



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, als wettelijke vertegenwoordiger van de minderjarige C , tegen Avéro
Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Farmaceutische zorg, preferentiebeleid, Risperdal®
Zaaknummer : 201401490
Zittingsdatum : 11 maart 2015

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

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar 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). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder waren ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Royaal en NS Aanvullend Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op het middel Risperdal® ten behoeve van verzekerde (hierna: de aanspraak). Vanaf januari 2014 wordt dit geneesmiddel alleen nog verstrekt ten laste van de zorgverzekering indien sprake is van een bewezen medische noodzaak voor het gebruik ervan. Verzekerde heeft om die reden door de apotheker het middel risperidon afgeleverd gekregen. Dit geneesmiddel werkt echter niet. De psychiater heeft geoordeeld dat er in de situatie van verzekerde sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van het middel Risperdal®. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht het betreffende geneesmiddel ten behoeve van verzekerde te verstrekken ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brieven van 28 februari en 4 april 2014 medegedeeld dat verzekerde geen aanspraak heeft op het middel Risperdal®, omdat de medische noodzaak voor het gebruik van dit middel niet is bewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 2 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 brief van 1 september 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 zijn standpunt kenbaar gemaakt door middel van een brief, ontvangen door de commissie op 12 december 2014. Een afschrift hiervan is op 16 december 2014 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 28 december 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 februari 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

3.8. Bij brief van 16 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 2014161982) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten verrichten. Het staat niet zonder meer vast dat verzekerde niet in aanmerking komt voor de gevraagde vergoeding van het geneesmiddel. In de Lijst met aangewezen preferente geneesmiddelen vanaf 1 januari 2014 van de ziektekostenverzekeraar is van het geneesmiddel risperidon 0,5 mg maar één generiek middel opgenomen. Bij het geneesmiddel staat als toelichting dat het middel alleen preferent is als de verzekerde het voor het eerst gaat gebruiken. Volgens gegevens van de adviserend geneeskundige is in februari 2014 twee keer het generieke geneesmiddel aan verzekerde verstrekt. In maart 2014 is weer twee maal Risperdal® verstrekt en gedeclareerd. Het Zorginstituut deelt mede dat het aan de ziektekostenverzekeraar is om duidelijkheid te verschaffen over hoe er gehandeld wordt als het generieke geneesmiddel al is gebruikt. De betekenis van de vermelding op de Lijst met aangewezen preferente geneesmiddelen vanaf 1 januari 2014 van de ziektekostenverzekeraar is onduidelijk. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.

3.9. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 9 maart 2015 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.

3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 10 maart 2015 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan verzoeker gestuurd.

