



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D
Zaak : Farmaceutische zorg, Losec®, eigen risico
Zaaknummer : 201400269
Zittingsdatum : 15 oktober 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.8, 2.17 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra Zorg Polis Goed en Tand Goed Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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. Bij uitkeringsberichten van diverse data heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat verzoeker bedragen van € 45,96, € 75,58 en € 43,85 aan hem is verschuldigd ter zake van het verplicht eigen risico 2013 in verband met de kosten van het aan verzoeker afgeleverde geneesmiddel Losec®.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 27 augustus 2013 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 26 februari 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van het geneesmiddel Losec® niet ten laste van het verplicht eigen risico 2013 te brengen (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 30 mei 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 juli 2014 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 september 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 oktober 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 oktober 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
-  3.9. Na afloop van de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar door de commissie in de gelegenheid gesteld te reageren op hetgeen door verzoeker ter zitting is aangevoerd. Bij brief van 23 oktober 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 21 november 2014 ter kennisname aan verzoeker gezonden.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. Verzoeker gebruikte al geruime tijd het middel Losec®. In het kader van het preferentiebeleid heeft verzoeker zich begin 2013 bereid verklaard het preferente geneesmiddel te gebruiken. Aangezien dit preferente geneesmiddel veel klachten veroorzaakte, heeft verzoeker de apotheek verzocht hem het middel Losec® weer te verstrekken. Niet lang daarna ontving verzoeker van de ziektekostenverzekeraar een brief met daarin het verzoek de kosten van het middel Losec® te voldoen.
-  4.2. Uit eigen onderzoek is verzoeker gebleken dat de apotheek het middel Losec® heeft gedeclareerd zonder de vermelding "CG" of "MN". Na deze ontdekking heeft verzoeker de apotheker hierop aangesproken waarna laatstgenoemde heeft erkend dat hij ten onrechte het middel Losec® heeft gedeclareerd. In het betreffende gesprek heeft de apotheker verzoeker uitgelegd dat indien een verzekerde bijwerkingen heeft van een preferent geneesmiddel, de apotheek verplicht is het duurdere medicijn aan de patiënt te verstrekken, terwijl hij slechts het preferente geneesmiddel mag declareren.
-  4.3. Tot op de dag van vandaag weigert de apotheek echter een creditnota aan de ziektekostenverzekeraar te sturen zodat de kosten van het middel Losec® voor rekening van verzoeker blijven. Daarnaast gold in 2012 de regel dat indien een verzekerde een geneesmiddel langer dan zes maanden gebruikt, het eigen risico niet van toepassing is.
-  4.4. Ter zitting is door verzoeker herhaald dat de ziektekostenverzekeraar hem heeft gevraagd mee te werken aan het preferentiebeleid. Dit heeft hij gedaan, maar hij kreeg last van bijwerkingen. Om die reden is verzoeker het middel Losec® weer gaan gebruiken. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker toegezegd de kosten van Losec® volledig te zullen vergoeden indien het preferente middel bijwerkingen geeft. Een en ander blijkt onder meer uit de brief van 6 maart 2014.
-  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. Voor de werkzame stof omeprazol is door de ziektekostenverzekeraar in 2013 geen preferent middel aangewezen. In dat geval geeft de apotheek de goedkoopste variant mee. Indien er een medische noodzaak aanwezig is voor een duurder merkgeneesmiddel is het de apotheek toegestaan dit merkgeneesmiddel te verstrekken. In het onderhavige geval heeft verzoeker een goedkoop medicijn geprobeerd, maar nadien heeft de apotheek toch het middel Losec® gedeclareerd. De kosten van dit geneesmiddel heeft de ziektekostenverzekeraar vergoed ten laste

van de zorgverzekering. Aangezien het middel geen preferent geneesmiddel is, zijn de kosten verrekend met het verplichte eigen risico van verzoeker.

- 5.2. Verzoeker meent dat zijn apotheek de kosten van het middel Losec® bij de ziektekostenverzekeraar dient te crediteren waarna de apotheek het preferente geneesmiddel kan declareren en verzoeker het middel Losec® kan verstrekken. Met betrekking hiertoe merkt de ziektekostenverzekeraar op dat dit niet mogelijk is. De apotheek moet de kosten declareren van het middel dat is afgeleverd. De kosten van dit geneesmiddel kan de apotheek vervolgens declareren bij de ziektekostenverzekeraar waarna een vergoeding volgt. Het kan niet zo zijn dat de apotheek een ander geneesmiddel declareert dan is afgeleverd. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband ook contact opgenomen met de apotheker van verzoeker en deze is dezelfde mening toegedaan.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat voor de werkzame stof omeprazol in 2013 geen preferentiebeleid gold. In dat jaar zijn de kosten van Losec® driemaal ten laste van het eigen risico gebracht; de rest is volgemaakt met overige kosten.

