

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D ,beide te E
Zaak : Farmaceutische zorg, Cozaar 100®, preferentiebeleid
Zaaknummer : 2013.01468
Zittingsdatum : 12 februari 2014

1. Partijen

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

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-Maatpolis (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 Top Collectief 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 in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van het geneesmiddel Cozaar 100® (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 april 2013 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 28 mei 2013 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 14 augustus 2013 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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 december 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 december 2013 aan verzoeker gezonden.
 - 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 10 en 27 december 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
 - 3.8. Bij brief van 9 december 2013 heeft de commissie het College voor Zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 13 februari 2014 (zaaknummer 2013151932) heeft het CVZ zijn advies aan de commissie uitgebracht. Aangezien het advies niet is uitgebracht binnen de geldende wettelijke termijn, laat de commissie dit buiten beschouwing. Een afschrift van het CVZ-advies is op 17 februari 2014 ter kennisname aan partijen gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker gebruikt al geruime tijd het geneesmiddel Cozaar 100®. Door de behandelend arts is hem dit middel, waarvan hij geen bijwerkingen ondervindt, voorgeschreven. Vanaf eind 2012 wil de ziektekostenverzekeraar het geneesmiddel echter niet meer vergoeden. Sinds die tijd heeft verzoeker twee vervangende geneesmiddelen geprobeerd, maar van beide ondervindt hij nare bijwerkingen. Gelet op deze bijwerkingen heeft de huisarts een verklaring opgesteld waaruit blijkt dat bij verzoeker sprake is van een medische noodzaak voor het geneesmiddel Cozaar 100®. Ondanks deze verklaring weigert de ziektekostenverzekeraar het middel te vergoeden.
 - 4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat het hem is toegestaan een preferentiebeleid te voeren ten aanzien van bepaalde geneesmiddelen. Op basis van dit preferentiebeleid wordt het goedkoopste alternatief van Cozaar 100® vergoed. De ziektekostenverzekeraar vergoedt alleen het duurdere geneesmiddel indien een verzekerde vanwege een medische noodzaak niet met het aangewezen geneesmiddel kan worden behandeld. Er wordt pas van een medische noodzaak gesproken indien het medisch onverantwoord is het aangewezen geneesmiddel te gebruiken. Deze beoordeling wordt niet alleen door de huisarts of behandelend specialist van een verzekerde uitgevoerd, maar ook door de apotheker. Indien de apotheker tot de conclusie komt dat geen medische noodzaak aanwezig is, zal het aangewezen geneesmiddel worden verstrekt.
 - 5.2. In het geval van verzoeker heeft de apotheker beoordeeld of bij verzoeker sprake is van een medische noodzaak. De apotheker is hierbij tot de conclusie gekomen dat een medische noodzaak ontbreekt, aangezien verzoeker niet overgevoelig is voor het geneesmiddel Losartan Kalium-Accord/100®. Voorts dient eerst nog een andere

merkloze variant te worden geprobeerd. Zodoende heeft verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van het middel Cozaar 100®.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering 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 is gehouden 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 zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.23. van de zorgverzekering. De aanspraak op farmaceutische zorg is verwoord in artikel B.15. van de zorgverzekering, welk artikel, voor zover hier van belang, luidt:

“B.15.1.1. Waar hebt u recht op?

U hebt recht op (het verstrekken van en adviseren over) geneesmiddelen die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) ofwel de bijlage 1 en bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

Het Reglement Farmacie is onderdeel van deze voorwaarden. In dit Reglement staan de volgende lijsten:

- Geneesmiddelen van Bijlage 2 Regeling zorgverzekering;
- Lijst met geneesmiddelen die zijn overgeheveld naar het ziekenhuis;
- Lijst Voorkeursgeneesmiddelen.

(...)

Voorkeursgeneesmiddelen

Binnen een groep onderling vervangbare geneesmiddelen (zie artikel B.15.1.2.a.) wijzen wij op basis van de laagste prijs één of meerdere middelen aan als voorkeursgeneesmiddel. U hebt dan binnen deze groep alleen recht op dat voorkeursgeneesmiddel.

Er is altijd minstens één geneesmiddel met de voorgeschreven werkzame stof, in de gewenste sterkte en toedieningsweg beschikbaar voor u. Na gebruik kan blijken dat het voorkeursgeneesmiddel voor u medisch gezien niet geschikt is. Hieronder wordt verstaan dat de behandeling met het door ons aangewezen geneesmiddel medisch niet verantwoord is. Uw huisarts of medisch specialist bepaalt of het medisch noodzakelijk is dat u een ander geneesmiddel uit het GVS gebruikt dan een voorkeursgeneesmiddel. Dit staat beschreven in de Regeling zorgverzekering. U hebt dan recht op dat andere geneesmiddel met dezelfde werkzame stof, sterkte en manier van toedienen. (...)”

- 8.3. Artikel B.15. van de zorgverzekering is volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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.
- 8.5. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
9. Beoordeling van het geschil
- 9.1. In de eerste plaats is in geschil of de ziektekostenverzekeraar een preferentiebeleid mag voeren waarbij hij bepaalde geneesmiddelen uitsluit van vergoeding ten laste van de zorgverzekering indien een goedkoper alternatief met dezelfde werkzame stof beschikbaar is.
- 9.2. Uit de polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende regelgeving blijkt dat de ziektekostenverzekeraar tot een dergelijk beleid gerechtigd is, zolang voor de verzekerde van elke werkzame stof steeds een geneesmiddel beschikbaar is, en de verzekerde recht heeft op een vervangend geneesmiddel indien het preferente geneesmiddel medisch gezien niet verantwoord is.
- 9.3. In het laatste geval bepaalt, zo blijkt ook uit artikel B.15.1.2. van de zorgverzekering, de huisarts of behandelend medisch specialist of bij een verzekerde een medische noodzaak bestaat voor het voorgeschreven – niet preferente – middel. Uit de overgelegde stukken blijkt dat de huisarts van verzoeker op 13 maart 2013 heeft verklaard dat verzoeker onder meer last heeft van misselijkheid, maagklachten en vermoeidheid bij gebruik van het preferente geneesmiddel. Hieruit leidt de commissie af dat volgens de huisarts een medische noodzaak bestaat voor het middel Cozaar 100® en dat verzoeker niet kan volstaan met het door de apotheek aangeboden preferente middel. Dat de afleverend apotheker tot een andere conclusie is gekomen mag zo zijn, maar de ziektekostenverzekeraar heeft de beoordeling van de medische noodzaak expliciet toegewezen aan de huisarts of behandelend medisch specialist en niet aan de apotheker.
- 9.4. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoeker het middel Cozaar 100® te verstrekken.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 5 maart 2014,

Voorzitter