



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Farmaceutische zorg, preferentiebeleid, Nexium® en Aeries®, medische noodzaak

Zaaknummer : 201403136

Zittingsdatum : 1 juli 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Achmea 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 aanvraag was verzoekster 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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Plus drie 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 drie sterren is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de geneesmiddelen Nexium® en Aeries® (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 november 2014 en e-mailbericht van 4 december 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. Bij e-mailbericht van 26 februari 2015 heeft verzoekster 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).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 april 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 april 2015 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 22 april 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 juni 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. 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, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomende bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.8. Bij brief van 21 april 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 3 juni 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015051911) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet gebleken is dat een medische noodzaak bestaat voor verstrekking van de spécialités Nexium® en Aerius®. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 juli 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 6 juli 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 16 juli 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen 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 verzoekster
- 4.1. Verzoekster is bekend met een complex ziektebeeld. Zij heeft last van haar maag, heeft een middenrifbreuk en een trage maaglediging. Ook heeft zij een intolerantie voor lactose en mais. Als gevolg hiervan moet zij regelmatig en veel braken. Ook heeft zij diverse allergieën en eczeem. Tot slot heeft zij agorafobie en andere angststoornissen. Hierdoor is zij in 1990 in de WAO (thans: WIA) gekomen. Later heeft zij bij een ongeluk een nekhernia gekregen. Hiervoor is zij de afgelopen 15 jaar onder behandeling in vier verschillende ziekenhuizen. In verband met haar allergieën is zij lange tijd opgenomen geweest.
- 4.2. Na ten minste tien jaar medicijngebruik kwamen de artsen erachter dat verzoekster niet goed reageert op bepaalde geneesmiddelen. Zij hebben haar aangeraden de merkgeneesmiddelen Aerius® en Nexium® te gebruiken. Verzoekster heeft deze middelen inmiddels jarenlang gebruikt, met een positief resultaat. Nadat bij de plaatselijke apotheek een nieuwe apotheker in dienst was getreden, ontstonden echter problemen. Deze apotheker heeft medegedeeld geen merkgeneesmiddelen meer te willen verstrekken, omdat dit de apotheek geld kost. Verzoekster kreeg generieke middelen mee, die tot gevolg hadden dat zij na drie dagen gebruik op de huisartsenpost terecht kwam met onder andere maagklachten. Verzoekster heeft onderbouwde verklaringen van haar huisarts, twee dermatologen, de internist en de maag-darm-leverarts overgelegd, maar de apotheker blijft weigeren haar de middelen Aerius® en Nexium® af te leveren. De reden hiervoor is het onderliggende contract dat de apotheker heeft met de ziektekostenverzekeraar.
- 4.3. Verzoekster merkt op dat zij nog zes geneesmiddelen gebruikt, die continu worden gewisseld. Hiervan ondervindt zij echter geen problemen. Zij begrijpt niet waarom de ziektekostenverzekeraar haar verplicht generieke geneesmiddelen te gebruiken ter vervanging van de middelen Aerius® en Nexium®, terwijl vijf artsen hebben verklaard dat deze effectiever zijn en minder bijwerkingen

