is verzoeker zonder tegenbericht niet ter zitting verschenen. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen en is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 19 februari 2015 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 23 februari 2015 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 verzoeker
- 4.1. Verzoeker gebruikt al jaren het geneesmiddel Nexium® 40 mg in verband met zijn zware medicatiepatroon. Sinds enkele jaren wil de ziektekostenverzekeraar het middel niet meer vergoeden en om die reden heeft verzoeker de vervangende middelen Esomeprazol, Esoprazol, Lansoprazol en Pariet geprobeerd. Van al deze middelen heeft verzoeker echter ernstige diarree gekregen. Gelet op deze bijwerking heeft verzoeker besloten het middel Nexium® weer te gaan gebruiken.
- 4.2. Tot opluchting van verzoeker heeft de apotheker zich aanvankelijk bereid verklaard het middel Nexium® te blijven verstrekken. Naar later bleek heeft de apotheker de kosten deels voor eigen rekening genomen. Toen duidelijk werd dat dit niet meer ging, heeft de apotheek van het VU-medisch centrum het middel aan verzoeker geleverd. Totdat de apotheek van het ziekenhuis meldde dat ook zij teveel tekorten op Nexium® kregen en op termijn moesten stoppen met de levering.
- 4.3. Kort daarna heeft verzoeker, in samenwerking met de revalidatiearts en de apotheker, de 'Verklaring Medische Noodzaak Geneesmiddel' ingevuld. Aangezien de revalidatiearts per abuis op het formulier het middel Rivotril® had ingevuld, heeft verzoeker dit doorgehaald en veranderd in Nexium®. Nadien heeft de apotheker het formulier ondertekend en opgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar.
- 4.4. Ondanks deze verklaring blijft de ziektekostenverzekeraar bij zijn standpunt het middel niet te vergoeden. In een laatste poging heeft verzoeker een andere specialist van het ziekenhuis gevraagd op alle recepten te zetten dat hij alleen van het middel Nexium® geen bijwerkingen krijgt. De ziektekostenverzekeraar blijft echter weigeren het middel te vergoeden.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.


 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

-  5.1. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat het hem is toegestaan een preferentiebeleid te voeren ten aanzien van bepaalde geneesmiddelen. Op basis van dit preferentiebeleid wordt het goedkoopste alternatief van Nexium® 40 mg tablet vergoed. Een verzekerde heeft enkel aanspraak op het duurdere middel, indien de behandelend zorgverlener duidelijk vermeldt dat het wordt voorgeschreven vanwege een medische noodzaak. Daarbij dient deze medische noodzaak te worden onderbouwd.
-  5.2. Door verzoeker is een 'Verklaring Medische Noodzaak Geneesmiddel' overgelegd. Allereerst valt op dat in het formulier veel doorhalingen voorkomen. Daarnaast is de verklaring ondertekend door zowel verzoeker als zijn revalidatiearts en apotheker. Op de verklaring heeft de revalidatiearts het volgende vermeld: 'Diarree waardoor loperamide moet worden gebruikt'. Bij de vraag voor welke hulpstof een allergie of bijwerking is aangetoond, geeft de arts aan dat dit niet duidelijk is omdat de hulpstoffen van het generieke middel niet bekend zijn. Een onderbouwing van de medische noodzaak ontbreekt derhalve.
-  5.3. Verder heeft de anesthesioloog van verzoeker op 5 september en 2 december 2013 Nexium® voorgeschreven met als reden 'medische noodzaak andere middelen zijn niet werkzaam'. Het komt de ziektekostenverzekeraar vreemd voor dat de anesthesioloog dit vermeldt, aangezien de andere medicatie door andere artsen is voorgeschreven. Ook mist de ziektekostenverzekeraar een nadere onderbouwing van de medische noodzaak door de anesthesioloog.
-  5.4. Aangezien zowel de apotheker als de anesthesioloog geen nadere onderbouwing heeft gegeven, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker gevraagd hem toestemming te verlenen om contact op te nemen met de betrokken medisch specialisten. Tot op heden heeft verzoeker deze toestemming geweigerd.
-  5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoeker tot op heden nog steeds geen toestemming heeft gegeven voor het onderzoek bij de behandelaar.
-  5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.



 6. De bevoegdheid van de commissie

-  6.1. Gelet op artikel 16 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 24 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden de kosten van farmaceutische zorg, onder de voorwaarden zoals omschreven in het [naam concern] Reglement Farmaceutische Zorg. Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of*
- advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.*

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Voor een omschrijving van deze (deel)prestaties verwijzen wij u naar het [naam concern] Reglement Farmaceutische Zorg. (...)"

