



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Farmaceutische zorg, preferentiebeleid, eigen risico
Zaaknummer : 201401801
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 2009-2014, artt. 10, 11 en 19 Zvw, 2.1, 2.8 en 2.17 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, mede namens mevrouw C, hierna te noemen: verzekerde 1, de heer D, hierna te noemen: verzekerde 2 en mevrouw E, hierna te noemen: verzekerde 3,

tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie (2013) waren verzoeker en verzekerden 1, 2 en 3 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de IZA GezondSamenPolis Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker en verzekerden 1, 2 en 3 bij de ziektekostenverzekeraar verschillende aanvullende ziektekostenverzekeringen afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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 daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van enkele geneesmiddelen ten laste gebracht van het verplicht eigen risico van verzoeker en verzekerden 1, 2 en 3.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 4 juni 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 21 september 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is na te gaan voor welke geneesmiddelen die aan hem en verzekerden 1, 2 en 3 zijn afgeleverd ook een preferent geneesmiddel beschikbaar was geweest, en het deel van het verplicht eigen risico dat ter zake door hem is voldaan, kwijt te schelden (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 6 januari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 januari 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 januari 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 maart 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 maart 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
- 3.9. Na afloop van de zitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld een overzicht te maken van de kosten die verzoeker en verzekerden 1, 2 en 3 hadden bespaard indien was gekozen voor preferente geneesmiddelen, alsmede van de bedragen die in dat geval ten laste zouden zijn gekomen van het eigen risico. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 31 maart 2015 een overzicht gegeven van de eventueel bespaarde kosten en de met het eigen risico te verrekenen bedragen. Een afschrift hiervan is op 9 april 2015 aan verzoeker gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 13 april 2015 op de brief van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker is in 2014 ermee bekend geworden dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van geneesmiddelen die voorkomen op de lijst met preferente geneesmiddelen, niet ten laste van het verplicht eigen risico brengt. Verzoeker heeft vanaf dat moment steeds onderzocht of in plaats van de geneesmiddelen die hij en verzekerden 1, 2 en 3 gebruiken, ook preferente middelen beschikbaar zijn. Indien dit het geval was, heeft hij bij de aanvraag van het herhaalrecept toegelicht graag het preferente middel afgeleverd te krijgen. Vaak wilde de apotheek hem dan alsnog een ander middel afleveren, en kreeg hij pas na veel aandringen het preferente middel mee.
 - 4.2. Verzoeker is van mening dat hij niet voldoende is geïnformeerd over het preferentiebeleid en de gevolgen daarvan voor het verplicht eigen risico. De folder waarnaar de ziektekostenverzekeraar verwijst, vermeldt niet dat bij de apotheek expliciet moet worden gevraagd naar het preferente middel, omdat anders een ander middel wordt afgeleverd. Het is voor de ziektekostenverzekeraar goedkoper als de kosten van de geneesmiddelen van het verplicht eigen risico afgaan, zodat deze er geen belang bij heeft zijn verzekerden goed te informeren. Verzoeker is van mening dat de gebrekkige informatievoorziening ertoe dient te leiden dat hij met terugwerkende kracht wordt gecompenseerd voor het teveel betaalde verplicht eigen risico. Dit geldt zowel voor de jaren 2013 en 2014, als voor de jaren ervoor. Verzoeker en verzekerden 1, 2 en 3 zijn sinds 2009 verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar.
 - 4.3. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij en de andere verzekerden bepaalde stukken niet hebben ontvangen van de ziektekostenverzekeraar, daaronder het overzicht uit 2012 inzake de wijzigingen met ingang van het jaar 2013. Vanwege een folder met wijzigingen met ingang van 1 januari 2014 heeft verzoeker actie richting de ziektekostenverzekeraar ondernomen. Aan de ziektekostenverzekeraar is ook medegedeeld dat het met de apotheek lastig communiceren was. Eén keer is door de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen met de apotheek. Door

de ziektekostenverzekeraar is bij die gelegenheid gezegd dat het voorkeursgeneesmiddel moest worden meegegeven. Van het middel paroxetide had verzoeker de preferente variant, en bij simvastatine moest steeds om het preferente middel worden gevraagd. Verzoeker merkt verder op deze regeling ook in de folder voor 2015 bij de wijzigingen staat.

4.4. Bij brief van 13 april 2015 heeft verzoeker medegedeeld dat hij uit de van de ziektekostenverzekeraar ontvangen vergoedingenoverzichten opmaakt dat hij in 2013 € 94,05 teveel heeft betaald. Voor het jaar 2014 is dit bedrag in ieder geval € 8,23. In totaal heeft hij daarom nog een bedrag van € 102,28 tegoed. Verder geldt dat voor de paroxetide en simvastatine ook preferente middelen bestonden. Met betrekking tot verzekerde 1 zijn de gegevens van de ziektekostenverzekeraar juist, maar de genoemde bedragen voor verzekerden 2 en 3, waarmee het eigen risico zou zijn volgemaakt, komen verzoeker niet bekend voor.

