



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea  
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist  
Zaak : Farmaceutische zorg, preferentiebeleid, Plavix®  
Zaaknummer : 201402403  
Zittingsdatum : 25 maart 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

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

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 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). Genoemde verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).  
De eveneens ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Plus Polis drie sterren is niet in geschil en blijft om die reden onbesproken.

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 Plavix® (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 juli 2014 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 8 augustus 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 16 december 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 bij brief van 29 januari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 februari 2015 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 februari 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 maart 2015 telefonisch medegedeeld eveneens 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, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstige bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 4 februari 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 13 maart 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015016062) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten verrichten naar de vraag waarop de apotheker zich baseert dat bij verzoeker geen sprake is van een medische noodzaak voor het merkmiddel. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 16 maart 2015 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 maart 2015 telefonisch gehoord en zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 26 maart 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 16 april 2015 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht waarin het Zorginstituut de commissie adviseert het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoeker geen sprake is van een medische noodzaak voor het middel Plavix®. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 17 april 2015 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoeker heeft op 19 april 2015 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker gebruikt al jaren het middel Plavix®. Sinds enige tijd wil de ziektekostenverzekeraar dit middel niet meer vergoeden. Verzoeker heeft sindsdien verschillende vervangende merkloze geneesmiddelen geprobeerd, maar van al deze middelen heeft hij bijwerkingen gekregen. Om die reden heeft de huisarts sindsdien op alle recepten voor het middel Plavix® vermeld dat hiervoor een medische noodzaak aanwezig is. Ondanks deze vermelding wil de ziektekostenverzekeraar de kosten niet vergoeden.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker herhaald dat hij van de vervangende middelen hoofdpijn krijgt. Sinds verzoeker weer Plavix® gebruikt zijn de klachten verdwenen. Als verzoeker de stelling van de ziektekostenverzekeraar goed begrijpt dan wil deze Plavix® wel vergoeden als hij eerst nog een derde variant probeert. Verzoeker heeft dit geweigerd omdat hij niet het risico wil lopen weer klachten te krijgen.
- 4.3. 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 voor Plavix® vergoed. Een verzekerde heeft enkel aanspraak op het duurdere middel, indien de behandelend zorgverlener duidelijk vermeldt dat het wordt

voorgeschreven vanwege een medische noodzaak. Daarbij dient deze medische noodzaak te worden onderbouwd.

- 5.2. Op grond van de geldende verzekeringsvoorwaarden 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 spécialité heeft voorgeschreven, omdat er geen aanwijzingen voor een medische noodzaak zijn, is de apotheker op grond van zijn contractuele afspraken met de ziektekostenverzekeraar verplicht, in afwijking van het voorschrift van de arts, toch het generieke middel te leveren. De uiteindelijke beslissing of sprake is van een medische noodzaak ligt dus bij de apotheker.
- 5.3. Door verzoeker is een recept voor het middel Plavix® overgelegd. Op dit recept, dat is uitgeschreven door de huisarts, is vermeld "bijwerking hoofdpijn bij generiek vervanging". De adviserend geneeskundige van de ziektekostenverzekeraar heeft het dossier bestudeerd en stelt dat genoemde bijwerking zowel bij het spécialité als het generieke middel kan optreden. Daarnaast bestaat volgens de adviserend geneeskundige nog een generiek middel dat dezelfde hulpstof heeft als Plavix®, namelijk waterstofsulfaat.
- 5.4. Gezien het voorgaande is de ziektekostenverzekeraar van mening dat in het geval van verzoeker geen aantoonbare medische noodzaak aanwezig is voor het middel Plavix®. Bovendien bestaat de mogelijkheid van gebruik van een generiek middel met dezelfde hulpstof als het spécialité. Indien verzoeker ook van dit middel hoofdpijnklachten krijgt, bestaat aanspraak op verstrekking van het middel Plavix®.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij contact heeft gehad met de huisarts van verzoeker, maar deze kon geen bevindingen opgeven. Daarnaast is de apotheek van verzoeker om een reactie gevraagd. Deze heeft verklaard dat verzoeker in het verleden is gestart met de originele Plavix® en in februari 2014 voor de eerste keer een generiek middel heeft ontvangen. Verzoeker kreeg van dit middel hoofdpijn. Uit het Informatorium Medicamentorum (2015) staat vermeld dat hoofdpijn een bijwerking is van de werkzame stof clopidogrel die ook aanwezig is in het originele product. Nadien heeft verzoeker nog een ander generiek middel geprobeerd en ook van dit middel kreeg verzoeker hoofdpijn.
- 5.6. 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 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 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorgverleners. De

aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 24 van de 'aanspraken' 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*  
- *advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.*

*Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Voor een omschrijving van deze (deel)prestaties verwijzen wij u naar het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. (...)"*

- 8.4. Artikel 4 van het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2014 regelt met betrekking tot preferente geneesmiddelen het volgende:

**"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."*

- 8.5. In de begrippenlijst van het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2014 is het begrip medische noodzaak omschreven. Deze bepaling luidt als volgt:

**"Medische noodzaak**

*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. Artikel 24 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering en het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg zijn volgens artikel 2 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 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 dient, zoals blijkt uit de omschrijving van het begrip 'medische noodzaak' zoals opgenomen in de begrippenlijst van het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2014, de voorschrijver op het recept te vermelden dat een medische noodzaak bestaat voor het voorgeschreven – niet preferente – middel en moet hij dit tevens kunnen onderbouwen. Verzoeker heeft in dit verband een recept van 18 augustus 2014 overgelegd waarop zijn huisarts heeft verklaard dat verzoeker last heeft hoofdpijn bij het gebruik van verschillende preferente middelen. Door de ziektekostenverzekeraar is erkend dat hoofdpijn inderdaad een bijwerking van clopidogrel kan zijn, maar dat dit ook geldt voor het door verzoeker gewenste middel Plavix®. Nog daargelaten dat verzoeker heeft gesteld van Plavix® geen bijwerkingen te hebben, geldt dat op grond van het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2014 de voorschrijver de medische noodzaak bepaalt. In de situatie van verzoeker heeft de huisarts verklaard dat een medische noodzaak bestaat voor gebruik van het niet preferente middel, en heeft deze onderbouwd met een verwijzing naar de door verzoeker ervaren klachten bij gebruik van het preferente geneesmiddel. Dat de afleverend apotheker en de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar tot een andere conclusie komen, nog afgezien van de vraag waarop dat is gebaseerd, mag zo zijn, maar de ziektekostenverzekeraar heeft de beoordeling van de medische noodzaak expliciet toebedeeld aan de voorschrijver en niet aan de apotheker of de medisch adviseur.
- 9.4. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker het generieke middel met de hulpstof waterstofsulfaat nog dient te proberen alvorens eventueel in aanmerking te komen voor verstrekking van het middel Plavix®, treft geen doel. Noch in de verzekeringsvoorwaarden noch in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2014 is namelijk bepaald dat verzekerden eerst de mogelijke alternatieven moeten hebben geprobeerd teneinde aanspraak te kunnen maken op het niet-preferente middel. Voor zover hierover afspraken zijn gemaakt tussen de ziektekostenverzekeraar en de apotheker, zijn deze voor een verzekerde niet kenbaar en kunnen deze om die reden niet aan verzoeker worden tegengeworpen.
- 9.5. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoeker het middel Plavix® te verstrekken.

### **Conclusie**

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



9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- 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, 20 mei 2015,



mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester

