



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist en Zilveren
Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort

Zaak : Farmaceutische zorg, geneesmiddelen, preferentiebeleid, medische noodzaak

Zaaknummer : 201801181

Zittingsdatum : 12 juni 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,
tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend vier sterren en Aanvullend Tand twee sterren afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de middelen Selokeen®, Clonidine® van Centraform, Seroxat®, Imigran®, Pantoprazol® van Aurobindo en Valsartan® van Sandoz (hierna: de aanspraak). Bij brieven van diverse data heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 26 april 2018 en brief van 25 mei 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld 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 10 december 2018 heeft verzoekster 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 februari 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 februari 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 februari 2019 schriftelijk meegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 maart 2019 schriftelijk meegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 15 februari 2019 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 19 maart 2019 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2019007889) een voorlopig advies uitgebracht. Hierin stelt het Zorginstituut vast dat het dossier geen informatie bevat over Clonidine® van Centraform, Seroxat®, Pantoprazol® van Aurobindo en Valsartan® van Sandoz. Om die reden kan alleen de aanspraak op Selokeen® en Imigran® worden beoordeeld. Het Zorginstituut adviseert de commissie het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op Selokeen® en Imigran®, af te wijzen. Ten aanzien van deze middelen is niet aangetoond dat hiervoor een medische noodzaak bestaat. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 22 mei 2019 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 12 juni 2019 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 17 juni 2019 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mee te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Daarnaast heeft de commissie het Zorginstituut gevraagd in het definitief advies aandacht te besteden aan de brief van 16 april 2018 van de huisarts, de verslagen van internist en nefroloog, en de verklaring van 15 mei 2019 van de huisarts. Bij brief van 27 juni 2019 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is op 10 juli 2019 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft op 17 juli 2019 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De huisarts heeft op 16 april 2018 over verzoekster verklaard:
"(...) Met veel moeite is de bloeddruk uiteindelijk gereguleerd met selokeen. Uit ervaring is gebleken dat vervangende middelen niet het gewenste en soms zelfs een averechts resultaat op de bloeddruk hebben. Een zelfde bevinding is al eerder uitgezocht bij de behandeling van de migraine met imigran, waarbij de vervang middelen onwerkzaam blijven. Voor zover ik weet heeft de apotheek zelf met mw uitgezocht voor verschillende andere medicatie (...) welk middel wordt verdragen. In het verleden heeft mw onder leiding van de neuroloog al eens geprobeerd om de medicatie af te bouwen om te zien of hiermee effect te bereiken valt, helaas zonder resultaat. Concluderend ondersteun ik het protest van mw tegen deze nieuwe wijziging in medicatie omdat hier sprake is van een zorgvuldig uitgezochte set van medicatie. Hierbij zijn de resultaten niet geheel bevredigend maar wel het best haalbare. Dat hier om financiële redenen een streep door gehaald wordt is onverdragelijk (...)".