hebben. Voor de ziektekostenverzekeraar is het duurder de kosten van de zorg te vergoeden die benodigd is indien verzoekster de generieke middelen gebruikt.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft contact gehad met de huisarts, die zou hebben verklaard dat verzoekster naar een allergoloog kan om uit te zoeken voor welke hulpstof zij allergisch is. Hierbij wordt voorbij gegaan aan de problematiek van verzoekster die wordt veroorzaakt door de agorafobie. Het is voor haar niet gemakkelijk zomaar naar een allergoloog te gaan.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij, ten tijde van de wisseling naar generieke middelen, al twintig tot dertig jaar ervaring had met de finetuning van de geneesmiddelen. Zij is toen met generieke middelen gestart, maar reageerde hier slecht op. Er volgden een ziekenhuisopname en een plaktest. Uiteindelijk leidde dit tot een overleg tussen de specialisten, de huisarts en de apotheek, met als uitkomst dat zij Nexium® en Aerius® zou blijven gebruiken. Na drie jaar werd de apotheek echter overgenomen. De nieuwe eigenaar vertelde verzoekster dat hij de extra kosten niet voor haar ging betalen, waarna zij weer is overgeschakeld op de generieke middelen. Opnieuw ontstonden klachten van jeuk en hoofdpijn. Verzoekster is toen naar andere ziekenhuizen gegaan, en ook de artsen daar vonden dat zij weer terug moest naar de spécialités. Ook de huisarts had die mening. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar toestemming verleend hier bij de artsen navraag naar te doen. Verzoekster heeft de allergoloog in het Maasstad Ziekenhuis bezocht. Deze heeft alle dossiers opgevraagd en een aanvullend stuk opgesteld, dat bij de stukken is gevoegd. Doordat sprake is van meerdere ziektes, is de allergie of intolerantie lastig aan te tonen.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. In het 'Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2014' is geregeld dat de voorschrijver van een geneesmiddel op het recept kan vermelden dat sprake is van een medische noodzaak. Hij moet onderbouwen waarom deze aanwezig is. Bij een bewezen medische noodzaak gaat het om een vastgestelde allergie voor een bepaalde hulpstof of een probleem dat wordt veroorzaakt door een snellere of tragere opname van het geneesmiddel in het lichaam als gevolg van een bepaalde hulpstof. Dit betekent niet dat de patiënt altijd is aangewezen op een merkgeneesmiddel. Er kan ook een ander generiek middel beschikbaar zijn, waarin een specifieke hulpstof niet aanwezig is.
- 5.2. De arts schrijft het geneesmiddel voor, maar de apotheker dient het voorschrift van de arts te 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 spécialité heeft voorgeschreven, omdat er geen tekenen zijn dat een medische noodzaak voor het gebruik hiervan aanwezig is, is de apotheker op grond van de contractuele afspraken verplicht alsnog het generieke middel te leveren.
- 5.3. De apotheker heeft aan verzoekster toegelicht dat de vermelding "medische noodzaak" op het recept niet voldoende is. Duidelijk moet zijn voor welke hulpstof verzoekster allergisch is. Dan kan op zoek worden gegaan naar een merk waarin die hulpstof niet aanwezig is. Omdat niet duidelijk is om welke hulpstof het gaat, is niet bewezen dat een medische noodzaak bestaat voor verstrekking van de geneesmiddelen Aerius® en Nexium®.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de huisarts gevraagd om een toelichting op de opmerking "medische noodzaak" op het door hem opgestelde recept. Hij deelde mede dat verzoekster graag de merkgeneesmiddelen Aerius® en Nexium® gebruikt, omdat zij daar goed op reageert. Voor het vaststellen van een objectieve medische noodzaak moet verzoekster naar een allergoloog. Zo kan worden bepaald voor welke hulpstoffen zij allergisch is, aldus de huisarts. Ook gelet op deze verklaring is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat het bestaan van een medische noodzaak voor de merkgeneesmiddelen Aerius® en Nexium® niet aannemelijk is geworden, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten hiervan, ten laste van de zorgverzekering.

5.5. De door verzoekster in verband met de esomeprazol genoemde klachten van misselijkheid en een droge mond vallen onder de bijwerkingen van dit middel en kunnen zowel bij het specialité als het generieke middel optreden. De slikproblemen kunnen worden veroorzaakt door de vorm van de capsules, maar dit kan worden opgelost door de capsule open te maken. De korreltjes kunnen dan met pap of met water worden ingenomen. Volgens de internist zijn door verzoekster verschillende protonpompremmers geprobeerd. Uit de declaraties blijkt dat de laatste vijf jaar uitsluitend esomeprazol van Sandoz is geprobeerd, het betreft dus niet andere generieke middelen met esomeprazol.

De door verzoekster in het kader van de desloratadine genoemde klachten van extreme moeheid, hoofdpijn en jeuk vallen onder de bijwerkingen van dit middel, en kunnen zowel bij het specialité als bij het generieke middel optreden.

Verzoekster heeft toegelicht dat zij een intolerantie heeft voor maïs, maar dit komt in zowel Aerius® als het generieke middel voor.

5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat uit de verklaring van de allergoloog blijkt dat er geen allergie is, maar mogelijk wel een intolerantie. Door verzoekster is maar een beperkt aantal alternatieven geprobeerd. Omdat de intolerantie niet is vastgesteld, wordt het standpunt gehandhaafd.

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 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 5 van de 'Aanspraken en 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 Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Wij vergoeden de kosten van terhandstelling, advies en begeleiding van:

a alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingsstelsel. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheekhoudende die met ons een IDEA-contract heeft gesloten;

b de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheekhoudende die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheekhoudende zonder contract;

c andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan.

Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor u of uw basisverzekering.

Onder deze rationele farmacotherapie vallen:

– geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheekhoudende in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;

– geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van de Geneesmiddelenwet;

– geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;

d polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. (...)"

