



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te B, tegen Avéro Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht

Zaak : Farmaceutische zorg, preferentiebeleid, Seroxat® 20 mg, Diovan® 160 mg

Zaaknummer : 201400713

Zittingsdatum : 25 maart 2015



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 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, vertegenwoordigd door mevrouw C te B,
tegen

Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Keuze Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de geneesmiddelen Diovan® 160 mg en Seroxat® 20 mg (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 15 januari 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 1 februari 2014 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 4 september 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 december 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 december 2014 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 30 december 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 10 maart 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 29 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 28 januari 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014167226) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de zorgverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de vraag of bij verzoeker sprake is van overgevoeligheid en/of bijwerkingen voor de preferente geneesmiddelen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 3 maart 2015 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker is op 25 maart 2015 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Na afloop van de hoorzitting is de huisarts van verzoeker door de commissie in de gelegenheid gesteld ter zake van de middelen Diovan® en Seroxat® een aantal door de commissie geformuleerde vragen te beantwoorden, teneinde te kunnen beoordelen of voor genoemde middelen een medische noodzaak bestaat. Bij brief van 10 april 2015 heeft de huisarts van verzoeker de vragen beantwoord. Een afschrift van bedoelde brief is op 14 april 2015 aan de zorgverzekeraar gezonden. Hierbij heeft de commissie de zorgverzekeraar verzocht inhoudelijk te reageren, hetgeen hij bij brief van 28 april 2014 heeft gedaan.
- 3.11. Na ontvangst van de brief van 28 april 2014 van de zorgverzekeraar heeft de commissie de huisarts van verzoeker verzocht hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 3 juni 2015 heeft verzoeker de commissie medegedeeld dat hij met zijn huisarts heeft overlegd en dat hij zelf zal reageren, hetgeen hij bij brief van dezelfde datum heeft gedaan. Een afschrift van deze brief is door de commissie op 10 juni 2015 aan de zorgverzekeraar gestuurd. De commissie heeft daarbij de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld op de betreffende brief te reageren. Van deze mogelijkheid heeft de zorgverzekeraar geen gebruik gemaakt.
- 3.12. Bij brief van 22 juni 2015 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 30 juni 2015 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is op 2 juli 2015 aan partijen gestuurd. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoeker heeft op 5 juli 2015 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker gebruikt al jaren de geneesmiddelen Diovan® 160 mg en Seroxat® 20 mg. Sinds eind december 2013 wil de zorgverzekeraar deze middelen niet meer vergoeden. Verzoeker heeft in het verleden verschillende vervangende merkloze middelen geprobeerd, maar van al deze middelen heeft hij bijwerkingen gekregen. Om die reden heeft de huisarts sindsdien op alle recepten voor de middelen Diovan® en Seroxat® vermeld dat er een medische noodzaak aanwezig is.
- 4.2. Ondanks deze verklaring blijft de zorgverzekeraar bij zijn standpunt de middelen niet te vergoeden. In een laatste poging heeft verzoeker de zorgverzekeraar een e-mailbericht gestuurd met daarin de verwijzing naar de folder 'Preferentiebeleid 2013/2014', waarin duidelijk is vermeld dat indien een medische noodzaak bestaat, de zorgverzekeraar gehouden is het middel te vergoeden. De zorgverzekeraar blijft echter weigeren de onder 4.1 genoemde middelen te vergoeden.

- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat bij hem in 2008 een angst- en paniekstoornis is geconstateerd, waardoor hij extreem gevoelig is voor veranderingen. Om verzoeker niet onnodig te belasten is er voor gekozen de generieke vervangers voor beide medicijnen gelijktijdig te gebruiken, waarna de klachten zijn ontstaan.
- 4.4. In reactie op het definitieve advies van het Zorginstituut wenst verzoeker te benadrukken dat de voorwaarde meerdere generieke te proberen voor hem tot een onverantwoorde situatie leidt. Op het moment dat verzoeker een ander medicijn gaat slikken speelt zijn paniekstoornis hem parten.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar 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 voor de middelen Diovan® 160 mg en Seroxat® 20 mg 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 zijn verschillende recepten overgelegd waarop de huisarts bij de middelen Diovan® en Seroxat® 'medische noodzaak' heeft vermeld. Een nadere onderbouwing van de medische noodzaak ontbreekt echter. In het kader van de herbeoordeling heeft de zorgverzekeraar contact opgenomen met zowel de huisarts als de apotheker. Door allebei is de medische noodzaak voor het gebruik van genoemde middelen ontkend.
- 5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar aangevoerd dat hij recent contact heeft gehad met de assistente van de huisarts van verzoeker. Van dit gesprek is een notitie gemaakt waaruit blijkt dat is verklaard dat geen medische noodzaak bestaat voor het gebruik van merkgeneesmiddelen.
- 5.4. In reactie op hetgeen de huisarts van verzoeker schrijft, stelt de zorgverzekeraar dat is nagelaten aan de huisarts te vragen of verzoeker een allergie voor een bepaalde hulpstof van het preferente geneesmiddel heeft. De werkzame stoffen zijn namelijk identiek. De gebruikte hulpstoffen zijn daarentegen verschillend, wat een allergie tot gevolg zou kunnen hebben. Bij het "algemeen onwel" noemt de huisarts geen specifieke klachten. Dat sprake is van een allergie is zeer onwaarschijnlijk. Bovendien kan geen uitspraak worden gedaan over een eventuele allergie omdat op dezelfde datum beide geneesmiddelen zijn gewisseld.
- 5.5. De zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'vergoedingen' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 5 van de 'vergoedingen' 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 [naam concern] Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

(...)"

- 8.4. Artikel 4 van het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2014 regelt met betrekking tot preferente geneesmiddelen het volgende:

"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 apotheekhoudende zonder contract? Of bij een apotheekhoudende 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."


- 8.5. In de begrippenlijst van het [naam concern] Reglement Farmaceutische Zorg 2014 is het begrip medische noodzaak omschreven. Deze bepaling luidt als volgt:

"Medische noodzaak


Bij identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen vergoeden wij alleen de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op vergoeding van een niet-aangewezen geneesmiddel. Namelijk als het medisch niet verantwoord is om u te behandelen met het geneesmiddel dat wij hebben aangewezen. De voorschrijver moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische noodzaak en moet dit kunnen onderbouwen."


- 8.6. Artikel 5 van de 'vergoedingen' van de zorgverzekering en het [naam concern] Reglement Farmaceutische Zorg 2014 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).


 8.7. 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.

 8.8. 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.


 9. Beoordeling van het geschil

 9.1. Ten aanzien van de beoordeling of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de geneesmiddelen Diovan® 160 mg en Seroxat® 20 mg is in de eerste plaats van belang of de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar 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. In het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2014 van de zorgverzekeraar is ten aanzien van het laatste bepaald dat de voorschrijver op het recept moet vermelden dat voor de betrokken verzekerde een medische noodzaak bestaat voor het niet-preferente geneesmiddel. De voorschrijver dient de medische noodzaak te kunnen onderbouwen.

 9.3. Door verzoeker zijn enkele recepten van zijn huisarts overgelegd. Op de betreffende recepten voor de middelen Diovan® 160 mg en Seroxat® 20 mg, die zijn afgegeven op 7 oktober 2013, 10 januari 2014 en 6 mei 2014, heeft de huisarts vermeld: "medische noodzaak, svp origineel". De zorgverzekeraar zet vraagtekens bij deze vermelding aangezien hij in het kader van de herbeoordeling contact heeft opgenomen met onder meer de assistente van de huisarts van verzoeker. In dit contact is de medische noodzaak voor het gebruik van de merkgeneesmiddelen Diovan® en Seroxat® ontkend. Daarnaast stelt de zorgverzekeraar dat de huisarts de medische noodzaak voor genoemde middelen onvoldoende heeft onderbouwd. Naar het oordeel van de commissie doet de opstelling van de voorschrijver in dezen gerede twijfel ontstaan omtrent de medische noodzaak voor het gebruik van de middelen Diovan® 160 mg en Seroxat® 20 mg. Teneinde deze twijfel weg te nemen, heeft de commissie na afloop van de hoorzitting de huisarts van verzoeker gevraagd de medische noodzaak nader te onderbouwen. Uit de nadien ontvangen stukken kan de commissie niet anders oordelen dan dat van een medische noodzaak voor het gebruik, door verzoeker, van eerder genoemde middelen niet is gebleken. Met name is niet gebleken dat verzoeker allergisch is voor (één van de) de hierin opgenomen hulpstoffen. Het moet dus ervoor worden gehouden dat de vereiste medische noodzaak niet aanwezig is, met als gevolg dat het verzoek wordt afgewezen.

Conclusie

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



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 15 juli 2015,



A.I.M. van Mierlo

