



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Farmaceutische zorg, Losec®, preferentiebeleid, substitutie
Zaaknummer : 201500344
Zittingsdatum : 4 november 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
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 Beter Af 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 Beter Af Plus Polis 3 sterren 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 eveneens afgesloten aanvullende verzekering Beter Af Tandarts Polis 2 sterren 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 verstrekking van het middel Losec® (hierna: de aanspraak). Door de apotheek is aan verzoeker medegedeeld dat dit geneesmiddel niet meer wordt afgeleverd. Verzoeker heeft daarom een verklaring van zijn huisarts naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd met het verzoek het middel Losec® alsnog aan hem te verstrekken. Bij e-mailbericht van 23 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 1 juli 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 15 april 2015 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.4. Bij brief van 1 juni 2015 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 18 augustus 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 augustus 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 oktober 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 oktober 2015 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 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 8 september 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 8 oktober 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015110773) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit het dossier niet volgt dat verzoeker bijwerkingen ondervond van het gebruik van het generieke middel, of dat bijvoorbeeld sprake is van een allergie of overgevoeligheid voor een hulpstof. Daarom is niet aangetoond dat sprake is van een medische noodzaak voor vergoeding van het middel Losec®. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 20 oktober 2015 enkele aanvullende stukken gestuurd, onder andere een brief van de huisarts van verzoeker van 9 september 2015 en drie e-mailberichten van de adviserend apotheker. Afschriften hiervan zijn op 30 oktober 2015 aan verzoeker gestuurd.
- 3.11. Verzoeker is op 4 november 2015 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.12. Bij brief van 12 november 2015 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de door de ziektekostenverzekeraar op 20 oktober 2015 aan de commissie gestuurd aanvullende stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 16 november 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft in 1983 een hersenbloeding gehad. Sindsdien gebruikt hij het middel Losec®. In januari 2013 werd hem door de apotheker verteld dat dit geneesmiddel niet meer wordt vergoed en dat hij alleen nog vergelijkbare, goedkopere alternatieven afgeleverd kan krijgen. Verzoeker durfde dit echter niet aan, omdat hem in 1983 door de arts was verteld dat het voor hem niet goed zou zijn van medicatie te veranderen. Verzoeker heeft daarom de Losec® voor eigen rekening aangeschaft.
- 4.2. Verzoeker heeft de brief van de huisarts van 10 april 2013 naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Hierin verklaart de huisarts dat verzoeker een verandering van zijn medicatie (van Losec® naar een generieke vorm van omeprazol) slecht verdraagt. Verzoeker heeft in 1983 een

beroerte gehad, waaraan hij verschillende restverschijnselen heeft overgehouden, waaronder epilepsie, woordvindingsstoornissen en een gestoorde impulscontrole. Verzoeker kan slecht tegen veranderingen in zijn omgeving of in zijn gezondheid en daarmee samenhangende zaken. Hij is erg van slag en soms in paniek doordat - voor zijn gevoel - de aflevering van het middel Losec® door de apotheek zomaar is gestopt. Verzoeker kan de reden hiervoor niet begrijpen en dit maakt hem erg boos. De huisarts maakt zich zorgen dat deze situatie uiteindelijk voor verzoeker tot een decompensatie leidt.

4.3. Verzoeker heeft een AOW-uitkering. De zorgkosten die hij in 2013 diende te betalen bedroegen totaal € 236,50 per maand. Dit betrof de premie voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, het eigen risico van € 350,- per jaar, de kosten van het middel Losec® van € 61,42 per maand, en andere zorgkosten die niet voor vergoeding in aanmerking komen. Nadat verzoeker ook zijn andere vaste lasten had betaald, bleef er weinig over om van te leven. Verzoeker had gehoopt dat hij zijn zorgkosten zou kunnen aftrekken van de inkomstenbelasting, maar dit is afgewezen door de Belastingdienst.

4.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar voorgesteld hem het bedrag te vergoeden dat het generieke geneesmiddel zou hebben gekost, waarbij verzoeker de meerkosten voor zijn rekening zou nemen. Door de ziektekostenverzekeraar is hem echter telefonisch medegedeeld dat dit voorstel is afgewezen.

4.5. Verzoeker is per 1 januari 2014 overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Deze zorgverzekeraar vergoedt het middel Losec® wèl.

