



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Farmaceutische zorg, Victoza®

Zaaknummer : 201401926

Zittingsdatum : 11 maart 2015

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

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

1. Partijen

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

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, 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 Plus 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 Tandarts 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 vergoeding van de kosten van Victoza®, een GLP-1 analoog (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 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 10 juli 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 25 september 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 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 2 januari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 januari 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Om redenen van proceseconomie heeft de commissie besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid, en tevens, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomende bevoegdheid, dat de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan. Verzoeker heeft op 13 januari 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 februari 2015 per e-mailbericht medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 7 januari 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 4 februari 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015003640) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de situatie van verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden die zijn gesteld ten aanzien van het geneesmiddel Victoza®. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 maart 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 13 maart 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 19 maart 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 verzoeker
- 4.1. De behandelend internist heeft met betrekking tot verzoeker het volgende gesteld: "*Hierbij wil ik uw toestemming vragen voor vergoeding van de gecombineerde [behandeling] van insuline met een GLP1 analoog bij bovengenoemde patiënt. Patiënt wordt al enige tijd succesvol behandeld met een GLP1 analoog: de glucoses verbeterden, en ook het gewicht daalde. Helaas is de diabetes onvoldoende onder controle met alleen het GLP1 analoog werd geswitched naar een insulineschema. Daar de voorraad Victoza nog niet op was heeft patiënt een tijd lang de medicatie gecombineerd, sinds hij echter is moeten stoppen met de Victoza is de insulinebehoefte sterk toegenomen en het gewicht nav[r]enant. Dit is natuurlijk ten nadele van de gezondheid en de kwaliteit van leven van patiënt, hij is dan ook ten einde raad. Hij meld[d]e mij dat iom uw medisch adviseur na een brief van mij de combinatievergoeding heroverwogen zou worden. Ik heb zeer positieve ervaringen met de combinatie bij andere patiënten, verder zijn er natuurlijk ruime studie-ervaringen hiermee en wordt ook in het buitenland hier al mee gewerkt. Om deze reden wil ik u dan ook graag toestemming hiervoor vragen, mede omdat naar ik begrijp er momenteel in Nederland onderzoek loopt om deze combinatie in de vergoedingsregels op te gaan nemen.*"
- 4.2. Verzoeker wordt al enige tijd behandeld voor diabetes. In eerste instantie is hij behandeld met alleen Victoza®. Gedurende deze behandeling is gebleken dat hiermee de diabetes onvoldoende onder controle was, reden waarom bij verzoeker een insulineschema is toegepast. Omdat de voorraad Victoza® nog niet was verbruikt, heeft hij naast de insuline het restant Victoza® gebruikt. Toen de resultaten hiervan voor verzoeker zeer positief bleken, heeft hij verklaard het gebruik van deze combinatie van middelen te willen continueren. De ziektekostenverzekeraar heeft verdere vergoeding van Victoza® echter geweigerd. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar zich


 erop beroepen dat Victoza® expliciet van vergoeding is uitgesloten als daarnaast insuline wordt gebruikt.


4.3. Verder is door verzoeker aangevoerd dat toen hij stopte met het gecombineerde gebruik van Victoza® en de insuline, zowel de insulinebehoefte als zijn gewicht sterk is toegenomen. Daarnaast stelt verzoeker dat indien hij Victoza® naast de insuline gebruikt, hij tweemaal daags medicatie nodig heeft. Als hij alleen insuline gebruikt, heeft hij vijfmaal daags medicatie nodig.


 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat in het buitenland veel met het middel Victoza® wordt gewerkt. De resultaten hiervan blijken positief. Verzoeker heeft daarnaast benadrukt dat het voor de ziektekostenverzekeraar voordelig is Victoza® te vergoeden aangezien hij dan een minder grote hoeveelheid insuline zou kunnen gebruiken.

