



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Farmaceutische zorg, Lexapro®, preferentiebeleid, medische noodzaak
Zaaknummer : 201801352
Zittingsdatum : 3 april 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Zilveren Kruis 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 kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (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 Aanvullend** afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek.
- De eveneens ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Aanvullend Tand** is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van het geneesmiddel Lexapro® (hierna: de aanspraak). Bij brief van 29 juni 2018 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 31 juli 2018 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 4 december 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog geheel dan wel gedeeltelijk 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 4 februari 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 februari 2019 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 18 februari 2019 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 maart 2019 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster heeft bij brief van 18 februari 2019 haar verzoek nader onderbouwd. Een afschrift hiervan is op 21 februari 2019 aan de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut gestuurd. Eerstgenoemde is daarbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid geen gebruik gemaakt. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht de brief te betrekken bij zijn advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw.
- 3.9. Bij brief van 7 februari 2019 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 7 maart 2019 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2019006350) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een medische noodzaak voor Lexapro®. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 8 maart 2019 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op dit advies te reageren. De ziektekostenverzekeraar en verzoekster hebben op 12 maart 2019 respectievelijk 14 maart 2019, 17 maart 2019, 21 maart 2019 en 25 maart 2019 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de respectieve wederpartijen gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De apotheek leverde op enig moment een ander (generiek) geneesmiddel aan verzoekster af in plaats van het door haar behandelend psychiater voorgeschreven merkgeneesmiddel Lexapro®. Zij kreeg van dit generieke geneesmiddel klachten, zoals misselijkheid. Uit het onderzoek dat in dit verband is verricht, kwam naar voren dat verzoekster allergisch is voor de hulpstoffen die in het generieke geneesmiddel zijn verwerkt. De psychiater heeft vanwege deze klachten vervolgens wederom Lexapro® voorgeschreven en op het betreffende recept 'Medische noodzaak' vermeld. De ziektekostenverzekeraar is gehouden dit oordeel van de psychiater, te weten dat alleen het gebruik van Lexapro® veilig is voor verzoekster, te volgen en de kosten volledig te vergoeden. Dit geldt te meer, omdat de klachten van verzoekster zijn verdwenen sinds zij weer Lexapro® slikt. Zo nodig is zij bereid genoeg te nemen met een gedeeltelijke vergoeding en de meerkosten van Lexapro® ten opzichte van het generieke geneesmiddel voor haar rekening te nemen.
- 4.2. In vervolg op het nader commentaar van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de klachten die zij door het generieke geneesmiddel kreeg, bestonden uit pijn in de maag, slokdarmkramp, braken en ongewenst gewichtsverlies. Dat deze klachten werden veroorzaakt door het generieke geneesmiddel werd volgens haar duidelijk nadat bloedonderzoek niets had uitgewezen. Volgens verzoekster had de apotheek of de ziektekostenverzekeraar contact moeten zoeken met de psychiater die Lexapro® heeft voorgeschreven. Zij heeft hen hiervoor toestemming gegeven. Dat de apotheek en de ziektekostenverzekeraar niet hebben overlegd met de behandelend psychiater, blijkt uit een e-mailbericht van deze psychiater. Dit e-mailbericht luidt, voor zover hier van belang: *"Een recept is niet de plek om een medische noodzaak te onderbouwen. Daartoe moet het Zilveren Kruis of de apotheker inlichtingen bij me vragen. Dat is niet gebeurd. Welk bloedonderzoek heeft uitgewezen dat er geen afwijkingen zijn? Welke afwijkingen zouden aantoonbaar moeten zijn? Twijfelachtige redeneringen van het Zilveren Kruis. De bijwerkingen ontstaan door de hulpstoffen (zie recente ophef over kankerverwekkende hulpstoffen bij bloeddrukmedicijnen). Bij elke fabrikant kunnen de hulpstoffen anders zijn (bijvoorbeeld uit China, berucht). Er zijn speciale onderzoeken nodig om dit aan te tonen. Deze onderzoeken zijn m.i. niet uitgevoerd. Belangrijk is na te gaan welke leveranciers van escitalopram door de apotheker zijn gebruikt en*

bij welke producent van escitalopram de bijwerkingen zijn ontstaan. De apotheker zal dan een leverancier moeten kiezen waarbij je geen bijwerkingen hebt of moet de originele lexapro leveren."

