



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A, vertegenwoordigd door de heer B, beiden te C, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. en OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Tilburg

Zaak : Farmaceutische zorg, preferentiebeleid, Salazopyrine®, Ursochol®, Imuran®, CoAprovel®, Norvasc®, Metoprololsuccinaat®, Ascal®, Thyrax Duotab®, Nexium®

Zaaknummer : 201401648

Zittingsdatum : 1 juli 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013-2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.8 Bzv, 2.5, Bijlage 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013-2014)

1. Partijen

Mevrouw A, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer B, beiden te C,
tegen

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en
- 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (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 OHRA Uitgebreid 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).

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 Salazopyrine®, Ursochol®, Imuran®, CoAprovel®, Norvasc®, Metoprololsuccinaat®, Ascal®, Thyrax Duotab® en Nexium® (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 februari 2013 telefonisch aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 16 april 2013 en 25 april 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 17 januari 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).
- 3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 april 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 april 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 25 april 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 mei 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 9 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 21 mei 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015042989) de commissie medegedeeld dat op basis van de voorhanden gegevens niet beoordeeld kan worden of sprake is van een medische noodzaak voor de spécialités (merkgeneesmiddelen). Het staat niet zonder meer vast dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding. Zodoende is nader onderzoek nodig. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 2 juni 2015 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld op dit advies te reageren. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 7 respectievelijk 10 juni 2015 gereageerd op het advies van het Zorginstituut. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster


- 4.1. Verzoekster heeft enkele chronische aandoeningen, waaronder de ziekte van Crohn en reuma. Desalniettemin is sprake van een balans en van kwaliteit van leven. Om deze te behouden slikt verzoekster dagelijks een negental medicijnen en staat zij onder controle van een MDL-arts en internist.
- 4.2. Vanaf begin 2013 hanteert de ziektekostenverzekeraar een - meer rigide - preferentiebeleid, waardoor problemen zijn ontstaan. Het overgrote deel van de door verzoekster gebruikte medicijnen wordt sindsdien niet meer vergoed. Dit betekent dat de kosten van deze medicijnen voor rekening van verzoekster komen. Op advies van de apotheker heeft verzoekster de betreffende medicijnen gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Op 27 februari 2013 deelde de ziektekostenverzekeraar telefonisch aan verzoekster mede dat de kosten hiervan niet voor vergoeding in aanmerking komen. Naar aanleiding van een klacht van verzoekster heeft diverse malen (telefonisch) contact tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft uit coulance de kosten van de merkmedicijnen, verstrekt in het eerste halfjaar van 2013, alsnog vergoed.
- 4.3. Onderhavig geschil heeft tot een impasse geleid. Verzoekster zit gevangen tussen de medisch-specialisten, de apotheek en de ziektekostenverzekeraar. Er heeft voortdurend overleg plaatsgevonden met de medisch-specialisten en de apotheker, maar de impasse is niet doorbroken. Zowel de MDL-arts als de internist heeft verklaard op medische gronden niet akkoord te kunnen gaan met vervanging van de merkmedicijnen door generieke middelen. Van belang in dit kader zijn de lange periode van het medicatiegebruik, de hoeveelheid noodzakelijke medicijnen en de bereikte balans. Voor de herhaalrecepten worden door de medisch-specialisten dan ook bewust en expliciet de merkmedicijnen voorgeschreven, en niet de werkzame stof, zoals de ziektekostenverzekeraar stelt. De apotheker heeft te kennen gegeven slechts bereid te zijn de merkmedicijnen af te leveren wanneer deze door verzoekster contant worden betaald. Het resultaat van dit alles is dat verzoekster voor de kosten van de voor haar medisch noodzakelijke medicijnen opdraait. Dit wordt op termijn een onhoudbare situatie. Verzoekster verklaart begrip te hebben voor het preferentiebeleid dat de ziektekostenverzekeraar voert. In haar geval leidt dit echter, tegen het voorschrift van de behandelend medisch-specialisten in, tot een dictaat van de ziektekostenverzekeraar om over te gaan op het gebruik van steeds wisselende generieke middelen.
- 4.4. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar volledig voorbij gaat aan de medische redenen die de beide medisch-specialisten hebben doen besluiten om vooralsnog de medicatie voor chronische

toepassing expliciet te handhaven. De ziektekostenverzekeraar gaat op de stoel van de arts zitten door het preferentiebeleid rigide toe te passen als een niet-besprekbaar bindend voorschrift. Hierdoor ontvangt verzoekster in het geheel geen vergoeding voor de voorgeschreven medicatie. De schadepost in de periode van juli 2013 tot en met augustus 2014 bedraagt € 1.190,77.