- 4.2. Op 10 juli 2018 heeft de huisarts verklaard:
"(...) Ik wil nogmaals benadrukken dat het om medische redenen onverantwoord is om het medicatiepatroon te wijzigen. Er is jaren gezocht door mij, de internist en destijds de apotheker en assistentes om voor alle medicatie een aanvaardbaar resultaat, met zo min mogelijk bijwerkingen, te bereiken. De huidige veranderingen in medicatie stellen het financieel belang boven het belang van gezondheid van mijn patiënt. Dit is nooit de insteek geweest van het huidige medicatie beleid. Ik kan mij hier dan ook niet mee verenigen. (...)"
- 4.3. De behandelend internist heeft op 16 april 2018 over verzoekster verklaard:
*"(...) Conclusie:
Hypertensie dd essentieel bij insulineresistentie dan wel PHA, LVH+. HRP gr 1 suboptimaal door intolerantie antiRR vanwege effect op migraine. DM suboptimaal door intolerantie orale antidiabetica, geen DRP geen nefropathie, mogelijk tgv luchtweginfecties. Pm strat insuline
Dyslipidemie bij 2 waarvoor start visoliecapsules.
migraine snel toename klachten na wijziging in medicatie*
- Beleid:
wil zelf niet graag terug naar HA
co 3 mnd*
- Medicatie:
doxazosine tablet mga 4mg (oraal). 1 x per dag 1 stuk
acetylsalicylzuur tablet 500mg (oraal), 2 x per dag 1 stuk
spironolacton tablet 25mg (oraal). 1 x per dag 0.5 stuk
clonidine tablet 0,15mg (oraal). 6 x per dag 1 stuk
metoprolol tablet 100mg (oraal) 2 x per dag 1 stuk
lismopril tablet 20mg (oraal). 2 x per dag 1 stuk
paroxetine tablet fo 20mg (als hcl-0.5-water) (oraal), 1 x per dag 1 stuk
valsartan tablet omhuld 80mg (oraal) 1 x per dag 1 stuk
pizotifeen tablet 0.5mg (oraal) 3 x per dag 1 stuk
gliclazide tablet mga 80mg (oraal). 1 x per dag 1 stuk
metformine tablet 500mg (oraal), 2 x per dag 1 stuk
salicylzuur 20% in vaseline 30g pot (cutaan) op harde plek (...)"*
- 4.4. Met ingang van 1 januari 2018 ontvangt verzoekster van de ziektekostenverzekeraar geen vergoeding meer voor de middelen Selokeen®, Clonidine® van Centrafarm, Seroxat®, Imigran®, Pantoprazol van Aurobindo en Valsartan® van Sandoz. Voorheen kreeg zij deze middelen wel vergoed. Voor het gebruik van genoemde geneesmiddelen bestaat, gelet op de verklaringen van huisarts en internist, een medische noodzaak.
- 4.5. Verzoekster is door de ziektekostenverzekeraar niet vooraf over de wijziging geïnformeerd. Ook is zij niet op de hoogte gebracht van de afspraken die de ziektekostenverzekeraar met de apotheek heeft gemaakt. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft bepaald dat wijzigingen over het beleid met betrekking tot de vergoeding voorafgaand aan het nieuwe verzekeringsjaar moeten worden meegedeeld aan verzekerden.
- 4.6. Door de voorschrijvend arts is toegelicht dat een medische noodzaak bestaat voor deze specifieke medicatie. Deze noodzaak wordt vervolgens door de ziektekostenverzekeraar in twijfel getrokken. Hij vraagt van de apotheker het medisch voorschrift van de arts te negeren en toch de preferente middelen te leveren. Het is niet aan de ziektekostenverzekeraar op de stoel van de arts te gaan zitten en de medische noodzaak voor deze specifieke geneesmiddelen naast zich neer te leggen. Een en ander volgt uit een uitspraak van de Rechtbank Zeeland-West-Brabant van 28 oktober 2015 (ECLI::RBZWB:2015:6768).

