



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden
Zaak : Farmaceutische zorg, preferentiebeleid, medische noodzaak
Zaaknummer : 201502516
Zittingsdatum : 8 februari 2017



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.8 Bzv, Bijlagen 1 en 2 Rzv)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen



Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden, 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 basis van de Zorg Zeker Polis (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-Gemeente-Top 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). 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 brief van 19 juni 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 brief van 6 augustus 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. Verzoeker heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) op 17 mei 2016 telefonisch 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 10 oktober 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 november 2016 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 november 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 december 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 16 november 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 13 december 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016131833) de commissie geadviseerd verstrekking van het merkgeneesmiddel Losec®, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen op de grond dat de MDL-arts afdoende heeft verklaard dat een medische noodzaak aanwezig is voor het voorschrijven van het betreffende merkgeneesmiddel. Verder heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd de verstrekking van het merkgeneesmiddel Cozaar®, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat voor dit merkgeneesmiddel de medische noodzaak niet is aangetoond. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 28 december 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 4 januari 2017 en 18 januari 2017 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de wederpartijen gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft diverse gezondheidsklachten waarvoor hij geneesmiddelen gebruikt. Deze geneesmiddelen worden voorgeschreven door de huisarts en de medisch specialisten van de afdelingen 'Longgeneeskunde', 'Reumatologie' en 'Cardiologie' van het ziekenhuis. Verzoeker gebruikt onder andere de merkgeneesmiddelen Losec® en Cozaar®. In 2005 kreeg verzoeker van de apotheek omeprazol mee in plaats van Losec®. Dit geneesmiddel veroorzaakte bij hem echter dusdanige klachten dat de apotheek, door interventie van de voorschrijvend medisch specialist, weer Losec® aan verzoeker meegaf. In 2007 kreeg verzoeker wederom omeprazol afgeleverd omdat, volgens de apotheek, de fabriek waar Losec® werd gemaakt niet meer bestond. Tijdens een controle in het ziekenhuis heeft verzoeker dit besproken met de voorschrijvend medisch specialist. Deze heeft vervolgens contact opgenomen met de apotheek en een en ander toegelicht, waarop de apotheek toch weer Losec® aan verzoeker is gaan leveren. Op ieder recept stond vanaf toen "op medisch advies". Op 9 maart 2012 heeft een medewerkster van de apotheek de echtgenote van verzoeker echter medegedeeld dat het middel Losec® niet meer voor vergoeding in aanmerking komt. De ziektekostenverzekeraar zou namelijk hebben bepaald dat het merkgeneesmiddel alleen mag worden verstrekt op basis van een medische noodzaak. De echtgenote van verzoeker heeft hierop geantwoord dat het middel juist in dat kader wordt geleverd. De medewerkster gaf toen te kennen dat zij contact had gehad met de voorschrijvend medisch specialist en de assistente van de huisarts. Beiden zouden hebben verklaard dat geen sprake was van een medische noodzaak. De echtgenote van verzoeker heeft de medewerkster verzocht de merkgeneesmiddelen toch mee te geven. Dezelfde dag nog heeft zij contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en de medisch specialist van het ziekenhuis. Zowel bij de ziektekostenverzekeraar als de medisch specialist was niet bekend dat hierover was gebeld door de apotheek. Bij navraag bleek dat de medewerkster van de apotheek alleen heeft gesproken met een stagiair van de huisarts. Verzoeker heeft zich over deze gang van zaken schriftelijk beklagd bij de apotheek, waarop een gesprek met de apotheker heeft plaatsgevonden. Dit gesprek heeft geleid tot levering van de geneesmiddelen Losec® en Cozaar® tot februari 2014. In februari 2014 kreeg verzoeker wederom het middel omeprazol aangeboden. Verzoeker heeft afname van dit geneesmiddel geweigerd. Na intern overleg bleek een medewerker van de apotheek een fout te hebben gemaakt; verzoeker kreeg alsnog de middelen Losec® en Cozaar® mee. In juli 2015 ontving verzoeker van de ziektekostenverzekeraar een brief met de mededeling dat de voorgeschreven merkgeneesmiddelen niet langer mogen worden afgeleverd door de apotheek en dat zij niet meer voor vergoeding in aanmerking komen.
- 4.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar twee brieven gestuurd, waarin hij toelicht dat hij de generieke geneesmiddelen niet kan verdragen en dat de middelen Losec® en Cozaar® worden voorgeschreven op basis van een medische noodzaak. De ziektekostenverzekeraar

stelt echter dat verzoeker reeds vanaf 2002 de duurdere geneesmiddelen afneemt, en dat nergens is vermeld dat hij eerder generieke geneesmiddelen afgeleverd heeft gekregen. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat de apotheek heeft gevraagd of aan verzoeker generieke geneesmiddelen mogen worden afgeleverd. De apotheek ontkent echter dat die vraag is gesteld. Verzoeker heeft, nu hij de generieke geneesmiddelen gebruikt, meer klachten dan in het verleden. De medisch specialist (maag, darm en lever) van het ziekenhuis heeft zelfs, in verband met ontstekingen in de maag en de slokdarm, de dosering van Losec® moeten verhogen van 20 naar 40 milligram.