- 4.5. De gezondheidstoestand van verzoekster is zeer fragiel. Van 19 tot en met 21 juli 2014 was zij (via de spoedeisende hulp) opgenomen in het ziekenhuis. Daarna is verzoekster korte tijd poliklinisch behandeld. Op 29 juli 2014 is zij wederom (acuut) in het ziekenhuis opgenomen, waarna zij op 6 augustus 2014 per ambulance is overgebracht naar een ander ziekenhuis, alwaar zij tot en met 22 augustus 2014 is behandeld voor een levensbedreigende virusinfectie. In verband hiermee is de medicatie aangepast en is - waar mogelijk - gecontroleerd overgegaan op generieke middelen. Er dient opnieuw een balans in de medicatie te worden bereikt.
- 4.6. Met betrekking tot het advies van het Zorginstituut stelt verzoekster dat zij zich niet kan en wil mengen in de discussie over de medische noodzaak van de bij herhaling door de behandelend medisch specialisten voorgeschreven merkgeneesmiddelen. Voor verzoekster heeft de medische noodzaak niet ter discussie gestaan, aangezien de medisch specialisten de afgelopen periode deze medische noodzaak voortdurend hebben aangegeven. Overigens is de aanpassing van de na de langdurige ziekenhuisopname eind augustus 2014 nieuw ingestelde (en generieke) medicatie thans nog steeds onderwerp van intensief specialistisch onderzoek in verband met het niet functioneren van het immuunsysteem.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar




- 5.1. Sinds januari 2013 wordt het merendeel van de medicijnen die verzoekster gebruikt niet meer vergoed. Hieraan ligt het preferentiebeleid ten grondslag. Op grond van artikel 2.1 lid 3 Bzv heeft een verzekerde recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen (artikel A.3.2. van de zorgverzekering). Zorgverzekeraars zijn op basis hiervan gehouden tot verstrekking en vergoeding van doelmatige en adequate zorg. Zodoende mag de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de zorg waarop een verzekerde redelijkerwijs niet is aangewezen, weigeren. Met het preferentiebeleid voor medicijnen wordt doelmatig en gepast gebruik van zorg gerealiseerd. De ziektekostenverzekeraar streeft ernaar door een dergelijk beleid de kosten van zorg laag te houden en daarmee de premie voor de zorgverzekering betaalbaar. Het preferentiebeleid geldt voor alle verzekerden. De keuze van verzoekster voor een restitutiepolis betekent niet dat het preferentiebeleid niet voor haar geldt.
- 5.2. Het preferentiebeleid houdt in dat de ziektekostenverzekeraar voor een aantal medicijnen met dezelfde werkzame stof, indien mogelijk alleen het goedkoopste merkloze medicijn vergoedt (voorkeursmedicijn). Als bij het gebruik van het voorkeursmedicijn blijkt dat dit medisch niet verantwoord is, kan de arts samen met de apotheker beoordelen of het medisch noodzakelijk is dat een ander medicijn uit het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (hierna: GVS) wordt gebruikt. Een medicijn bestaat uit de werkzame stof en hulpstoffen. De werkzame stof in een geneesmiddel is de stof die de klacht moet genezen, verminderen of stabiel moet houden. De hulpstoffen houden de werkzame stof(fen) bij elkaar in bijvoorbeeld een tablet of zalf. De medische noodzaak voor een ander medicijn komt voort uit de hulpstoffen die het medicijn bevat. Merkloze medicijnen hebben dezelfde werkzame stof als merkmedicijnen, maar kunnen andere hulpstoffen bevatten. Indien een patiënt gevoelig of allergisch is voor een van de hulpstoffen kan het medisch niet verantwoord zijn het medicijn te gebruiken en kan een ander voorkeursmedicijn of, indien ook dit niet mogelijk blijkt, het dure merkmedicijn zijn aangewezen. Dit kan dan bij de ziektekostenverzekeraar worden gedeclareerd.
- 5.3. Verzoekster gebruikt al geruime tijd de onderhavige merkgeneesmiddelen. De ziektekostenverzekeraar vergoedt, als gezegd, merkgeneesmiddelen alleen als daarvoor