- 4.7. In reactie op de verklaring van de apotheker van 3 mei 2018 merkt verzoekster op dat voor de bloeddruk twee maal een 24-uursmeting is gedaan, namelijk door de huisarts en door de internist in respectievelijk 2008 en 2009. Vervolgens zijn er telkens bij het bezoek aan de internist vervolgmetingen gedaan. Daarnaast moest verzoekster thuis meten. Ook hieruit bleek de stijging van de bloeddruk. Dit werd bevestigd door de meting van de huisarts in 2012. Dat de migraine als hoofreden de verhoogde bloeddruk heeft, is onjuist. Verzoekster heeft namelijk al migraine sinds haar kinderjaren, terwijl de hoge bloeddruk aanwezig is sinds 1994. Ook de constatering van de apotheker dat verzoekster niet allergisch zou zijn voor sumatriptan is onjuist. In 2012 heeft zij van dit middel een ander merk gebruikt, waar zij totaal niet tegen kon. In 2017 is zij op 2 februari gestart met sumatriptan van PCH, op 17 februari van Aurobindo en op 10 maart weer met het originele middel Imigran®. Dit is bij lange na geen half jaar. Het declaratieoverzicht van de ziektekostenverzekeraar bevestigt dit. De vorige apotheker heeft de medische noodzaak van het gebruik van Imigran® erkend, op 10 maart 2017, in een gesprek met de echtgenoot van verzoekster.
- 4.8. Ter zitting is door verzoekster herhaald dat zij de betreffende geneesmiddelen tot en met 31 december 2017 zonder meer afgeleverd heeft gekregen. Met ingang van 1 januari 2018 heeft een wijziging plaatsgevonden waarna opeens geen medische noodzaak meer aanwezig was. Dit laatste bevreemdt haar zeer, zeker omdat daarvoor kennelijk wel een medische noodzaak bestond. Dat een verandering zou plaatsvinden is door de ziektekostenverzekeraar niet vooraf kenbaar gemaakt. Verzoekster kon daarom op geen enkele wijze hiervan op de hoogte zijn. Omdat de wisseling verzoekster pas ná 1 januari bekend is geworden was overstappen naar een andere zorgverzekeraar ook niet meer mogelijk. Met ingang van 1 januari 2019 is zij overgestapt naar een andere zorgverzekeraar en sindsdien krijgt zij, net als vóór 1 januari 2018, de spécialité's weer afgeleverd.
- 4.9. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut stelt verzoekster dat hierin wordt genoemd dat toeval en andere oorzaken van een tijdelijke bloeddrukstijging door gebruik van het generieke middel van Selokeen® niet zijn uitgesloten. Dit kan verzoekster niet volgen omdat in de verklaring van de huisarts valt te lezen dat er, naast de bloeddrukstijging, andere zichtbare afwijkingen zijn die door de behandelende artsen zijn geconstateerd en die hebben geleid tot ziekenhuisopnames. Daarmee is volgens haar de medische noodzaak voldoende onderbouwd.
- 4.10. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2018 maakt deel uit van de voorwaarden van de zorgverzekering. In artikel 3 van dit reglement is bepaald dat als van een geneesmiddel meerdere identieke, onderling vervangbare varianten beschikbaar zijn en geen bewezen medische noodzaak bestaat voor een merkgeneesmiddel, het merkgeneesmiddel niet wordt vergoed. Of een medische noodzaak bestaat voor een merkgeneesmiddel wordt beoordeeld door de apotheker. Bij voorkeur verstrekt de apotheker generieke geneesmiddelen. Als de voorschrijvend arts alleen op het recept vermeldt dat sprake is van een medische noodzaak, zonder hiervan een onderbouwing te geven, is dit onvoldoende om te kunnen overgaan tot vergoeding.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar doet een beroep op artikel 2.1, derde lid, Bzv. Hierin is bepaald dat de verzekerde recht heeft op zorg waarop hij of zij naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Als niet wordt onderbouwd waarom een medische noodzaak bestaat voor een geneesmiddel, is niet aangetoond dat de verzekerde hierop redelijkerwijs is aangewezen. Een en ander is niet in strijd met de door verzoekster genoemde uitspraak van de rechtbank Zeeland-West-Brabant.

- 5.3. De apotheker heeft op 3 mei 2018 over verzoekster verklaard:
*"(...) In 2012 heeft mevrouw voor 1 maand de metoprolol merk Sandoz geprobeerd. De huisarts heeft toen een verklaring opgesteld dat de bloeddruk is gestegen tot 200/95. Echter de bloeddrukmeting die toen is gedaan is, geldt voor merk Sandoz maar niet voor andere generieke merken van metoprolol. Tevens is het meten van de bloeddruk een momentopname en kan het door verschillende factoren beïnvloed(...) worden. De huisarts heeft toen geen 24uurs bloeddrukmeting gedaan waardoor er niet met zekerheid gesteld kan worden dat de verhoogde bloeddruk komt door het generieke merk van metoprolol. Indien dat wel het geval was dan wil dat niet zeggen dat eventueel andere generieke merken een bloeddruk verhoging zullen geven ten opzichte van originele Selokeen.
Wat betreft de originele Imigran kan ik het volgende zeggen. De oorzaak van de migraine die mevrouw ondervindt zijn voor groot gedeelte toe te kennen aan de bloeddruk. Dit wordt in de verklaring aangegeven. Er wordt nergens aangegeven dat mevrouw allergisch is voor de generieke sumatriptan. Dit kunnen wij ook zien aan haar medicatiegebruik want in verleden zijn generieke merken gedurende minimaal een half jaar gebruikt zonder dat daar sprake was van allergie. Indien er sprake is van allergie zou mevrouw de medicatie niet zolang gebruiken. Tevens is er een overmatig gebruik van de Imigran. De Imigran wordt standaard 2 maal daags gebruikt wat neer komt op een gemiddeld gebruik van 60 tabletten per maand terwijl de Nederlandse Huisarts Standaarden aangeven dat dit gebruik beperkt moet worden tot een maximum van 8 tabletten per maand. (...)"*
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de apotheker van verzoekster met ingang van 1 januari 2018 een IDEA-contract heeft gekregen. Als gevolg hiervan is de apotheker het bestaande preferentiebeleid strikter gaan hanteren. Dat de apotheker met ingang van 1 januari 2018 een dergelijk contract zou krijgen, had verzoekster kunnen zien op de zorgzoeker op de website van de ziektekostenverzekeraar. Als er onduidelijkheid bestond, had het op de weg van verzoekster gelegen navraag te doen bij haar apotheek.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 40 van de 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 5 van de 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

