



ANONIEM BINDEND ADVIES



Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, in deze vertegenwoordigd door Turien & Co. Assuradeuren te Alkmaar

Zaak : Farmaceutische zorg, Strattera®, eigen bijdrage

Zaaknummer : 201503094

Zittingsdatum : 2 maart 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlage 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

- 1) Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door Turien & Co. Assuradeuren te Alkmaar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Keuze Zorg Plan (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 Royaal 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 T Extra is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

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 het middel Strattera® (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsspecificaties van verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij e-mailbericht van 23 december 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat (i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, en (ii) dat de ziektekostenverzekeraar onrechtmatige codes gebruikt bij zijn afwijzing (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 12 januari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 januari 2016 aan verzoekster gezonden.

3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 27 januari en 19 februari 2016 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 de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.

3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 maart 2016 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster stelt dat zij ongeveer twee jaar geleden ervoor heeft gekozen zich bij de ziektekostenverzekeraar te verzekeren omdat haar medicatie (Strattera®) door deze werd vergoed. Vanaf medio 2015 dient verzoekster echter de kosten van het middel zelf te betalen. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding afgewezen met als reden T032 (geneesmiddel niet opgenomen in lijst preferente geneesmiddelen en geen medische noodzaak). Na ontvangst van het eerste vergoedingsoverzicht heeft verzoekster twee keer telefonisch contact gehad met een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar. In beide telefonische contacten heeft de betreffende medewerkster verzoekster medegedeeld dat de apotheker de factuur moest aanpassen. Verzoekster is door deze mededeling terneergeslagen en in paniek geraakt. Daarnaast heeft de hele situatie tot ziekmelding op het werk geleid.

4.2. Op 4 november 2015 heeft verzoekster opnieuw telefonisch contact gehad met de betreffende medewerkster van de ziektekostenverzekeraar. In dit gesprek heeft verzoekster te kennen gegeven dat zij niet van plan is de apotheker te vragen de nota aan te passen. Na het gesprek heeft verzoekster haar huisarts verzocht het recept voor Strattera® te voorzien van de woorden 'medische noodzaak'. Ondanks het feit dat de huisarts gehoor heeft gegeven aan dit verzoek, is vergoeding van de kosten afgewezen. Door deze handelwijze beoordeelt in feite de ziektekostenverzekeraar of een medicijn voor een verzekerde medisch noodzakelijk is. Verzoekster meent dat een en ander in strijd is met de artikelen 7:446 en 7:457 BW. Verzoekster twijfelt dan ook aan de rechtmatigheid van de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde code T032.

4.3. Voorts wenst verzoekster op te merken dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten met ingang van 1 januari 2016 geen dekking meer te bieden voor ADHD-medicatie. Als verzoekster dit eerder had geweten had zij wellicht een andere verzekering afgesloten of was zij zelfs overstapt naar een andere zorgverzekeraar. Omdat de ziektekostenverzekeraar het contract eenzijdig heeft gewijzigd, en hij verzoekster hiervan niet, bijvoorbeeld in zijn e-mailbericht van 11 december 2015, tijdig op de hoogte heeft gesteld, is sprake van ernstig verwijtbaar handelen.

4.4. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat verontwaardigd te zijn omdat de ziektekostenverzekeraar op basis van een code informatie heeft kunnen opvragen bij de behandelaars, zonder dat hiervoor een vrijwaringsverklaring werd afgegeven.

4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen VergoedingsSysteem (hierna: GVS). In het GVS staat vermeld welke geneesmiddelen ten laste van de zorgverzekering mogen worden vergoed. Het middel Strattera® is weliswaar opgenomen in het GVS, maar kent een eigen bijdrage. De door verzoekster ter declaratie ingediende nota's betreffende uitsluitend deze eigen bijdrage.

5.2. Op grond van de door verzoekster in 2015 afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage (de zogenoemde bovenlimietprijs GVS) met een maximum van € 500,- per kalenderjaar. Doordat verzoekster in genoemd jaar meer heeft gedeclareerd dan waarop zij aanspraak had, zijn de nota's na het bereiken van de maximumvergoeding afgewezen. De nota's die de maximumvergoeding overschrijden komen bij de ziektekostenverzekeraar in de 'uitval' terecht. Deze nota's worden handmatig van een afwijsreden (code) voorzien. Gelet op deze werkwijze is een foutieve code helaas niet uit te sluiten. Dat verzoekster zich op grond van de vermelde afwijscodes terneergeslagen voelt, in paniek is geraakt en zich bij haar werkgever ziek heeft gemeld, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden verweten.

5.3. De ziektekostenverzekeraar wenst nog op te merken dat hij in november 2015 zijn verzekerden heeft geïnformeerd over alle wijzigingen in 2016. In deze informatiebrochure is onder het kopje "Farmaceutische zorg, wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS)" de volgende tekst opgenomen: "Verandering: dekking was maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar en wordt maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar. Verandering: er is geen vergoeding voor de wettelijke eigen bijdrage van ADHD-medicijnen". Gelet op deze passage is verzoekster dus tijdig geïnformeerd over de wijziging.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat inderdaad een onjuiste code is vermeld maar dat op basis van de vermelde code geen informatie is opgevraagd bij de behandelaars.

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 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering, welk artikel 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 (i) of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van het middel Strattera®, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, en (ii) of de ziektekostenverzekeraar onrechtmatige codes gebruikt bij zijn afwijzing.

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 1 e.v. van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 5 van de 'Aanspraken' van 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.

U heeft aanspraak op terhandstelling, advies en begeleiding van:

a alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. 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 IDEAcontract 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;
(...)"*

8.4. In het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2015 is het volgende opgenomen:

"3.5 Geen contract

Met sommige apotheekhoudenden en medisch gespecialiseerde leveranciers hebben wij geen afspraken gemaakt over de farmaceutische zorg die zij mogen leveren.