8.4. Artikel 4.2 van het 'Achmea Reglement Farmacie 2014' bepaalt, voor zover hier van belang:

"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. Wilt u weten welke geneesmiddelen wij als preferent hebben aangewezen? Een overzicht van deze middelen vindt u op de website van uw Achmea Zorgverzekeraar. Het kan nodig zijn om de lijst aangewezen middelen tussentijds te wijzigen. In dat geval wordt hierover op tijd informatie verstrekt. Daarnaast vindt u op de website van uw Achmea Zorgverzekeraar ons preferentiebeleid. Let op: het preferentiebeleid geldt niet voor geneesmiddelen die worden toegediend in een instelling. Ook geldt het preferentiebeleid niet voor geneesmiddelen die worden afgenomen bij apotheekhoudenden met een IDEA-overeenkomst. (...)"

8.5. In de begripsomschrijvingen is het begrip "medische noodzaak" als volgt gedefinieerd:

"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. De artikelen 5 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering en 4.2 van het 'Achmea Reglement Farmacie 2014', evenals het bepaalde in de begripsomschrijvingen zijn volgens artikel 1.1 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 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 voorwaarden van de zorgverzekering en de hieraan 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 dient, zoals blijkt uit artikel 5 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering in relatie met de begripsomschrijvingen van de zorgverzekering, de voorschrijvende zorgaanbieder op het recept te vermelden dat een medische noodzaak bestaat voor het voorgeschreven - niet preferente - middel en moet hij deze noodzaak tevens kunnen onderbouwen. Door verzoekster is in dit verband verwezen naar verklaringen van haar huisarts, twee dermatologen, een MDL-arts en een internist. Het dossier bevat slechts drie medische verklaringen, namelijk van de huisarts, een dermatoloog en een MDL-arts, zodat de commissie zich tot die verklaringen zal beperken.
- 9.4. De huisarts heeft zowel het middel Aerius® als het middel Nexium® voorgeschreven, maar heeft op het recept slechts vermeld dat deze middelen moeten worden geleverd in verband met een medische noodzaak. De huisarts heeft niet onderbouwd waaruit deze noodzaak bestaat en heeft, daarnaar door de ziektekostenverzekeraar gevraagd, toegelicht dat verzoekster deze middelen gebruikt omdat zij hierop goed reageert. Verzoekster heeft dit niet, gemotiveerd, weersproken. De dermatoloog heeft het middel Aerius® voorgeschreven, en heeft hierover verklaard: "*Bij gebruik van desloratadine (...) v/d allergie klachten en is afhankelijk van Aerius. Dit reduceert haar klachten. Medische noodzaak voor Aerius*". Uit deze verklaring is enkel op te maken dat verzoekster beter reageert op het middel Aerius® dan op de door haar geprobeerde generieke variant van het middel, maar niet is onderbouwd welke klachten er optreden, waardoor de klachten kunnen worden

veroorzaakt, en of andere generieke middelen zijn geprobeerd. Verzoekster heeft dan ook geen aanspraak op vergoeding van de kosten van het middel Aerius®, ten laste van de zorgverzekering.

- 9.5. Met betrekking tot het middel Nexium® heeft de MDL-arts verklaard: *"Bovengenoemde patiënte is bij mij onder behandeling. Vanwege ernstige reflux ziekte en habitueel braken. Er is een indicatie voor chronisch gebruik van een protonpompremmer. Zij heeft verschillende protonpompremmers geprobeerd. Gelieve haar een machtiging te verstrekken voor het gebruik van Nexium®, vanwege een allergie voor hulpstoffen"*. De commissie is van oordeel dat met deze laatste verklaring de medische noodzaak van het gebruik van het middel Nexium® voldoende is onderbouwd. De arts heeft toegelicht waarvoor het middel is voorgeschreven, dat door verzoekster verschillende generieke varianten van het geneesmiddel zijn gebruikt, maar dat is gebleken van een allergie voor de hulpstoffen van deze middelen. Daarom vraagt hij verstrekking van het specialité Nexium®. In de voorwaarden van de zorgverzekering is niet bepaald dat de onderbouwing van de medische noodzaak dient plaats te vinden op een voorgeschreven wijze, bijvoorbeeld in die zin dat een allergie voor een hulpstof moet zijn aangetoond door een allergoloog. Dit argument van de ziektekostenverzekeraar treft daarom geen doel.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor geneesmiddelen, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.5. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 9.8. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.5. Het meer of anders gevorderde wijst de commissie af.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 19 augustus 2015,

J.A.M. Strens-Meulemeester