a de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;

b advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:

a alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een IDEA-contract heeft gesloten;

b de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheek zonder contract;

c andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor u of uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:

- geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheek in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;*

- geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van de Geneesmiddelenwet;*

- geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;*

- d polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.*

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Een omschrijving van deze (deel)prestaties vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg. Op onze website vindt u daarnaast een overzicht van de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten. Bovendien vindt u hier ook de geregistreerde geneesmiddelen die wij hebben aangewezen als “preferent”. Uiteraard kunt u deze informatie ook bij ons opvragen. (...)

- 8.4. In artikel 3 van het 'Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2018' van de ziektekostenverzekeraar is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

"(...) 3.3 IDEA-contract: de apotheek bepaalt het geneesmiddelmerk

Onder de contractvorm IDEA (Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apothekers) geldt het volgende:

1 de apotheek levert u de farmaceutische zorg waarop u aanspraak heeft, op basis van uw polisvoorwaarden.

2 als er van een geneesmiddel meerdere identieke, onderling vervangbare varianten beschikbaar zijn en er geen medische noodzaak is om het niet door de apotheker aangewezen geneesmiddel

te gebruiken, moet u, indien u uitsluitend een ander middel wilt gebruiken, dit geneesmiddel zelf betalen. Wij vergoeden de nota's die hierop betrekking hebben niet.

3 wij spreken geen voorkeursmiddel of –merk af met de apotheek. Wij vergoeden het geneesmiddelmerk dat de apotheek heeft bepaald conform de afspraken in het IDEA-contract.

4 de apotheek declareert de geleverde farmaceutische zorg rechtstreeks bij ons.

3.4 Contract met preferentiebeleid: wij bepalen het geneesmiddelmerk

Voor deze contractvorm geldt het volgende:

a de apotheek levert u de farmaceutische zorg waarop u aanspraak heeft, op basis van uw polisvoorwaarden.

b als er van een geneesmiddel meerdere identieke, onderling vervangbare varianten beschikbaar zijn en er geen medische noodzaak is om het originele geneesmiddel of de andere afgeleide generieken hiervan te gebruiken, dan mag de apotheek uitsluitend het geneesmiddel leveren dat wij als voorkeursmiddel hebben aangewezen. U heeft in dat geval alleen aanspraak op vergoeding van het preferente geneesmiddel dat wij hebben aangewezen (zie artikel 4.2).

c de apotheek declareert de geleverde farmaceutische zorg rechtstreeks bij ons. (...)"

- 8.5. Artikel 4 van het 'Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2018' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"(...) Preferente geneesmiddelen

Een aparte groep binnen de onderling vervangbare geneesmiddelen zijn de identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen. In deze groep geneesmiddelen hebben wij een aantal voorkeursmiddelen aangewezen. Dit zijn de preferente geneesmiddelen. Neemt u uw geneesmiddelen af bij een apotheek zonder contract? Of bij een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten? Dan heeft u binnen de groep identieke middelen uitsluitend aanspraak op vergoeding van de geneesmiddelen die wij als preferent hebben aangewezen. Is er geen medische noodzaak om een niet-aangewezen geneesmiddel te gebruiken en wilt u dit toch? Dan moet u dit geneesmiddel zelf betalen. (...)"