3.11. Partijen zijn op 10 maart 2015 overeengekomen dat de geplande hoorzitting geen doorgang hoeft te vinden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzekerde is gediagnosticeerd met ADHD/MCDD en gebruikt hiervoor het middel Risperdal®. In 2013 werd dit geneesmiddel vergoed ten laste van de zorgverzekering. Vanaf 1 januari 2014 is het middel vervangen door andere - goedkopere - geneesmiddelen. De apotheker heeft verzekerde in februari 2014 het preferente middel risperidon afgeleverd. Na een korte periode merkte verzoeker dat de werking van het preferente geneesmiddel minder goed is dan van het niet-preferente middel Risperdal®. Verzekerde was verbaal en fysiek meer agressief, onrustiger, vaker geïrriteerd en minder stuurbaar binnen het gezin. Verder werd 'men' boos op verzekerde vanwege zijn gedrag. Op school werd hij vaker buiten de groep geplaatst. De psychiater heeft naar aanleiding hiervan besloten de dosering van risperidon te verhogen. Het effect van deze verhoging was echter onvoldoende merkbaar. De psychiater heeft de ziektekostenverzekeraar hierop verzocht, op grond van een medische noodzaak, verzekerde het niet-preferente middel Risperdal® te verstrekken, ten laste van de zorgverzekering.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de kosten van Risperdal® alleen worden vergoed als het medisch onverantwoord is om een preferent geneesmiddel te gebruiken. In de situatie van verzekerde is niet gebleken van een bewezen medische noodzaak voor het gebruik van Risperdal®. Verzoeker stelt dat er in de situatie van verzekerde wel degelijk sprake is van een medische noodzaak. Verzekerde heeft immers het preferente middel risperidon gebruikt. Daarbij onderschrijft de psychiater de medische noodzaak voor het gebruik van Risperdal®. Verzoeker voelt er niets voor om verzekerde als 'proefkonijn' te laten gebruiken. Hij is van mening dat er sprake is van mishandeling wanneer verzekerde, die minderjarig is, moet deelnemen aan een experiment met verschillende geneesmiddelen. Verzekerde is gebaat bij zekerheid en continuïteit met betrekking tot het gebruik van geneesmiddelen.
- 4.3. Daarnaast is het verzoeker niet duidelijk hoeveel verschillende preferente middelen verzekerde zou moeten gebruiken en hoeveel tijd nodig is om te kunnen vaststellen of een middel de gewenste werking heeft. Zonder een goede werking van een geneesmiddel wordt het gedrag van verzekerde onwenselijk. Hierdoor is hij reeds eerder opgenomen geweest in de crisisopvang. Dit wil verzoeker voorkomen.
- 4.4. Verzoeker is verder van mening dat de financiële consequenties voor de apotheker een belangrijke rol spelen bij zijn beoordeling of sprake is van een medische noodzaak. Indien de ziektekostenverzekeraar het niet eens is met de beoordeling door de apotheker, blijven de kosten van het geneesmiddel namelijk voor rekening van de apotheker.
- 4.5. Verzoeker voert voorts aan dat het verschil in kosten, op basis van gelijke dosering, tussen Risperdal® en risperidon slechts € 2,- per maand betreft. In de situatie van verzekerde werd de dosis van risperidon al verhoogd waardoor het gebruik van Risperdal® per saldo zelfs goedkoper is.
- 4.6. Verzoeker meldt tot slot dat verzekerde het middel Risperdal® blijft gebruiken. Verzoeker heeft gelukkig de financiële middelen de kosten hiervan zelf te dragen. Hij vindt het echter kwalijk dat mensen die de kosten niet zelf kunnen dragen, gebruik moeten maken van preferente geneesmiddelen met mogelijk vervelende bijwerkingen.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De artikelen 11 Zvw, 2.1 en 2.8 lid 4 Bzv, artikel 5 van de zorgverzekering en het Reglement Farmaceutische Zorg zijn van toepassing. Zorgverzekeraars hebben op grond van artikel 11 Zvw de wettelijke plicht ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg of vergoeding van de kosten van zorg krijgt waar hij behoefte aan heeft en wettelijk aanspraak op heeft. Dit is de zorgplicht. Zorgverzekeraars plegen, met het oog op de vervulling van hun zorgplicht, contracten af te sluiten met apothekers. Daarbij bieden zij standaardovereenkomsten aan waarin de door de apotheker te leveren zorg wordt omschreven, het tarief voor de zorgverlening wordt bepaald en betalingsafspraken worden vastgelegd. Door zorgverzekeraars kan, op grond van artikel 2.8 lid 1 Bzv, in de polisvoorwaarden worden bepaald dat de verzekerde slechts het geneesmiddel vergoed krijgt dat door de zorgverzekeraar is aangewezen. Dit opent de - door de wetgever beoogde - mogelijkheid om ten aanzien van geneesmiddelen waarvan het octrooi is verlopen en die met dezelfde werkzame stof door verschillende fabrikanten onder diverse merknamen op de markt worden gebracht (generieke middelen) de goedkopere varianten aan te wijzen als verzekerd product. De term 'medische noodzaak' is gebaseerd op artikel 2.8 lid 4 Bzv: "*voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.*" De minister heeft bij de totstandkoming van de regelgeving de medische noodzaak als volgt toegelicht: "*De uitzondering op de aanwijzing van de zorgverzekeraar (...) is geregeld in het vierde lid. Ingevolge dit lid geldt de beperking van de keuze van de*