(...)

Let op! Naast de lagere vergoeding (of geen vergoeding in het geval van levering niet-preferent geneesmiddel zonder medische noodzaak) waar u recht op heeft bij een niet-gecontracteerde apotheekhoudende die we hierboven beschrijven, kan het voorkomen dat u nog een deel zelf moet betalen. Het gaat hier om de bovenlimietprijs (wettelijke eigen bijdrage). Deze wordt eventueel wel vergoed uit uw aanvullende verzekering. (...)"

8.5. Artikel 5 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering en het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2015 zijn volgens artikel 1 van de 'algemene voorwaarden' 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 14 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2015) regelt de aanspraak op farmaceutische zorg en luidt, voor zover hier van belang:

"Art. 14 Farmaceutische zorg

Wij vergoeden de kosten van de wettelijke eigen bijdrage voor farmaceutische zorg (14.1). (...)

14.1 Wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS)

Sommige medicijnen betaalt u deels zelf en vergoeden wij deels vanuit de basisverzekering. Het deel dat u zelf moet betalen is de wettelijke eigen bijdrage. Wij vergoeden deze wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS), als het gaat om farmaceutische zorg die vergoed wordt vanuit de basisverzekering of de aanvullende verzekering. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Moet u een eigen bijdrage betalen, omdat u het maximum overschrijdt van de maximale vergoedingen voor de (deel) prestaties farmacie geneesmiddelen en dieetpreparaten? Dan vergoeden wij deze eigen bijdrage niet.

(...)

Royaal maximaal € 500 per persoon per kalenderjaar

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. In artikel 5 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering en artikel 3.5. van het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg (2015) zijn verwijzingen opgenomen naar Bijlagen 1 en 2 Rzv en het GVS. Vast staat dat het middel Strattera® 60 mg voorkomt op Bijlage 1 Rzv en is opgenomen in het GVS. Daarmee behoort genoemd middel tot de verzekerde zorg in het kader van de zorgverzekering. Anders dan verzoekster lijkt te suggereren, zijn de kosten door de ziektekostenverzekeraar weliswaar vergoed, maar (slechts) tot de vergoedingslimiet van het betreffende cluster. Of door de ziektekostenverzekeraar ter zake een preferentiebeleid wordt gevoerd, kan in het midden blijven, aangezien ook bij aanwijzing van Strattera® de vergoedingslimiet heeft te gelden. Het geschil spitst zich dan ook toe op de wettelijke eigen bijdrage of bovenlimietprijs GVS, het deel van de kosten dat niet is gedekt onder de zorgverzekering.
- 9.2. Op grond van artikel 14 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2015) bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van eerder genoemde eigen bijdrage tot een maximum van € 500,- per kalenderjaar. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoekster niet gemotiveerd bestreden, dat dit bedrag reeds aan verzoekster is vergoed. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat verzoekster in 2015 de maximale vergoeding voor de eigen bijdrage waarop ingevolge de aanvullende ziektekostenverzekering recht bestaat, heeft ontvangen. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op een hogere vergoeding.
- 9.3. Het argument dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de ingediende nota's tot een hoger bedrag te vergoeden omdat een onjuiste code is gebruikt bij de afwijzing kan verzoekster niet baten. Op grond van artikel 20 van de Regeling TH/NR-004 (Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten) van de Nederlandse Zorgautoriteit dienen zorgverzekeraars hun afwijzing duidelijk te motiveren. Hoewel de commissie van oordeel is dat de door de ziektekostenverzekeraar gebruikte afwijscodes F002 en T032 in het onderhavige geval niet passend zijn, had verzoekster aan de hand van de zelfde uitkeringsspecificaties in combinatie met de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden kunnen bepalen dat de eigen bijdrage ter zake van Strattera® werd vergoed en dat deze vergoeding maximaal € 500,- per kalenderjaar bedroeg. Tevens had zij kunnen vaststellen dat dit maximum was bereikt. Een en ander klemt te meer omdat verzoekster heeft verklaard dat de betreffende vordering voor haar juist de reden was om voor de aanvullende ziektekostenverzekering te kiezen. Voor zover door verzoekster is gesteld dat op basis van de gehanteerde codes informatie kan worden opgevraagd bij de behandelaars merkt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar ter zitting de omschrijving bij de gehanteerde codes voorgelezen. Uit deze omschrijving valt niet op te maken dat informatie bij de behandelaars kan worden opgevraagd. Nu verzoekster daarnaar gevraagd heeft verklaard dat dit ook niet heeft plaatsgevonden laat de commissie dit onderdeel verder rusten.

- 9.4. Door verzoekster is voorts aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar eenzijdig het besluit heeft genomen de verschuldigde eigen bijdrage met ingang van 1 januari 2016 niet meer te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, zonder haar hiervoor tijdig te informeren. Zodoende heeft verzoekster niet de kans gehad een evenwichtige keuze te maken of zij de aanvullende ziektekostenverzekering nog nodig had. Ten aanzien van deze stelling merkt de commissie op dat verzoekster niet heeft betwist dat de ziektekostenverzekeraar haar eind 2015 een informatiepakket heeft gezonden met daarin de belangrijkste wijzigingen voor 2016, meer in het bijzonder de mededeling: "Verandering: er is geen vergoeding voor de wettelijke eigen bijdrage van ADHD-medicijnen." Indien verzoekster van mening was dat deze informatie niet toereikend was om zich een goed beeld te vormen van de gewijzigde dekking, had het op haar weg gelegen bij de ziektekostenverzekeraar navraag te doen. Gesteld noch gebleken is dat verzoekster dit heeft gedaan.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 maart 2016,

H.A.J. Kroon