- 8.6. In de begrippenlijst van het 'Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2018' van de ziektekostenverzekeraar staat het volgende:

"Medische noodzaak

Bij identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen vergoeden wij alleen de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen, of bij een IDEA-contract het geneesmiddel dat de apotheek heeft aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op vergoeding van een niet-aangewezen geneesmiddel. Er is sprake van medische noodzaak, als het voor u medisch onverantwoord is wanneer u behandeld wordt met het voorkeursmiddel. Dat kan in uitzonderlijke gevallen voorkomen wanneer de samenstelling, dosering of toedieningsvorm van een geneesmiddel zo bijzonder is, dat er voor u maar één bepaald (merk)geneesmiddel in aanmerking komt. Op het moment dat de (huis)arts het niet medisch noodzakelijk acht, komt u niet in aanmerking voor vergoeding van dit middel. Als de apotheek twijfelt over de medische noodzaak, zal de apotheek dit afstemmen met de voorschrijver van het geneesmiddel. De (huis)arts mag alleen medische noodzaak op het recept noteren, als het medisch onverantwoord is, wanneer u behandeld wordt met het voorkeursmiddel."

- 8.7. Artikel 5 van de 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering, de begrippenlijst, en de artikelen 3 en 4 van het 'Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2018' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1.1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van

de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

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.

- 8.9. 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. Niet in geschil is dat 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. In het kader van het IDEA-contract heeft de ziektekostenverzekeraar zijn bevoegdheid hiertoe toebedeeld aan de betrokken apotheek. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of verzoekster uit kan met de door de apotheek aangewezen preferente geneesmiddelen.

Gelet op het gestelde in de begrippenlijst van het 'Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2018' van de ziektekostenverzekeraar is afwijking van het preferentiebeleid mogelijk in geval van een medische noodzaak. De medische noodzaak wordt bepaald door de (huis)arts; deze mag alleen 'medische noodzaak' op het recept noteren, als behandeling met het voorkeursmiddel medisch onverantwoord is. Twijfelt de apotheek over de medische noodzaak, dan zal de apotheek dit opnemen met de voorschrijver van het geneesmiddel. Uit de redactie van het artikel in het reglement van de ziektekostenverzekeraar volgt dat de beoordeling van de medische noodzaak dan nog steeds bij de voorschrijvend (huis)arts ligt.

- 9.2. Ten aanzien van Clonidine® van Centrafarm, Seroxat®, Pantoprazol® van Aurobindo en, Valsartan® van Sandoz is door verzoekster aangevoerd dat zij deze middelen graag afgeleverd wil krijgen omdat zij van de generieke middelen verschillende bijwerkingen ondervindt. Verzoekster heeft deze stelling echter niet nader onderbouwd. De door haar overgelegde verklaringen van de huisarts, internist en apotheek hebben namelijk geen betrekking op de hiervoor genoemde geneesmiddelen. Omdat enige onderbouwing van de medische noodzaak voor de Clonidine® van Centrafarm, Seroxat® en Pantoprazol® van Aurobindo, en Valsartan® van Sandoz ontbreekt, staat de medische noodzaak voor deze middelen niet vast.


- 9.3. Ook met betrekking tot Selokeen® en Imigran® heeft verzoekster aangevoerd dat een medische noodzaak bestaat om haar deze middelen te verstrekken. Ter onderbouwing van haar stelling heeft verzoekster enkele verklaringen van de huisarts en behandelend internist overgelegd. Ten aanzien van de vraag of voor deze middelen wél een medische noodzaak bestaat, overweegt de commissie het volgende.

Verzoekster heeft in het verleden als vervanging van Selokeen® gedurende één maand metoprolol van Sandoz gebruikt. Uit de door verzoekster overgelegde verklaring van de huisarts blijkt dat deze wisseling een stijging van de bloeddruk tot gevolg had. Het Zorginstituut merkt hierover in het voorlopig advies, welk advies blijkens de brief van het Zorginstituut van 27 juni 2019 als definitief kan worden beschouwd, op: "omdat het onwaarschijnlijk is dat substitutie van Selokeen® naar een gelijkwaardige generiek leidt tot een verandering in effectiviteit en een causaal verband in het dossier onvoldoende wordt onderbouwd, is een medische noodzaak voor het gebruik van Selokeen® niet aangetoond". Voor zover verzoekster stelt dat de huisarts heeft verklaard dat er ook "andere zichtbare afwijkingen zijn geconstateerd" geldt dat de huisarts dit niet nader heeft toegelicht. Hetgeen verzoekster in haar reactie van 17 juli 2019 voorts nog opmerkt over het definitieve advies van het Zorginstituut overtuigt de commissie niet.