4.3. In reactie op het advies van het Zorginstituut heeft verzoekster benadrukt dat zij, naast misselijkheid, diverse andere klachten door het gebruik van het generieke geneesmiddel ondervond, hetgeen wordt gestaafd door het e-mailbericht van de behandelend psychiater van 21 maart 2019. Tevens staan in het advies van het Zorginstituut volgens haar vele onjuistheden. De apotheek "geeft 10 mg Lexapro[®] aan". Het betreft echter 25 mg. Ook heeft de apotheek verzoekster nooit het preferente geneesmiddel van fabrikant Accord aangeboden. Deze fabrikant behoort overigens tot het rijtje van 'verdachte' firma's. Verder is bij verzoekster geen onderzoek verricht naar een allergie of intolerantie voor hulpstoffen. Dit laatste wordt gestaafd door de verklaring van de huisarts van 25 maart 2019, die luidt: "(...) *Het bloedonderzoek wat is gedaan op 4 juni 2018 was inderdaad NIET bedoeld voor hulpstofonderzoek en/of allergie. Dit was een algehele bloedtest voor iets anders. Mw heeft nooit een allergietest gehad. Actuele medicatie: (...) Lexapro tabl omh 10 mg; 1 keer per dag 1 tablet (...)*". Naar aanleiding van langdurige klachten is wel een algemeen bloedonderzoek bij verzoekster verricht. De behandelend psychiater heeft op basis van de goede resultaten van dit onderzoek geoordeeld dat de hulpstoffen van het generieke geneesmiddel de oorzaak konden zijn van haar klachten. Zij heeft dit uit onwetendheid een allergie genoemd. Verzoekster wijst er nogmaals op dat de ziektekostenverzekeraar heeft verzuimd met de voorschrijver contact te zoeken over de medische noodzaak voor Lexapro®. De apotheek had dit, gelet op het bepaalde in de 'Memo Medische Noodzaak' van de ziektekostenverzekeraar, wel moeten doen: "*Als de apotheker vermoedt dat er niet daadwerkelijk sprake is van medische noodzaak, zal hij de arts nadere informatie vragen.*" De behandelend psychiater is overtuigd van de medische noodzaak voor het gebruik van Lexapro® bij verzoekster. Sinds verzoekster weer Lexapro® slikt, zijn haar klachten immers verdwenen.

4.4. 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 verzekeringsvoorwaarden bestaat bij identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen alleen aanspraak op het door de ziektekostenverzekeraar of een apotheek met een IDEA-contract aangewezen voorkeursgeneesmiddel. Dit geldt voor de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. Een uitzondering op deze regeling is er wanneer behandeling met het voorkeursgeneesmiddel medisch niet verantwoord is. Een en ander strookt met het bepaalde in artikel 2.8, eerste en vierde lid, Besluit zorgverzekering (Bzv). De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft over deze regeling, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: "*De uitzondering op de aanwijzing van de zorgverzekeraar (...) is geregeld in het vierde lid. Ingevolge dit lid geldt de beperking van de keuze van de zorgverzekeraar niet jegens een verzekerde voor zover die beperking ten koste zou gaan van diens gezondheid; als het medisch niet verantwoord is de ver-zekerde slechts toegang te geven tot het aangewezen geneesmiddel, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander geneesmiddel. Het gaat hier om een hoge uitzondering, slechts als het medisch onverantwoord is dat behandeld wordt met een door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, bestaat aanspraak op een ander middel. Het is aan de zorgverzekeraar zelf om te bepalen hoe hij toetst of aan deze voorwaarde voldaan is.*"

5.2. Een medische noodzaak voor een geneesmiddel dat geen voorkeursgeneesmiddel is, bestaat als sprake is van (i) een overgevoeligheid of een allergie voor een bepaalde hulpstof die in het voorkeursgeneesmiddel is verwerkt of (ii) een indicatie waarbij het wisselen naar een ander geneesmiddel onverstandig is. In de eerste situatie bestaat niet zonder meer aanspraak op vergoeding van het merkgeneesmiddel. Eerst wordt gekeken naar de beschikbaarheid van een 'merkloos' geneesmiddel waarin de betreffende hulpstof niet is verwerkt. Het ligt op de weg van de behandelend arts de medische noodzaak voor een niet-voorkeursgeneesmiddel met een onderbouwing aan te tonen. Het behoort tot de verantwoordelijkheid van de apotheek aan de hand van het 'Memo Medische Noodzaak' te controleren of de door de behandelend arts gestelde medische noodzaak aannemelijk is. Dit laatste is contractueel vastgelegd tussen de apotheek en