- 8.4. Het [naam concern] Reglement Farmaceutische Zorg regelt met betrekking tot preferente geneesmiddelen het volgende:

"4.1.1 Preferente geneesmiddelen

Een aparte groep binnen de onderling vervangbare geneesmiddelen vormen de identieke onderling vervangbare geneesmiddelen. Binnen deze groep geneesmiddelen heeft [naam concern] Zorg een aantal voorkeursmiddelen aangewezen, de zogenaamde preferente geneesmiddelen. Wanneer u uw geneesmiddelen betreft bij, een apotheekhoudende zonder contract of een apotheekhoudende die met [naam concern] Zorg een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten dan heeft u binnen de groep identieke middelen uitsluitend aanspraak op vergoeding van de door [naam concern] Zorg aangewezen preferente geneesmiddelen. Als u toch een ander geneesmiddel wilt gebruiken, zult u dit geneesmiddel zelf moeten betalen, tenzij er sprake is van een medische noodzaak.

Het preferentiebeleid en een overzicht van de door [naam concern] Zorg als preferent aangewezen geneesmiddelen kunt u vinden op onze website. Hier staat tevens vermeld welke criteria [naam concern] Zorg hanteert bij de aanwijzing van de geneesmiddelen, de gevolgde procedure, het tijdstip waarop de aanwijzing ingaat, de duur ervan en de wijze van bekendmaking. Het kan nodig zijn dat [naam concern] Zorg tussentijds een wijziging aanbrengt in de lijst aangewezen middelen. In dat geval wordt hierover tijdig informatie verstrekt. Het preferentiebeleid geldt niet voor geneesmiddelen die worden toegediend in een instelling of voor geneesmiddelen die worden betrokken van een apotheekhoudende met een IDEA-overeenkomst."

- 8.5. Artikel 24 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering en het [naam concern] Reglement Farmaceutische Zorg zijn volgens artikel 2 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Artikel 11, lid 1, 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.

- 8.7. 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.
- 9.2. 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.
- 9.3. In het laatste geval dient, zo blijkt ook uit artikel 24 van de zorgverzekering, de voorschrijvende zorgverlener bijvoorbeeld op het recept te vermelden dat een medische noodzaak bestaat voor het voorgeschreven – niet preferente – middel en moet hij dit tevens kunnen onderbouwen. Door verzoeker is in dit verband een 'Verklaring Medische Noodzaak Geneesmiddel' overgelegd. Deze verklaring is ondertekend door zowel de revalidatiearts als de apotheker van verzoeker. Door verzoeker is erkend dat hij deze verklaring zelf heeft aangepast. Nog afgezien van de in de verklaring opgenomen onderbouwing van de medische noodzaak, oordeelt de commissie dat deze door de enkele aanpassing zijn waarde heeft verloren, zodat de verklaring niet als zodanig kan worden meegenomen in de beoordeling of voor verzoeker een medisch noodzaak bestaat voor het middel Nexium® 40 mg. Wat de achtergrond ook is geweest van de aanpassing, deze doet aan het voorgaande niets toe of af; een verzekeraar moet ervan kunnen uitgaan dat een verklaring van een arts of apotheker die wordt overgelegd ook daadwerkelijk en integraal van deze afkomstig is.
- 9.4. Verder zijn door verzoeker recepten van het VU medisch centrum overgelegd. Op de betreffende recepten voor het middel Nexium® 40 mg, die zijn afgegeven op 5 september en 2 december 2013, heeft de anesthesioloog vermeld: 'medische noodzaak andere middelen niet werkzaam'. De ziektekostenverzekeraar zet vraagtekens bij deze vermelding aangezien de eerdere (preferente) middelen zijn voorgeschreven door andere artsen. Daarnaast stelt de ziektekostenverzekeraar dat de anesthesioloog de medische noodzaak voor het middel Nexium® onvoldoende heeft onderbouwd.
- 9.5. De commissie deelt de visie van de ziektekostenverzekeraar aangezien de anesthesioloog enkel heeft gesteld dat andere middelen niet werkzaam zijn. Waarom dit zo is, wordt door hem op geen enkele wijze onderbouwd. Ook anderszins is door geen enkele arts of apotheker onderbouwd dat voor verzoeker een medische noodzaak bestaat voor het middel Nexium® en dat hij niet zou kunnen volstaan met het door de apotheek aangeboden preferente middel. Door de ziektekostenverzekeraar is voorts gesteld, en door verzoeker niet bestreden, dat verzoeker heeft geweigerd zijn medewerking te verlenen aan het opvragen van informatie bij de betrokken medisch specialisten. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar onder de gegeven omstandigheden gerechtigd is de kosten van Nexium® niet te vergoeden, omdat de medische noodzaak niet is komen vast te staan.

Conclusie

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 maart 2015,



prof. mr. A.I.M. van Mierlo