- 9.4. Ter zake van Imigran® heeft verzoekster in het verleden drie generieke alternatieven gebruikt en volgens de verklaring van de huisarts reageerde verzoekster niet goed op deze wisselingen. Met betrekking tot dit middel concludeert het Zorginstituut dat ook voor Imigran® geldt dat: "het onwaarschijnlijk is dat substitutie van Imigran® naar een gelijkwaardige generiek leidt tot een verandering in effectiviteit en het dossier bevat onvoldoende onderbouwing voor een causaal verband. Omdat uit het dossier ook niet blijkt dat verzoekster overgevoelig is voor een bepaalde hulpstof, is een medische noodzaak voor het gebruik van Imigran® niet aangetoond". Gelet op het voorgaande concludeert het Zorginstituut dat voor zowel Selokeen® als Imigran® een medische noodzaak ontbreekt en adviseert het Zorginstituut de commissie tot afwijzing van het verzoek. De commissie deelt de conclusie van het Zorginstituut dat een medische noodzaak voor de middelen Selokeen®, Clonidine® van Centraform, Seroxat®, Imigran®, Pantoprazol® van Aurobindo en Valsartan® van Sandoz ontbreekt.
- 9.5. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij de betreffende middelen desalniettemin tot en met 31 december 2017 afgeleverd heeft gekregen en dat deze ten laste van de zorgverzekering zijn gekomen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit niet bestreden. Volgens verzoekster zijn haar medische situatie en de redactie van de verzekeringsvoorwaarden gelijk gebleven. Daarnaast gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar ter zitting verklaard dat de apotheek van verzoekster met ingang van 1 januari 2018 een IDEA-contract heeft gekregen. Als gevolg hiervan is de apotheek het preferentiebeleid strikter gaan hanteren. De door de ziektekostenverzekeraar gegeven verklaring kan de commissie niet overtuigen. Uit artikel 3.3 van het 'Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2018' van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat de apotheek de farmaceutische zorg levert waarop aanspraak bestaat "op basis van uw polisvoorwaarden". Voorts wordt in dit artikel, onder 2, verwezen naar de medische noodzaak. De commissie leidt hieruit af dat het beoordelingskader na 1 januari 2018 niet anders is geworden. Bepalend is of een medische noodzaak bestaat als omschreven in de begrippenlijst van genoemd reglement. Gedurende een aantal jaren is het antwoord hierop bevestigend geweest, terwijl destijds de uiteindelijke beoordeling van de volgens de voorschrijver aanwezige medische noodzaak nog bij de ziektekostenverzekeraar lag. Deze omstandigheden brengen met zich dat verzoekster erop mocht vertrouwen dat zij de middelen Selokeen®, Clonidine® van Centraform, Seroxat®, Imigran®, Pantoprazol® van Aurobindo en Valsartan® van Sandoz afgeleverd zou krijgen ten laste van de zorgverzekering. Indien het niet ging om de enkele 'opwaardering' van de apotheek, en de ziektekostenverzekeraar (tevens) zijn beleid ten aanzien van de beoordeling van de medische noodzaak had willen aanpassen, had het op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen dit zijn verzekerden tijdig mede te delen. Verzoekster is echter pas begin 2018 bekend geworden met het veranderde beleid en kon haar verzekering toen niet meer opzeggen. Daarom dient de ziektekostenverzekeraar de middelen Selokeen®, Clonidine® van Centraform, Seroxat®, Imigran®, Pantoprazol® van Aurobindo en Valsartan® van Sandoz nog tot 31 december 2018 te vergoeden.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen in die zin dat de ziektekostenverzekeraar de middelen Selokeen®, Clonidine® van Centraform, Seroxat®, Imigran®,




Pantoprazol® van Aurobindo en Valsartan® van Sandoz nog tot en met 31 december 2018 dient te vergoeden.




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




10. Het bindend advies




10.1. De commissie wijst het verzoek toe in die zin dat de ziektekostenverzekeraar de middelen Selokeen®, Clonidine® van Centraform, Seroxat®, Imigran®, Pantoprazol® van Aurobindo en Valsartan® van Sandoz nog tot en met 31 december 2018 dient te vergoeden.



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



Zeist, 14 augustus 2019,



H.A.J. Kroon