4.3. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat de klachten die verzoeker heeft door het gebruik van de generieke geneesmiddelen, ook voorkomen bij de merkgeneesmiddelen. De generieke geneesmiddelen bevatten dezelfde werkzame stof als de merkgeneesmiddelen. Verzoeker bestrijdt dit. Hij voert in dit verband aan dat de ziekenhuisapotheek, in opdracht van twee voorschrijvend medisch specialisten, heeft uitgezocht dat bij het bereiden van de onderhavige generieke geneesmiddelen een ander bindmiddel wordt toegepast dan bij de merkgeneesmiddelen. Verder stelt verzoeker dat hij, sinds hij de generieke geneesmiddelen gebruikt, geen eetlust meer heeft, moeite heeft met het doorslikken en het verteren van voedsel, last heeft van slapeloosheid en vermoeidheid, het ijskoud heeft (ook op hele warme dagen) en last heeft van hevige diarree. Tot slot is sprake van huidirritatie op de rug in de vorm van rode jeukerige vlekken en korrelige pukkeltjes. Voor deze huidirritatie is een zalf voorgeschreven die niet blijkt te werken, en waarvan de kosten ook nog eens voor zijn rekening blijven.

4.4. Verzoeker vindt het "knap" dat de ziektekostenverzekeraar, zonder nader onderzoek te hebben gedaan, heeft kunnen bepalen dat het voor hem niet medisch noodzakelijk is de betreffende merkgeneesmiddelen te gebruiken. Deze geneesmiddelen zijn door medisch specialisten voorgeschreven op basis van een medische noodzaak. Het niet verstrekken van deze geneesmiddelen is dan ook niet rechtmatig.

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 geeft sinds 2010 uitvoering aan zijn preferentiebeleid met betrekking tot geneesmiddelen. De ziektekostenverzekeraar heeft daartoe met de apothekers afgesproken dat aan de verzekerde een geneesmiddel zonder merknaam wordt verstrekt. Het betreffende middel moet dan wel dezelfde werkzame stof bevatten als het merkgeneesmiddel (specialité). Dit beleid heeft als doel lagere zorgkosten te bewerkstelligen.

5.2. Het formulier 'Verzoek beoordeling medische noodzaak (apotheker)' is een standaard aanvraagformulier dat wordt gebruikt in de volgende situaties:

- De arts vermeldt medische noodzaak op het recept, maar de apotheker is het daar niet mee eens, óf
- De arts is niet zeker van de medische noodzaak en verklaart derhalve dat er mogelijk sprake is van een medische noodzaak.

De arts kan desgewenst op het formulier aangeven of de verzekerde bij herhaling klachten (en zo ja, dan welke) heeft ondervonden door het gebruik van de generieke geneesmiddelen. Op het formulier 'Verzoek beoordeling medische noodzaak (apotheker)' staat het volgende: Er is sprake van medische noodzaak betreffende een verzekerde bij een geneesmiddel in het geval van:

1. Een contra-indicatie zoals vermeld in het Farmacotherapeutisch Kompas (FK) betreffende de werkzame stof van dat geneesmiddel. Als er sprake is van een contra-indicatie voor een bepaalde werkzame stof (al dan niet vallend onder het preferentiebeleid).
2. Zodanige bijwerking, vermeld in het FK betreffende dit geneesmiddel, dat de voorschrijver het niet medisch verantwoord acht om het geneesmiddel te blijven voorschrijven.

Naast bovengenoemde situaties kunnen er mogelijk nog een aantal andere voorkomen:

- Bijwerkingen indien er sprake is van allergie of intolerantie voor hulpstoffen betreffende dit middel;

- Bijwerkingen als de werkzame stof betreffende dit geneesmiddel de oorzaak is (waardoor er uitgeweken zal worden naar een andere werkzame stof);
- Heel soms vermelden patiënten bijwerkingen die (nog) niet vermeld staan in het FK. Dit wordt gemeld bij LAREB (het instituut voor registratie van en kennis over bijwerkingen).