4.5. 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 biedt een natura- en een restitutiepolis aan. Voor alle verzekerden maakt hij afspraken met apothekhoudenden over de aflevering van farmaceutische zorg. Ook voert de ziektekostenverzekeraar een preferentiebeleid. Voor verzekerden op basis van de zorgverzekering geldt dat deze niet verplicht zijn middelen af te nemen volgens het preferentiebeleid. Kiezen zij hiervoor wel, dan komen de kosten van deze geneesmiddelen niet ten laste van het verplicht eigen risico.

5.2. De ziektekostenverzekeraar maakt ook afspraken met apothekhoudenden over de laagste prijsgarantie. Dit betekent dat voor geneesmiddelen waarvoor geen preferentiebeleid geldt, de apothekhoudende niet meer vergoed krijgt dan het geneesmiddel met de laagste prijs. Verder is afgesproken dat de apotheek de verzekerden informeert over de verschillende keuzemogelijkheden. Door de vele verschillende polissen kan de ziektekostenverzekeraar zich voorstellen dat men bij de apotheek niet alle details van de polisvoorwaarden kent. Daarom worden wijzigingen ook direct naar verzekerden gecommuniceerd, met behulp van folders en de beschikbare voorwaarden. In de folder staat duidelijk dat een verzekerde in de apotheek moet melden het preferente middel afgeleverd te willen krijgen.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat met een restitutieverzekering kan worden gekozen voor niet-preferente geneesmiddelen. Wordt gekozen voor een preferent middel, dan is hierop niet het eigen risico van toepassing. Deze regeling bestond al in 2013. Ook voor dat jaar zijn folders met de belangrijkste wijzigingen gestuurd. Vóór 2013 bestond deze regeling nog niet.

5.4. Bij brief van 31 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat verzoeker in het jaar 2013 driemaal het middel paroxetine heeft gehad. Hiervoor bestond geen preferentiebeleid. In 2014 heeft verzoeker de preferente middelen afgeleverd gekregen, met uitzondering van simvastatine. Dit betrof een eenmalige verstrekking, en de kosten van het middel bedragen € 8,23. Voor verzekerde 2 geldt dat het eigen risico in 2013 met andere kosten was volgemaakt. In 2014 heeft hij twee geneesmiddelen gebruikt waarvoor geen preferentiebeleid van toepassing was. Voor verzekerden 1 en 3 geldt dat het eigen risico voor zowel 2013 als 2014 met andere kosten was volgemaakt.

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 10 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 na te gaan voor welke geneesmiddelen die aan verzoeker en verzekerden 1, 2 en 3 zijn afgeleverd ook een preferent geneesmiddel beschikbaar was geweest, en het deel van het verplicht eigen risico dat ter zake door hen is voldaan, kwijt te schelden.

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 in de artikelen 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 31 van de zorgverzekering (2013-2014) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

Deze zorg omvat ook:

- de terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel;*
- instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel;*
- medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik. (...)*

Preferente geneesmiddelen (voorkeursgeneesmiddelen)

Wij kunnen geneesmiddelen uit bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering aanwijzen als preferente geneesmiddelen. Preferentie betekent letterlijk voorkeur. Bij geneesmiddelen wil dat zeggen dat er voorkeur is voor lager geprijsde geneesmiddelen. Wij kunnen binnen een groep van gelijke geneesmiddelen (met dezelfde werkzame stof) een voorkeursmiddel aanwijzen. U vindt deze aangewezen voorkeursgeneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg IZA. Wij kunnen de lijst met aangewezen geneesmiddelen op ieder moment wijzigen. U ontvangt hierover van ons informatie.

Uw voordeel als u gebruikmaakt van voorkeursgeneesmiddelen

U bent vrij in uw keuze van de in dit artikel genoemde geneesmiddelen, of ze nu wel of niet als voorkeursgeneesmiddelen door ons zijn aangewezen. Gebruikt u de door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddelen, dan hebt u een voordeel. Het verplicht en vrijwillig eigen risico gelden namelijk niet voor deze voorkeursgeneesmiddelen. (...)

In de jaren 2009-2012 was de aanspraak op farmaceutische zorg geregeld in de artikelen 31 (2009), 29 (2010), 30 (2011) respectievelijk 29 (2012). De strekking van de betreffende artikelen was gelijk. Er werd toen echter geen preferentiebeleid gevoerd.

8.4. Artikel 7 van de zorgverzekering (2013) regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

“7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 350 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e

verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4. (...)