een medische noodzaak is. Op het voorschrift vermeldt de arts geen merknaam, maar de werkzame stof. De apotheker geeft de goedkoopste variant met die werkzame stof mee. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de apotheker beschikt over de expertise om al dan niet in overleg met de voorschrijver te bekijken welk geneesmiddel medisch verantwoord gebruikt kan worden. Als de apotheker aan verzoekster een voorkeursgeneesmiddel aflevert, verwacht de ziektekostenverzekeraar dat zij dit probeert. Het is begrijpelijk dat de overstap naar een medicijn met een andere vorm, kleur of smaak gewenning vraagt. Dat is niet te voorkomen. Alleen door de merkloze variant te proberen kan een eventuele overgevoeligheid worden geconstateerd. Omdat de werkzame stof in het merk- en merkloze geneesmiddel dezelfde is, kan daarvoor geen overgevoeligheid bestaan enkel in het merkloze geneesmiddel. Er is een geringe kans dat een overgevoeligheid bestaat voor een bepaalde hulpstof. Als die overgevoeligheid er is, kan in overleg met de apotheker naar een vervangend middel worden gezocht. Ook dan hoeft dit nog niet het merkgeneesmiddel te zijn. De uiteindelijke beslissing welk geneesmiddel geleverd wordt, ligt daarmee bij de specialisten, en niet bij de ziektekostenverzekeraar. De toetsing van en besluitvorming over de medische noodzaak liggen bij de voorschrijvend arts en de apotheker.






5.4. De merkgeneesmiddelen Imuran®, Norvasc®, Nexium® en Ascal® vallen al langer onder het door de ziektekostenverzekeraar gevoerde preferentiebeleid. Het is jammer dat verzoekster hierover niet tijdig correct is geïnformeerd. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de rekeningen van de apotheek voor de leveringen van 3 januari 2013 alsnog te vergoeden. Hierover heeft verzoekster al een bericht ontvangen. Ook de werkzame stof van Salazopyrine® (sulfasalazine) valt onder het preferentiebeleid. De apotheker heeft verzoekster daarom gevraagd de merkloze variant te proberen. Dit heeft zij geweigerd. Het geneesmiddel komt daarom op grond van de vergoedingsregeling voor eigen rekening. Gezien de vertraging van de afwikkeling van de klacht van verzoekster is ook de rekening van € 221,37 echter alsnog vergoed.



5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft in het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen contact opgenomen met de apotheker van verzoekster. Deze heeft verklaard geen contact te hebben gezocht met de behandelend medisch specialisten. Op het voorschrift van de medicijnen wordt weliswaar een intolerantie beschreven, maar dit wordt niet onderbouwd. Het is onduidelijk waarvoor verzoekster intolerant is. Als gezegd, kan een medische noodzaak voor een ander medicijn pas worden vastgesteld nadat de merkloze varianten zijn geprobeerd. Niet is gebleken dat verzoekster goedkopere alternatieven voor de voorgeschreven merkgeneesmiddelen Imuran®, Nexium®, Norvasc®, Ascal® en Salazopyrine® heeft geprobeerd. De door de arts genoemde intolerantie is dan ook niet te herleiden.



In het kader van de zorgvuldigheid heeft de ziektekostenverzekeraar tevens nadere informatie opgevraagd bij de behandelend medisch specialisten (MDL-arts en internist). De reactie van de MDL-arts heeft geen aanvullende informatie opgeleverd. Verzoekster heeft namelijk haar toestemmingsverklaring (voor het verstrekken van gegevens door de artsen aan de ziektekostenverzekeraar) beperkt. Op grond hiervan mogen de artsen slechts een verificatie verstrekken van de voorgeschreven medicijnen. Deze informatie was echter reeds bekend. De ziektekostenverzekeraar ontving geen nadere onderbouwing van het standpunt dat verzoekster medisch gezien is aangewezen op de merkvariant van de haar voorgeschreven medicijnen. Derhalve kan niet worden geconcludeerd dat het voor haar medisch niet verantwoord is een van de goedkopere medicijnen te gebruiken. Verzoekster is naar inhoud en omvang redelijkerwijs niet aangewezen op de merkmedicijnen. De ziektekostenverzekeraar ziet daarom geen grond de dure merkmedicijnen te vergoeden.