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar handelt met betrekking tot het preferentiebeleid conform de Zorgverzekeringswet. Hierbij is een rol voor de apotheker weggelegd, die zelfstandig een afweging dient te maken over het te verstrekken geneesmiddel. De rol van de apotheker is niet expliciet opgenomen in de polisvoorwaarden, maar is gebaseerd op de contractuele afspraken, gemaakt tussen de apotheker en de ziektekostenverzekeraar.
Als de arts op het recept "medische noodzaak" vermeldt en de apotheker onderschrijft dit, dan hoeft geen aanvraagformulier voor een beoordeling van de medische noodzaak te worden ingediend.
- 5.4. In casu heeft de apotheker een formulier 'Verzoek beoordeling medische noodzaak (apotheker)' ingevuld. Hierop is vermeld dat de geneesmiddelen Losec® en Cozaar® zijn voorgeschreven door de huisarts. Op 7 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact gehad met de apotheker. Volgens de apotheker staat op het recept van Losec® het volgende: "*op verzoek specialist specialité*". De ziektekostenverzekeraar heeft de huisarts verzocht de medische noodzaak te onderbouwen. De huisarts heeft in zijn reactie in algemene bewoording zijn motivatie gegeven voor het voorschrijven van Losec® en Cozaar®. De brief bevat echter geen onderbouwing van de medische noodzaak.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op verzoek van de Ombudsman Zorgverzekeringen nadere medisch inhoudelijke informatie opgevraagd bij de voorschrijvend medisch specialist. In de brief van de betreffende medisch specialist is opgenomen dat sprake is van een medische noodzaak voor het verstrekken van Losec®. De brief bevat echter geen onderbouwende informatie voor die noodzaak. De ziektekostenverzekeraar heeft de medisch specialist daarom verzocht deze alsnog te leveren. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop (nog) geen reactie mogen ontvangen.
- 5.6. De medisch specialist heeft verder gemeld dat hij het middel Cozaar® niet aan verzoeker heeft voorgeschreven. Voor nadere informatie daaromtrent heeft hij de ziektekostenverzekeraar verwezen naar medebehandelaars. Tot op heden is het niet gelukt de namen van deze medisch specialisten te achterhalen.
Uit de thans beschikbare informatie blijkt niet dat de klachten die verzoeker ondervindt daadwerkelijk worden veroorzaakt door het gebruik van de generieke geneesmiddelen omeprazol en/of losartan. De klachten die verzoeker heeft, worden volgens de apotheker veroorzaakt door de werkzame stof zelf en niet door de hulpstoffen, hetgeen door de adviserend geneeskundige wordt onderschreven.
- 5.7. Ter toelichting merkt de ziektekostenverzekeraar nog op dat uit de declaratiehistorie vanaf 2006 niet is gebleken dat de geneesmiddelen pantoprazol, rabeprazol, esomeprazol en omeprazol zijn gedeclareerd. Dit blijkt ook niet uit de informatie van de apotheker. Het geneesmiddel omeprazol komt pas naar voren in het declaratieoverzicht van 2015. Verzoeker heeft vanaf 2004 geen generieke omeprazol geprobeerd. Vanwege het niet beantwoorden van de door de ziektekostenverzekeraar gestelde vragen door de behandelend medisch specialist, is het volstrekt onduidelijk wanneer de generieke geneesmiddelen zijn gebruikt, voor welke periode, welke hulpstoffen in welke variant(en) de diarree veroorzaakten en hoe lang de periode tussen het gebruik van de generieke geneesmiddelen en het (opnieuw) starten met het gebruik van de merkgeneesmiddelen is geweest. Daarbij hebben de geneesmiddelen Losec® en omeprazol beide de werkzame hulpstof omeprazol; pantoprazol heeft als werkzame hulpstof pantoprazol; rabeprazol heeft betrekking op rabeprazolnatrium met als werkzame hulpstof rabeprozalatrium, en esomeprazol heeft als werkzame hulpstof esomeprazolmagnesiumdihydraat.
Voor zover de door de behandelend medisch specialist gestelde geneesmiddelen door verzoeker zouden zijn gebruikt, geldt dat diarree een mogelijke bijwerking is van de werkzame hulpstoffen van de betreffende geneesmiddelen. Deze bijwerking vloeit ook voort uit de werkzame hulpstof omeprazol, hetgeen tevens de werkzame stof is van het geneesmiddel Losec®. Hieruit blijkt dat geen sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van het geneesmiddel Losec®.