 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. Het gebruik van Victoza® is in de vergoedingsvoorwaarden expliciet van vergoeding uitgesloten indien ook insuline wordt gebruikt. Nu verzoeker tevens insuline gebruikt is Victoza® geen verzekerde zorg. Het schrijven van de internist d.d. 3 juli 2014, waarin wordt gesteld dat sinds het stoppen met Victoza® het gewicht en de glucosewaarden van verzoeker zijn toegenomen, doet hier niet aan af. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de gewichtstoename dan wel de toenemende glucosewaarden kunnen worden gereguleerd door de leefstijl en het insulinegebruik aan te passen. Nu geen "rug-tegen-de-muur"- situatie is ontstaan, ziet de ziektekostenverzekeraar geen reden om tot vergoeding van Victoza® over te gaan.


 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

 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 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 het geneesmiddel Victoza® te vergoeden, 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 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 "Hoofdstuk B" van de zorgverzekering.

 8.3. Artikel B.15.1 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneesmiddelen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“De zorg omvat (het verstrekken van en adviseren over) geneesmiddelen die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Daarbij gaat het om 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.*

Het Reglement Farmacie kunt u vinden op onze internetsite, of telefonisch bij ons opvragen.

(...)

B.15.1.a. Geneesmiddelen

De minister van VWS heeft het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) opgesteld. Dat is een lijst waarop alle geregistreerde geneesmiddelen staan (Bijlage 1) waar u recht op kunt hebben.

Soms worden er nadere voorwaarden gesteld ten aanzien van bijvoorbeeld de indicatie (Bijlage 2), zie ook Reglement Farmacie. Bijlage 1 en 2 vindt u op www.wetten.nl

In het GVS is geregeld of een geneesmiddel volledig vergoed wordt of dat er een eigen bijdrage voor geldt (...).

Let op!

De zorg omvat niet:

(...)

8. geneesmiddelen die voor andere indicaties gebruikt worden dan vermeld in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering, of als niet aan de extra voorwaarden wordt voldaan. Voor toelichting zie onder "Voorwaarden", "Zorgadvies en akkoordverklaring", a. Nadere voorwaarden";(...)"

- 8.4. Artikel B.15.1 van de zorgverzekering en het Reglement Farmacie zijn volgens artikel A.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel aZvw 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.
- 8.6. 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. De commissie stelt vast dat in artikel B.15.1 van de zorgverzekering en in het Reglement Farmacie, welk reglement deel uitmaakt van de verzekeringsvoorwaarden, wordt verwezen naar de Rzv. Deze regeling kent twee bijlagen. In bijlage 1 zijn de door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangewezen geneesmiddelen opgenomen. Bijlage 2 bevat de eventueel toepasselijke bijzondere voorwaarden. Met betrekking tot Victoza® (Liraglutide) is in bijlage 2 de navolgende voorwaarde voor vergoeding vanuit de basisverzekering opgenomen:

"Uitsluitend voor een verzekerde met diabetes mellitus type 2 en een BMI groter dan of gelijk aan 35 kg/m², bij wie de bloedglucosewaarden onvoldoende kunnen worden gereguleerd met de combinatie van metformine en een sulfonyleuremderivaat in de maximaal verdraagbare doseringen en die geen insuline gebruikt, tenzij de verzekerde al op 1 mei 2011 met dit middel in combinatie met insuline wordt behandeld."

Nu verzoeker niet voldoet aan de betreffende bijzondere voorwaarde - hij gebruikt immers insuline en niet gebleken is dat hij al op 1 mei 2011 werd behandeld met de combinatietherapie - kan geen vergoeding van Victoza® ten laste van de zorgverzekering plaatsvinden.

- 9.2. Voor zover verzoeker stelt dat de combinatietherapie kostenbesparend werkt - hij gebruikt hierdoor namelijk minder insuline - en voor hem minder tijdrovend is, geldt dat bij de beoordeling van een verzoek tot vergoeding of verstrekking enkel een rol speelt of de gewenste zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt. Voor substitutie van zorg, in die zin dat zorg wordt vergoed die niet is gedekt, ter voorkoming van te maken kosten voor zorg die wél is gedekt, is onder de huidige regelgeving geen mogelijkheid opgenomen. De gestelde tijdsbesparing vormt geen element van de beoordeling van de aanspraak. Tot slot kan ook de stelling van verzoeker dat hij door de combinatietherapie beter op gewicht blijft niet leiden tot een andere uitkomst.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 april 2015,

Prof. mr. A.I.M. van Mierlo