7.3. Voor welke zorgaanbieders en zorgarrangementen geldt het verplicht eigen risico niet Wij hebben de mogelijkheid om zorgaanbieders of zorgarrangementen aan te wijzen waarbij u geen of maar een gedeeltelijk bedrag aan verplicht eigen risico verschuldigd bent. Dit geldt ook voor nader aan te wijzen gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte zorgarrangementen. Deze informatie is opgenomen in het Overzicht vrijstelling eigen risico. U kunt dit overzicht vinden op www.IZAgezondsam.nl/vrijstellingeigenrisico of telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voorin de voorwaarden. (...)"

Artikel 7 van de zorgverzekering 2009-2012 en 2014 kent een gelijke strekking, met uitzondering van de hoogte van het verplicht eigen risico, dat van jaar tot jaar verschilt.

8.5. De artikelen 7 en 31 van de zorgverzekering (2013) zijn volgens artikel 2.9 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. Het verplicht eigen risico is geregeld in artikel 19 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv.

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 gereuleerde 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. Tussen partijen is niet in geschil dat de kosten van geneesmiddelen ten laste komen van het verplicht en vrijwillig eigen risico, tenzij het gaat om door de ziektekostenverzekeraar aangewezen voorkeursgeneesmiddelen. Verzoeker en verzekerden 1, 2 en 3 hebben geneesmiddelen afgenomen die niet door de ziektekostenverzekeraar waren aangewezen in het kader van het preferentiebeleid, terwijl een vergelijkbaar aangewezen geneesmiddel mogelijk wel beschikbaar was. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van de afgeleverde niet-voorkeursgeneesmiddelen ten laste van het verplicht eigen risico gebracht.

9.2. Gelet op het verzoek, dat niet alleen 2013 en 2014 betreft, maar ook de hieraan voorafgaande jaren, is de vraag allereerst of de ziektekostenverzekeraar vóór 1 januari 2013 een preferentiebeleid voerde. Uit informatie van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat dit inderdaad het geval was. Dit beleid was echter niet van toepassing op de destijds door verzoeker afgesloten verzekering. Het geschil spitst zich daarom toe op de situatie ná 1 januari 2013. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

9.3. Waar het er om gaat of verzoeker - die optreedt als verzekeringnemer voor verzekerden 1, 2 en 3 - voldoende is geïnformeerd over de wijziging van het beleid aangaande het eigen risico met ingang van 1 januari 2013, geldt dat de ziektekostenverzekeraar eind 2012 aan alle verzekerden een overzicht heeft gezonden met de belangrijkste wijzigingen in het nieuwe jaar. Hierin staat ook dat door de ziektekostenverzekeraar aangewezen voorkeursgeneesmiddelen niet ten laste van het

verplicht en vrijwillig eigen risico komen. Verzoeker heeft ter zitting aangevoerd dat hij dit overzicht niet van de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen. Hoewel hij in zijn brief van 21 september 2014 het tegendeel verklaart, geldt dat de regeling tevens is vermeld in de voorwaarden van de zorgverzekering voor 2013 en 2014. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker op deze wijze voldoende heeft ingelicht over het (gewijzigde) beleid met betrekking tot voorkeursgeneesmiddelen in relatie tot het verplicht eigen risico.

9.4. De commissie kan niet treden in de klacht van verzoeker dat hij bij de apotheek steeds het niet-preferente middel afgeleverd krijgt, en dat hij dan moeite moet doen om alsnog het preferente middel te krijgen. Zulks speelt immers in de relatie tussen verzoeker en de apotheek, welke relatie niet in de onderhavige procedure ter discussie kan worden gesteld, terwijl het kennelijke optreden van de apotheek in deze - mede gelet op het restitutiekarakter van de zorgverzekering - niet aan de ziektekostenverzekeraar kan worden tegengeworpen.

9.5. Bij wijze van service heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar na afloop van de zitting gevraagd een overzicht te maken van hetgeen verzoeker had kunnen besparen indien in 2013 en 2014 de preferente middelen waren afgeleverd en gedeclareerd, en hierbij te vermelden hoe alsdan het verloop van het eigen risico was geweest. Hieruit is van de zijde van de ziektekostenverzekeraar gekomen dat verzoeker een bedrag van € 8,23 had kunnen besparen voor zichzelf, en dat voor verzekerden 1, 2 en 3 het eigen risico met andere kosten zou zijn volgemaakt. Verzoeker is het niet eens met de uitgevoerde berekening. Wat hiervan ook zij, het desbetreffende overzicht ziet op een hypothetische situatie aangezien hiervóór in 9.3 reeds is geconcludeerd dat verzoeker voldoende werd geïnformeerd over het preferentiebeleid en hij er in 2013 en 2014 desalniettemin mee heeft ingestemd dat aan hem en aan verzekerden 1, 2 en 3 niet-preferente geneesmiddelen zijn afgeleverd door de apotheek.

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, 20 mei 2015,

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