de ziektekostenverzekeraar. Volgens de apotheek van verzoekster is een medische noodzaak voor Lexapro® niet aangetoond. Een onderbouwing hiervan door de behandelend psychiater ontbreekt. Ook is de door verzoekster gestelde allergie of overgevoeligheid voor een vulstof niet onderbouwd. Verder heeft bloedonderzoek geen afwijkingen aangetoond. Voorts is nog een ander 'merkloos' geneesmiddel met de werkzame stof escitalopram beschikbaar dat verzoekster kan proberen. De ziektekostenverzekeraar concludeert, gelet op het voorgaande, dat geen sprake is van een medische noodzaak voor Lexapro®, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op gehele of gedeeltelijke vergoeding van de kosten van dit geneesmiddel.

5.3. In vervolg op het advies van het Zorginstituut heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat uit het bij verzoekster verrichte bloedonderzoek geen afwijkingen naar voren zijn gekomen. Uit een 'declaratieregel' blijkt dat bij verzoekster een 'tolerantietest divers' is verricht. De apotheek was niet bekend met door dit onderzoek bij haar aangetoonde allergieën. Als het bloedonderzoek allergieën had aangetoond, had de huisarts van verzoekster de apotheek wellicht medegedeeld dat sprake was van een medische noodzaak voor Lexapro®.

5.4. 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, die ingevolge het bepaalde op pagina 46 van de 'Algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing zijn op die verzekering, 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 geheel of gedeeltelijk 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 40 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 5 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneesmiddelen en dieetpreparaten 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 Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

U heeft recht 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 apotheek 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 Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheek 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 apotheek 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.

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Een omschrijving van deze (deel)prestaties vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg. Op onze website vindt u daarnaast een overzicht van de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten. Bovendien vindt u hier ook de geregistreerde geneesmiddelen die wij hebben aangewezen als "preferent". Uiteraard kunt u deze informatie ook bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op geneesmiddelen en dieetpreparaten

(...)

3 Zijn er identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan heeft u alleen recht op de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op een niet-aangewezen geneesmiddel. Namelijk als het medisch niet verantwoord is om u te behandelen met het geneesmiddel dat wij hebben aangewezen. De voorschrijver (zie onder 1) moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen. Meer informatie hierover leest u in de Begrippenlijst van het Reglement Farmaceutische Zorg

(...)"

- 8.4. Pagina 5 van het 'Reglement Farmaceutische Zorg 2018' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Medische noodzaak

Bij identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen vergoeden wij alleen de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen, of bij een IDEA-contract het geneesmiddel dat de apotheek heeft aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op vergoeding van een niet-aangewezen geneesmiddel. Er is sprake van medische noodzaak, als het voor u medisch onverantwoord is wanneer u behandeld wordt met het voorkeursmiddel. Dat kan in uitzonderlijke gevallen voorkomen wanneer de samenstelling, dosering of toedieningsvorm van een geneesmiddel zo bijzonder is, dat er voor u maar één bepaald (merk) geneesmiddel in aanmerking komt. Op het moment dat de (huis)arts het niet medisch noodzakelijk acht, komt u niet in aanmerking voor vergoeding van dit middel. Als de apotheek twijfelt over de medische noodzaak, zal de apotheek dit afstemmen met de voorschrijver van het geneesmiddel. De (huis)arts mag alleen medische

noodzaak op het recept noteren, als het medisch onverantwoord is, wanneer u behandeld wordt met het voorkeursmiddel.

(...)

Preferente geneesmiddelen

De door ons, binnen een groep identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen, aangewezen voorkeursmiddelen.

(...)"

8.5. Artikel 5 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering en het bepaalde op pagina 5 van het 'Reglement Farmaceutische Zorg 2018' van de ziektekostenverzekeraar 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, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. 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.

8.7. 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Gelet op artikel 5 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering bestaat aanspraak op onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen die voorkomen op Bijlage 1 Regeling zorgverzekering (Rzv) en door de ziektekostenverzekeraar of de apotheek met een IDEA-contract zijn aangewezen (preferente geneesmiddelen). Een uitzondering hierop vormt de situatie waarin behandeling met een niet-preferent geneesmiddel medisch noodzakelijk is. De voorschrijvend arts moet dan op grond van genoemd artikel op het recept vermelden dat een medische noodzaak voor het niet-aangewezen geneesmiddel bestaat, en moet deze medische noodzaak ook kunnen onderbouwen. Gelet op dit laatste, hoeft de ziektekostenverzekeraar het recept van de behandelend psychiater voor Lexapro® - in tegenstelling tot hetgeen verzoekster heeft gesteld - niet zonder meer te volgen.