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 10 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 verzoeker gehouden is ter zake van het door de apotheek gedeclareerde geneesmiddel Losec® het verplichte eigen risico voor het jaar 2013 aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

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 de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 31 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

Uw recht op farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers, die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

(...)

Geregistreerde geneesmiddelen:

met uitzondering van de werkzame stoffen waarvoor wij preferente geneesmiddelen hebben aangewezen, hebt u recht op levering van de door de minister van VWS aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. U vindt de door de minister aangewezen geneesmiddelen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. U hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als u aan deze voorwaarden voldoet. U vindt deze geneesmiddelen en de voorwaarden in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

(...)

Preferente geneesmiddelen (voorkeursgeneesmiddelen):

wij kunnen geneesmiddelen uit bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering aanwijzen als preferente geneesmiddelen. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg [naam ziektekostenverzekeraar]. Als wij voor bepaalde werkzame stoffen bepaalde geneesmiddelen hebben aangewezen en andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof niet, hebt u aanspraak op de door ons aangewezen geneesmiddelen. Maakt u toch gebruik van niet-preferente geneesmiddelen, dan worden deze in principe niet vergoed. Alleen als uw arts aangeeft dat behandeling met het preferente middel voor u medisch niet verantwoord is, hebt u recht op een ander geneesmiddel. Wij kunnen de lijst met aangewezen geneesmiddelen op ieder moment wijzigen. U ontvangt hierover van ons informatie.

Preferentiebeleid

Preferentie betekent letterlijk voorkeur. Bij geneesmiddelen wil dat zeggen dat er voorkeur is voor lager geprijsde geneesmiddelen. Wij kunnen binnen een groep van gelijke geneesmiddelen (met dezelfde werkzame stof) een voorkeursgeneesmiddel aanwijzen. U vindt deze aangewezen voorkeursmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg [naam ziektekostenverzekeraar]. Het verplicht en vrijwillig eigen risico geldt niet voor deze voorkeursgeneesmiddelen. (...)

- 8.3. Artikel 7 van de zorgverzekering ziet op het verplicht eigen risico, en dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 350 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

(...)

*- de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg [naam ziektekostenverzekeraar];
(...)"*

- 8.4. De artikelen 7 en 31 van de zorgverzekering en het Reglement farmaceutische zorg [naam ziektekostenverzekeraar] zijn volgens artikel 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 a 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 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.

- 8.6. Het wettelijk verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv.

- 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 gereuleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de

ziekttekostenverzekeraar 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

9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker het middel Losec® door de apotheek afgeleverd heeft gekregen en dat de kosten van dit geneesmiddel volledig zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering. In geschil is uitsluitend of de ziektekostenverzekeraar deze kosten mag verrekenen met het verplicht eigen risico voor 2013.

9.2. Uit de brief van 30 mei 2014 van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat deze met betrekking tot sommige geneesmiddelen een preferentiebeleid voert. De apotheek is in een dergelijke geval verplicht het preferente geneesmiddel te verstrekken, waarvan de kosten - gelet op artikel 7.2 van de zorgverzekering - niet worden verrekend met het verplichte eigen risico. De ziektekostenverzekeraar legt dit beleid ook uit in zijn brief van 6 maart 2013. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 30 mei 2014 blijkt voorts dat ten aanzien van de werkzame stof omeprazol geen preferent middel is aangewezen, zodat in het onderhavige geval niet kan worden gesproken van een preferentiebeleid van de ziektekostenverzekeraar. Zoals in de artikelen 7.1 en 31 van de zorgverzekering nadrukkelijk is bepaald, behoren uitsluitend preferente geneesmiddelen tot de uitzonderingen op het verplichte eigen risico. Met andere woorden, de kosten van het middel Losec® worden terecht betrokken in de berekening van het eigen risico voor 2013. Niet is gebleken dat het verplicht eigen risico voor dat jaar reeds was 'vol gemaakt' door verzoeker. Dat door de ziektekostenverzekeraar is toegezegd dat de kosten van Losec® zijn uitgezonderd van het eigen risico is door verzoeker weliswaar gesteld doch niet aannemelijk gemaakt.

9.3. Verzoeker heeft zich beroepen op een afspraak tussen de apotheek en de ziektekostenverzekeraar, inhoudende dat indien een verzekerde bijwerkingen heeft van het preferente geneesmiddel, hij recht heeft op het merkgeneesmiddel. terwijl de apotheek in die situatie uitsluitend het preferente geneesmiddel kan declareren. Zoals hiervoor is overwogen, wordt door de ziektekostenverzekeraar met betrekking tot de werkzame stof omeprazol geen preferentiebeleid gevoerd zodat - indien de betreffende afspraak met de apotheek is gemaakt, hetgeen door de ziektekostenverzekeraar wordt ontkend - er geen sprake van is dat bij verzoeker een hoger bedrag ter zake het eigen risico in rekening wordt gebracht dan hetgeen aan de apotheek voor het afgeleverde geneesmiddel wordt vergoed. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

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, 3 december 2014,

Voorzitter