zorgverzekeraar niet jegens een verzekerde voor zover die beperking ten koste zou gaan van diens gezondheid; als het medisch niet verantwoord is de verzekerde slechts toegang te geven tot het aangewezen geneesmiddel, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander geneesmiddel. Het gaat hier om een hoge uitzondering, slechts als het medisch onverantwoord is dat behandeld wordt met een door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, bestaat aanspraak op een ander middel. Het is aan de zorgverzekeraar zelf om te bepalen hoe hij toetst of aan deze voorwaarde voldaan is."

Artikel 5 van de zorgverzekering bepaalt dat bij identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen alleen de aangewezen (preferente) geneesmiddelen worden vergoed. Alleen als sprake is van een medische noodzaak, heeft men recht op vergoeding van een niet-aangewezen (niet-preferent) geneesmiddel. De ziektekostenverzekeraar heeft bepaald dat sprake is van een bewezen medische noodzaak indien is aangetoond dat: (i) de patiënt een allergie heeft voor een bepaalde hulpstof, of (ii) een bepaalde hulpstof een snellere of tragere opname van het geneesmiddel in het lichaam veroorzaakt.

De voorschrijver moet op het recept vermelden dat sprake is van een medische noodzaak en moet dit kunnen onderbouwen.

Ingevolge de polisvoorwaarden schrijft de arts voor, maar moet de apotheker het voorschrift van de arts toetsen aan het Memo Medische Noodzaak, dat onlosmakelijk aan de overeenkomst met de apotheker is gekoppeld. Als de apotheker tot de conclusie komt dat de arts ten onrechte een specialité heeft voorgeschreven, omdat er geen tekenen zijn dat er een medische noodzaak voor verzekerde is, is de apotheker verplicht op grond van de contractuele afspraken met de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van het voorschrift van de arts, toch het generieke geneesmiddel af te leveren. De uiteindelijke beslissing ligt dus bij de apotheker, die een zelfstandige afweging moet maken op grond van zijn behandelingsovereenkomst met de patiënt en de overeenkomst met de ziektekostenverzekeraar.

- 5.2. Verzoeker vraagt om vergoeding van het merkgeneesmiddel Risperdal®. Over dit geneesmiddel is het volgende bekend.

Risperdal® is het specialité van het werkzame middel risperidon. Het patent is verlopen en er zijn generieke vormen van het geneesmiddel op de markt gekomen. Apothekers hebben derhalve de mogelijkheid om patiënten het veel goedkopere generieke middel risperidon te verstrekken.

- 5.3. De voorschrijvend psychiater heeft op het recept vermeld dat sprake is van een medische noodzaak. In het verzoek aan de apotheek van 20 maart 2014 wordt dit beargumenteerd. Volgens de psychiater is de werking van risperidon zichtbaar en merkbaar minder goed dan van Risperdal®. Hierbij wordt gewezen op een aantal symptomen, zoals agressiviteit en onrust. Voorts geeft de psychiater aan de dosering te hebben verhoogd, maar dat het effect onvoldoende merkbaar is.

De behandelend psychiater dient aannemelijk te maken dat sprake is van een medische noodzaak. Niet gebleken is dat de psychiater zich, al dan niet via de apotheker, heeft verdiept in de generieken.

Volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar kan in onderhavig geval niet worden gesproken van een medische noodzaak voor het specialité.

- 5.4. Verzoeker heeft niet gereageerd op de schriftelijke verzoeken van de ziektekostenverzekeraar van 5 november 2014 en 28 november 2014 om de toestemmingsverklaring in te sturen. Op 9 december 2014 heeft telefonisch contact met verzoeker plaatsgevonden. Bij die gelegenheid is door hem verklaard dat de toestemmingsverklaring wegens persoonlijke redenen niet wordt afgegeven.