5.6. Met betrekking tot het advies van het Zorginstituut stelt de ziektekostenverzekeraar het volgende. Het is correct dat niet kan worden uitgesloten dat helemaal geen recht op vergoeding bestaat en dat nader onderzoek dient plaats te vinden. Echter, verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar niet de ruimte gegeven om antwoord te krijgen op de vragen die nodig zijn om dit beoordelen, aangezien zij een beperkte toestemmingsverklaring heeft afgegeven. Zolang de ziektekostenverzekeraar niet de vragen mag stellen die nodig zijn om te beoordelen of het werkelijk medisch onverantwoord is om generieke varianten te proberen van alle merkmedicijnen die verzoekster krijgt, kan niet worden overgegaan tot vergoeding. Derhalve komt het niet geven van toestemming voor risico van

verzoekster. Als de benodigde informatie niet mag worden opgevraagd, kan niet worden beoordeeld of aanspraak bestaat op vergoeding. Het is de ziektekostenverzekeraar niet te verwijten dat deze beoordeling niet kan plaatsvinden. De commissie wordt dan ook verzocht de gevraagde vergoeding af te wijzen.

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 A.23. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2013-2014) 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 is gehouden 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.23. van de zorgverzekering (2013-2014).

8.3. Artikel B.15. van de zorgverzekering (2013) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van geneesmiddelen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“B.15.1.1. Waar hebt u recht op?

U hebt recht op (het verstrekken van en adviseren over) geneesmiddelen die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) ofwel de 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”*
- (...)*

Voorkeursgeneesmiddelen

Binnen een groep onderling vervangbare geneesmiddelen (zie artikel B.15.1.2.a.) wijzen wij op basis van de laagste prijs één of meerdere middelen aan als voorkeursgeneesmiddel. U hebt dan binnen deze groep alleen recht op dat voorkeursgeneesmiddel.

Er is altijd minstens één geneesmiddel met de voorgeschreven werkzame stof, in de gewenste sterkte en toedieningsweg beschikbaar voor u. Na gebruik kan blijken dat het voorkeursgeneesmiddel voor u medisch gezien niet geschikt is. Hieronder wordt verstaan dat de behandeling met het door ons aangewezen geneesmiddel medisch niet verantwoord is. Uw huisarts of medisch specialist bepaalt of het medisch noodzakelijk is dat u een ander geneesmiddel uit het GVS gebruikt dan een voorkeursgeneesmiddel. Dit staat beschreven in de Regeling zorgverzekering. U hebt dan recht op dat andere geneesmiddel met dezelfde werkzame stof, sterkte en manier van toedienen.

Onze voorkeursgeneesmiddelen staan in het Reglement farmacie op de "Lijst Voorkeursgeneesmiddelen". (...)

Toelichting:

De werkzame stof die in een geneesmiddel zit, bepaalt de werking van een geneesmiddel. Vaak zijn er meerdere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, sterkte en manier van toedienen. Deze geneesmiddelen hebben een andere prijs, maar dezelfde werking. Voor sommige stofnamen bepalen wij op basis van de prijs welk geneesmiddel onder uw zorgverzekering valt.

Zorgverlener

De geneesmiddelen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts. (...)

Eenzelfde regeling is opgenomen in artikel B.15. van de zorgverzekering (2014).

- 8.4. Artikel B.15. van de zorgverzekering (2013-2014) is volgens artikel A.2. van de zorgverzekering (2013-2014) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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 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.
- 8.7. Artikel D.3 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2013) regelt de aanspraak op vergoeding van geneesmiddelen en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

D.3.1. Geneesmiddelen algemeen

In artikel B.15.1. staan de algemene voorwaarden zoals die gelden voor uw recht op geneesmiddelen op grond van de zorgverzekering. De voorwaarden uit artikel B.15.1. gelden ook voor de geneesmiddelen die uit de artikelen D.3.1. t/m D.3.5. voor vergoeding in aanmerking komen.

Let op!

De volgende kosten vergoeden wij niet, ook niet vanuit één van de andere onderdelen van uw aanvullende verzekering:

*a. geneesmiddelen die niet door ons zijn aangewezen (voorkeursgeneesmiddelen);
(...)*

D.3.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat de eigen bijdragen die u volgens het GVS zelf voor geneesmiddelen moet betalen.

D.3.2.2. Waar hebt u recht op?

*Wij vergoeden de eigen bijdragen die u volgens het GVS zelf moet betalen voor:
(...)*

*b. andere geneesmiddelen dan anticonceptie geneesmiddelen.
Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.
(...)*

Algemeen

U krijgt op grond van de zorgverzekering een gedeeltelijke vergoeding voor de geneesmiddelen waarvoor de eigen bijdrage GVS geldt.

Zorgverlener

De geneesmiddelen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apotheehoudend huisarts, internetapotheek of apotheek met "internetovereenkomst".