4.6. Ter zitting is door verzoeker benadrukt dat het middel Losec® hem door de medisch specialist is voorgeschreven. Vanwege zijn epilepsie kan hij niets anders gebruiken. Zijn bloed is "uit elkaar" en er spelen andere dingen. Ter aanvulling heeft verzoeker aangevoerd dat hij het generieke omeprazol heeft gebruikt. De laatste tijd heeft hij ook nog andere geneesmiddelen gekregen en gebruikt vanwege de epilepsie. Verzoeker benadrukt dat de medisch specialist heeft gezocht naar een zo goed mogelijke combinatie van geneesmiddelen. Daarom kan hij niet wisselen van geneesmiddel.

De nagekomen informatie van het ziekenhuis is verstrekt door een apotheker. Er zijn echter maar zes artsen in Nederland die de operatie kunnen uitvoeren, dus deze weten ook het beste welk geneesmiddel verzoeker moet gebruiken. De rest weet hiervan niets af.

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 ziektekostenverzekeraar is op grond van artikel 24 van de zorgverzekering gerechtigd een preferentiebeleid te voeren. Het preferentiebeleid houdt in dat bepaalde geneesmiddelen van vergoeding zijn uitgesloten indien een goedkoper alternatief met dezelfde werkzame stof beschikbaar is. Alleen als gebruik van het preferente geneesmiddel medisch gezien niet verantwoord is, heeft de verzekerde aanspraak op verstrekking van het niet-preferente geneesmiddel.

5.2. De behandelend arts kan een niet-preferent geneesmiddel voorschrijven. De apotheker zal vervolgens aan de hand van het Memo Medische Noodzaak beoordelen of deze verklaring voldoende is. Deze beoordeling is onlosmakelijk aan de overeenkomst met de apotheker gekoppeld. Indien de apotheker concludeert dat de arts ten onrechte een specialité heeft voorgeschreven, omdat geen sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van dit middel, is de apotheker op grond van de contractuele afspraken met de ziektekostenverzekeraar verplicht het generieke geneesmiddel af te leveren. De uiteindelijke beslissing ligt dus bij de apotheker, die een eigenstandige afweging moet maken op grond van de behandelingsovereenkomst met de patiënt en de overeenkomst tussen de apotheker en de ziektekostenverzekeraar.

- 5.3. Van een medische noodzaak is sprake als een allergische reactie of overgevoeligheid optreedt bij het gebruik van het generieke geneesmiddel. Een allergie of overgevoeligheid kan worden veroorzaakt door bepaalde hulpstoffen in het generieke geneesmiddel.
- 5.4. Verzoeker vraagt om vergoeding van de specialité Losec®. In het geval van verzoeker heeft de apotheker beoordeeld dat de verklaring van de huisarts onvoldoende is om te concluderen dat het medisch onverantwoord is dat verzoeker het merkloze omeprazol gebruikt. De ziektekostenverzekeraar tekent hierbij aan dat verzoeker het merkloze omeprazol nog niet eerder heeft gebruikt.
De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker gevraagd bij zijn huisarts navraag te doen naar een allergie of overgevoeligheid bij het gebruik van het merkloze omeprazol. Een reactie hierop is echter uitgebleven. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar - met toestemming van verzoeker - de huisarts bij brief van 1 september 2015 rechtstreeks benaderd voor deze informatie. De huisarts heeft bij brief van 9 september 2015 verklaard dat bij verzoeker geen sprake is van een allergie voor hulpstoffen die worden gebruikt in de generieke middelen, maar dat verzoeker is aangewezen op het gebruik van Losec® vanwege zijn verminderde tolerantie en adaptatievermogen op basis van een niet-aangeboren hersenbeschadiging.
De adviserend apotheker van de ziektekostenverzekeraar heeft nadere informatie opgevraagd bij het ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft aan de adviserend apotheker medegedeeld dat er geen medische noodzaak is om verzoeker te behandelen met het specialité Losec®.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft, met toestemming van verzoeker, nadere informatie opgevraagd bij de huisarts en medisch specialist die destijds de Losec® heeft voorgeschreven. De huisarts heeft op 9 september 2015 schriftelijk verklaart dat verzoeker niet allergisch is voor de hulpstoffen in de generieke middelen. De indicatie om verzoeker de Losec® voor te schrijven is zijn verminderde tolerantie en adaptatievermogen op basis van een niet-aangeboren hersenbeschadiging. Door het ziekenhuis is telefonisch de reactie van de medisch specialist doorgegeven. De ziektekostenverzekeraar heeft dit telefoongesprek per e-mail bevestigd aan het ziekenhuis. In dit e-mailbericht is vermeld: *"Er is geen medische noodzaak om [verzoeker] te behandelen met het specialité Losec. [Verzoeker] kan derhalve ook worden behandeld met merkloze varianten daarvan."*
- 5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar voornoemde standpunten herhaald. Ter aanvulling heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de huisarts heeft verklaard dat verzoeker geen andere medicatie voor zijn maag mag gebruiken, maar dat uit navraag bij het ziekenhuis is gebleken dat geen medische noodzaak bestaat voor het gebruik van het specialité Losec®.

5.7. De ziektekostenverzekeraar 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 algemene voorwaarden van de zorgverzekering, welk artikel volgens de inleiding van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op de aanvullende ziektekostenverzekering, is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van het door hem in 2013 gebruikte middel Losec® dan wel vergoeding van het bedrag dat was vergoed indien hij het generieke middel zou hebben gebruikt, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'aanspraken' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden de kosten van farmaceutische zorg, onder de voorwaarden zoals omschreven in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

– de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of

- (...)

Voorwaarden geneesmiddelen en dieetpreparaten

(...)

- Bij identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen heeft u uitsluitend recht op vergoeding van een niet door Achmea aangewezen geneesmiddel als er sprake is van medische noodzaak. Hieronder wordt verstaan dat de behandeling met het door Achmea aangewezen geneesmiddel medisch niet verantwoord is. De voorschrijver dient dit op het recept aan te geven.

(...)"

8.4. Artikel 4.1.1 van het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2013 regelt met betrekking tot preferente geneesmiddelen het volgende:

"Een aparte groep binnen de onderling vervangbare geneesmiddelen vormen de identieke onderling vervangbare geneesmiddelen. Binnen deze groep geneesmiddelen heeft Achmea Zorg een aantal voorkeursmiddelen aangewezen, de zogenaamde preferente geneesmiddelen. Wanneer u uw geneesmiddelen betreft bij, een apotheek-houdende zonder contract of een apotheekhoudende die met Achmea Zorg een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten dan heeft u binnen de groep identieke middelen uitsluitend aanspraak op vergoeding van de door Achmea Zorg aangewezen preferente geneesmiddelen. Als u toch een ander geneesmiddel wilt gebruiken, zult u dit geneesmiddel zelf moeten betalen, tenzij er sprake is van een medische noodzaak.

(...)"

8.5. Artikel 24 van de zorgverzekering en artikel 4.1.1 het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2013 zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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.

8.7. 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.

- 8.8. Artikel 11 van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft farmaceutische zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

"11.1 Wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS)

(...)

11.2 Melatonine

(...)

11.3 Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder

(...)

11.4 Niet geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. In de eerste plaats dient te worden beoordeeld 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. 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 gebruik van het preferente geneesmiddel medisch gezien niet verantwoord is.
- 9.2. In het laatste geval dient, zoals blijkt uit artikel 24 van de zorgverzekering, de voorschrijver van het recept hierop te vermelden dat een medische noodzaak bestaat voor het voorgeschreven – niet preferente – middel. De commissie is gebleken dat de huisarts op de recepten voor het middel Losec® weliswaar heeft vermeld dat sprake is van een medische noodzaak voor dit geneesmiddel, maar dat uit de verklaring van de huisarts van 10 april 2013 blijkt dat verzoeker slecht tegen veranderingen kan en hij daarom de overstap van Losec® naar het generieke omeprazol slecht verdraagt. Dit is echter geen medische noodzaak. Voorts is geen sprake van een gebleken allergie of overgevoeligheid voor een bepaalde hulpstof van het generieke middel, en de huisarts heeft - daarnaar gevraagd - hiervan ook geen onderbouwing gegeven. Daarom kan in het geval van verzoeker niet worden gesproken van een medische noodzaak voor het gebruik van het middel Losec®, zoals bedoeld in de polisvoorwaarden.
- 9.3. Dat een andere verzekeraar de kosten van het middel Losec® wel vergoedt, maakt het voorgaande niet anders.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Substitutie

- 9.5. Verzoeker heeft voorgesteld dat de ziektekostenverzekeraar aan hem de kosten vergoedt van het generieke omeprazol, en dat hij in dat geval de meerkosten van het middel Losec® voor zijn

rekening neemt. De ziektekostenverzekeraar heeft dit voorstel afgewezen. De commissie merkt hierover op dat de zorgverzekering niet voorziet in de mogelijkheid van substitutie. Daarbij zou het gedeeltelijk vergoeden van niet-preferente geneesmiddelen heet met het preferentiebeleid beoogde doel - te weten het besparen van kosten door inkoop op volume - voor een deel weer teniet doen indien meer verzekerden voor die mogelijkheid kiezen. Daarom kan dit voorstel van verzoeker niet worden toegewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 december 2015,

A.I.M. van Mierlo