- 5.5. De betreffende apotheek heeft een basiscontract met de ziektekostenverzekeraar. Dit houdt in dat voor een aantal geneesmiddelen het door de ziektekostenverzekeraar als preferent gestelde geneesmiddel moet worden afgeleverd. Voor risperidon is een preferent fabricaat aangewezen. De apotheek kan daar van afwijken als er een medische noodzaak is. Voor de apotheek is er een ruimte van ongeveer 10% om toch het specialité of een ander generiek middel af te leveren. Wanneer de apotheek boven de 10% uitkomt, wordt dit door de ziektekostenverzekeraar

teruggevorderd. De apotheek zal over het algemeen het generieke middel afleveren en alleen bij een aangetoonde medische noodzaak het specialité. De apotheker is vrij in de keuze van de generieke middelen.

Vanwege het ontbreken van de toestemmingsverklaring voor het opvragen van medische informatie bij de behandelaars van verzekerde, kan de ziektekostenverzekeraar de apotheek en de psychiater niet benaderen voor een nadere uitleg.

- 5.6. Verzekerde heeft maar één preferent middel gebruikt. Andere preferente middelen zijn niet door verzekerde geprobeerd. Er is niet bewezen dat verzekerde een allergie heeft voor een hulpstof. Ook is niet bewezen dat hij een hulpstof niet verdraagt. Uit het dossier blijkt dat overleg heeft plaatsgevonden tussen de apotheek en de voorschrijvend psychiater. De apotheek heeft geoordeeld dat er geen bewezen medische noodzaak bestaat voor het gebruik van Risperdal®. De apotheek is van mening dat er nog andere generieke middelen beschikbaar zijn die ook wat hulp- en vulstoffen betreft zo goed als gelijkwaardig zijn aan het specialité Risperdal®. Verzekerde kan, in overleg met de apotheek, nog één of twee andere preferente geneesmiddelen gebruiken. Mocht hieruit blijken dat ook deze preferente middelen niet het gewenste resultaat geven, dan kan de apotheek tot het bestaan van een medische noodzaak voor het gebruik van Risperdal® concluderen. Volgens de apotheek wenst verzoeker echter geen generiek middel af te nemen voor verzekerde. Gelet op het voorgaande is niet aannemelijk gemaakt dat sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van Risperdal®. De kosten van dit middel komen dan ook niet voor vergoeding in aanmerking. De ziektekostenverzekeraar stelt dat er geen sprake is van een experiment met verschillende geneesmiddelen. De apotheek is een geneesmiddelenkundige die niet zomaar middelen verstrekt.

- 5.7. De ziektekostenverzekeraar heeft, voorafgaand aan de hoorzitting, besloten dat verzekerde alsnog in aanmerking komt voor het niet-preferente geneesmiddel Risperdal®. De kosten, voor zover deze voor verzekerde zijn gemaakt in 2014 en 2015, neemt de ziektekostenverzekeraar voor zijn rekening. De betreffende nota's kan verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar zenden. De apotheek kan de toekomstige nota's op grond van het preferentiebeleid van de ziektekostenverzekeraar rechtstreeks declareren. Daarnaast zal de ziektekostenverzekeraar het door verzoeker betaalde entreegeld van € 37,- voor zijn rekening nemen.

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 verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van het niet-preferente geneesmiddel Risperdal® ten behoeve van verzekerde, ten laste van de zorgverzekering.

8. Beoordeling van het geschil

- 8.1. De ziektekostenverzekeraar heeft, lopende de procedure bij de commissie, alsnog besloten het niet-preferente geneesmiddel Risperdal® ten behoeve van verzekerde te vergoeden. Voor de reeds gemaakte kosten van dit geneesmiddel kan verzoeker de nota's bij de ziektekostenverzekeraar declareren, en toekomstige nota's kunnen door de apotheek rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar worden gedeclareerd. Daarnaast zal de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- vergoeden aan verzoeker. De commissie concludeert dat hiermee volledig aan het verzoek is tegemoetgekomen.



9. Het bindend advies



9.1. De commissie stelt hetgeen is omschreven onder 8.1 vast.

Zeist, 25 maart 2015,



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