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, tandarts of verloskundige heeft de medische noodzaak van de geneesmiddelen vastgesteld

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Dat hangt ervan af naar welke zorgverlener u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

*U krijgt de geneesmiddelen in de praktijk van een apotheehoudend huisarts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woonadres.
(...)"*

Eenzelfde regeling is opgenomen in artikel D.3. van de aanvullende ziektekostenverzekering (2014).

8.8. Ingevolge het vergoedingenoverzicht van de aanvullende ziektekostenverzekering (2013-2014) bedraagt de vergoeding voor de eigen bijdrage geneesmiddelen (GVS) maximaal € 150,- per jaar van het bedrag dat de verzekerde op basis van de zorgverzekering zelf moet betalen.

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. In het laatste geval dient, zo blijkt ook uit artikel B.15. van de zorgverzekering (2013-2014), de voorschrijvende zorgverlener bijvoorbeeld op het recept te vermelden dat een medische noodzaak bestaat voor het voorgeschreven - niet preferente - middel en moet hij dit tevens kunnen onderbouwen.

9.3. De behandelend internist heeft op het recept voor zes geneesmiddelen (CoAprovel®, Norvasc®, Metoprololsuccinaat®, Ascal®, Thyrax Duotab® en Nexium®) aangetekend "*ivm intolerantie + moeizame regulatie svp [...] van bovenstaande farmaceut[ica] meegeven*". De behandelend MDL-arts van verzoekster heeft op het recept voor drie geneesmiddelen (Salazopyrine®, Ursochol® en Imuran®) de aantekening "*medisch noodzakelijk*" gezet. De ziektekostenverzekeraar heeft op basis hiervan gesteld dat niet is onderbouwd waarom verzoekster medisch gezien is aangewezen op de merkvariant van de haar voorgeschreven geneesmiddelen en geconcludeerd dat niet is gebleken dat het voor verzoekster medisch niet verantwoord is de door hem aangewezen preferente geneesmiddelen te gebruiken.

- 9.4. De commissie deelt de visie van de ziektekostenverzekeraar. Niet aannemelijk is gemaakt dat verzoekster medisch gezien is aangewezen op de merkgeneesmiddelen. De medische noodzaak is weliswaar door de voorschrijvende artsen vermeld, maar deze is op geen enkele wijze onderbouwd. Met name ontbreekt informatie over de gestelde intolerantie. De ziektekostenverzekeraar heeft verzocht om een (medische) onderbouwing bij de MDL-arts en internist, maar verzoekster heeft de in dit kader noodzakelijke toestemmingsverklaring beperkt. Zodoende hebben de artsen geen medische onderbouwing kunnen verstrekken aan de ziektekostenverzekeraar. Laatstgenoemde heeft hierop geconcludeerd dat geen aanvullende informatie voorhanden is die een andere beslissing rechtvaardigt. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar gesteld, en door verzoekster niet bestreden, dat verzoekster heeft geweigerd de merkloze variant van Salazopyrine® te (proberen te) gebruiken. Van een gebleken intolerantie voor dit middel is derhalve geen sprake, terwijl door verzoekster voorts niet is gesteld dat een intolerantie voor een in dit middel aanwezige hulpstof anderszins is vastgesteld.
- 9.5. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 21 mei 2015 medegedeeld dat op basis van de voorhanden gegevens niet kan worden beoordeeld of sprake is van een medische noodzaak voor de merkgeneesmiddelen. Het staat niet zonder meer vast dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding. Zodoende is nader onderzoek nodig. De ziektekostenverzekeraar heeft in reactie op het advies van het Zorginstituut medegedeeld bereid te zijn nader onderzoek te doen, maar hiertoe niet de mogelijkheid te hebben gekregen van verzoekster omdat zij een beperkte toestemmingsverklaring heeft afgegeven. Zodoende kan geen nader onderzoek plaatsvinden. Met de ziektekostenverzekeraar is de commissie van oordeel dat dit dan voor risico van verzoekster dient te komen.
- 9.6. De commissie is dan ook van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar onder de gegeven omstandigheden gerechtigd is de kosten van onderhavige negen merkgeneesmiddelen niet te vergoeden, omdat de medische noodzaak niet dan wel onvoldoende is komen vast te staan.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. Aangezien de onderhavige geneesmiddelen niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, en derhalve voor deze middelen geen eigen bijdrage op grond van die verzekering is verschuldigd, bestaat ingevolge artikel D.3. van de aanvullende ziektekostenverzekering (2013-2014) geen aanspraak op vergoeding.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 juli 2015,

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