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 artikel 37 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 5 tot en met 27 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“19.2 Geneesmiddelen

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op de terhandstelling of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:

a. de in de Regeling Zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover aangewezen door Zorg en Zekerheid;

b. geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheker in diens apotheek op kleine schaal zijn bereid voor zover het rationele farmacotherapie is. Voor rationele farmacotherapie hanteren wij de definitie van het Zorginstituut Nederland. Rationele farmacotherapie is de behandeling van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur. Daarbij geldt tevens dat het geneesmiddel het meest economisch is voor de zorgverzekering respectievelijk de patiënt;

c. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, voor zover het rationele farmacotherapie is, die op verzoek van een arts, als bedoeld in voornoemd artikel, in Nederland zijn bereid door een, conform de Geneesmiddelenwet, vergunninghoudende fabrikant; of;

d. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, voor zover het rationele farmacotherapie is, die in de handel zijn in een lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts, als bedoeld in voornoemd artikel, binnen Nederland zijn gebracht en bestemd zijn voor de verzekerde die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners.

Wat zijn de voorwaarden?

- de geneesmiddelen zijn aangewezen in de Regeling Zorgverzekering en als zodanig aangewezen door Zorg en Zekerheid. Eén en ander is nader uitgewerkt in het Reglement;

- indien de voorschrijver het niet medisch verantwoord acht de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander geregistreerd geneesmiddel met dezelfde werkzame stof;

- tenzij Zorg en Zekerheid nadere afspraken (zie hiervoor www.zorgenzekerheid.nl) heeft gemaakt met een apotheker/apotheekhoudend huisarts, dient de farmaceutische hulp te zijn voorgeschreven

door een huisarts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige en dient ter hand gesteld te worden onder verantwoordelijkheid van die apotheker/apotheekhoudend huisarts;
- op farmaceutische zorg is de prescriptieregeling (zie het Reglement) van toepassing;
- op vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor een aantal geneesmiddelen (of bestanddelen van geneesmiddelen) een limiet aan de vergoeding is vastgesteld. Indien de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vastgestelde vergoedingslimiet blijven de meerkosten voor uw eigen rekening (de GVS-eigen bijdrage), dit is ook van toepassing op een apotheekbereiding. Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het eigen risico;
- voor aanspraak op een aantal geneesmiddelen gelden de nadere voorwaarden zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is ook te raadplegen via www.wetten.nl;
- Zorg en Zekerheid kan in haar Reglement nadere voorwaarden stellen met betrekking tot de doelmatigheid van de terhandstelling van geneesmiddelen en met betrekking tot de levering van de farmaceutische zorg (in aanvulling op de geldende Beleidsregel NZa Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg). (...)"

- 8.4. Artikel 19 van de zorgverzekering en het Reglement Farmaceutische zorg van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 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 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 artikel 19 van de zorgverzekering en het Reglement Farmaceutische zorg van de ziektekostenverzekeraar is opgenomen dat indien de voorschrijver het niet medisch verantwoord acht de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, de verzekerde aanspraak behoudt op een ander geregistreerd geneesmiddel met dezelfde werkzame stof. Door verzoeker is in dit verband gesteld dat hij in voorgaande jaren de betreffende merkgeneesmiddelen vergoed kreeg indien door de voorschrijver op het recept 'Medische noodzaak' 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 deze onderbouwing toetst en beoordeelt of de verzekerde recht heeft op het voorgeschreven merkgeneesmiddel. Zo nodig kan de apotheker hierbij gebruik maken van het formulier 'Verzoek beoordeling medische noodzaak (apotheker)'.

Vaststaat dat artikel 19 van de verzekeringsvoorwaarden en het Reglement Farmaceutische zorg van de ziektekostenverzekeraar niet zijn gewijzigd ten opzichte van de versie uit 2014. Voorts is gesteld noch gebleken dat verzoeker op een andere wijze over de beleidswijziging is geïnformeerd. Derhalve was deze voor hem niet kenbaar en mocht hij ook in 2015 erop vertrouwen dat de door de zorgaanbieder voorgeschreven merkgeneesmiddelen met de toevoeging 'Medische noodzaak' zonder meer door de apotheker zouden worden afgeleverd. Indien de ziektekostenverzekeraar zijn beleid ten aanzien van preferente geneesmiddelen op dit punt wilde aanscherpen, lag het op zijn weg dit in de verzekeringsvoorwaarden expliciet te regelen. Gezien het voorgaande had verzoeker ook in 2015 aanspraak op de betreffende merkgeneesmiddelen, althans indien door de voorschrijver op het recept 'Medische noodzaak' was vermeld. De commissie begrijpt dat dit het geval is voor het middel Losec®, dat is voorgeschreven door de behandelend medisch specialist.

Anders is dit voor het middel Cozaar®, waarvan de medische noodzaak - zoals ook door het Zorginstituut wordt opgemerkt in zijn advies van 13 december 2016 - niet door verzoeker aannemelijk is gemaakt.

Conclusie

- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.2.
- 9.4. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen in 9.2.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 8 februari 2017,

P.J.J. Vonk