9.2. Vast staat dat verzoekster in de periode van 10 november 2014 tot 15 februari 2017 en van

17 mei 2017 tot 15 juni 2018 generieke geneesmiddelen met de werkzame stof escitalopram van de fabrikanten Teva, Auro en Sandoz afgeleverd heeft gekregen door de apotheek. Volgens de behandelend psychiater wijst de omstandigheid dat de klachten die verzoekster ervoer zijn verdwenen sinds zij weer Lexapro® gebruikt in plaats van genoemde generieke varianten erop dat het gebruik van eerstgenoemd geneesmiddel medisch noodzakelijk is. De psychiater heeft toegelicht dat dergelijke klachten (bijwerkingen) worden veroorzaakt door hulpstoffen en dat zij moeten worden aangetoond door middel van speciale onderzoeken. Zowel de psychiater als de huisarts heeft verklaard dat dergelijke onderzoeken bij verzoekster niet hebben plaatsgevonden. Het had op de weg van de psychiater gelegen, in het kader van zijn onderzoek naar het gestelde verband tussen de klachten en bepaalde hulpstoffen, geneesmiddelen voor te schrijven dan wel de apotheek te verzoeken geneesmiddelen af te leveren, die qua hulpstoffen verschillen. Niet gebleken is dat de geprobeerde generieke varianten qua hulpstoffen verschillen. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld, en verzoekster niet bestreden, dat nog een ander generiek geneesmiddel met de werkzame stof escitalopram beschikbaar is dat verzoekster kan proberen. De psychiater heeft verklaard dat aan verzoekster een geneesmiddel moet worden afgeleverd dat haar klachten wegneemt en dat dit niet per se het merkgeneesmiddel Lexapro® hoeft te zijn (*"Belangrijk is na te gaan welke leveranciers van escitalopram door de apotheker zijn gebruikt en bij welke producent van escitalopram de bijwerkingen zijn ontstaan. De apotheker zal dan een leverancier moeten kiezen waarbij je geen bijwerkingen hebt of moet de originele Lexapro leveren."*) De commissie is van oordeel dat het gestelde verband tussen de klachten van verzoekster en de door haar beproefde generieke geneesmiddelen met de werkzame stof escitalopram van de fabrikanten Teva, Auro en Sandoz niet aannemelijk is gemaakt. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op Lexapro®.

- 9.3. Mede gelet op het bepaalde op pagina 5 van het 'Reglement Farmaceutische Zorg 2018' van de ziektekostenverzekeraar had het in de rede gelegen indien de afleverende apotheek, gegeven de twijfel over de medische noodzaak voor het niet-preferente geneesmiddel, overleg had gevoerd met de voorschrijvend psychiater. Door verzoekster is gesteld, en door de ziektekostenverzekeraar niet bestreden, dat een dergelijk overleg niet heeft plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft niet toegelicht waarom de apotheek geen contact heeft gezocht met de voorschrijvend psychiater over het recept voor Lexapro®. Hij heeft aldus niet aannemelijk gemaakt dat de apotheek in de onderhavige situatie er niet aan behoefde te twijfelen dat bij verzoekster geen sprake was van een medische noodzaak voor dit geneesmiddel. De commissie kan verzoekster daarom volgen in haar stelling dat dit overleg ten onrechte niet heeft plaatsgevonden. Voor zover verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar op grond van deze tekortkoming gehouden is de kosten voor Lexapro® te vergoeden, kan de commissie haar hierin evenwel niet volgen. Gelet op hetgeen is overwogen onder 9.2, met name dat mogelijk nog alternatieven beschikbaar zijn, ontbreekt het verband tussen de tekortkoming en het niet-vergoeden van Lexapro®.

- 9.4. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van het geneesmiddel Lexapro® in ieder geval moet vergoeden tot het bedrag waarop zij aanspraak heeft als zij het preferente geneesmiddel afneemt. Nu geen sprake is van verzekerde zorg, bestaat de mogelijkheid van een gedeeltelijke vergoeding niet.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde. Het verzoek kan daarom niet op grond van die verzekering worden ingewilligd.

Conclusie

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 april 2019,



G.R.J. de Groot

