

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen D
te E en F te G
Zaak : Farmaceutische zorg, Renitec®, preferentiebeleid
Zaaknummer : 2013.00941
Zittingsdatum : 28 augustus 2013

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

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

1. Partijen

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

tegen

1) D te E, en

2) F te G,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgpolis (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 AV Royaal (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) afgesloten. 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van het geneesmiddel Renitec® (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 11 februari 2013 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 13 maart 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Nadat verzoekster de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar op 23 april 2013 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoekster is daarbij geweest op de mogelijkheid de kwestie voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

3.4. Bij brief van 11 mei 2013 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 11 juni 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 juni 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 juli 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 juli 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 17 juni 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 16 juli 2013 (zaaknummer 2013073266) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen omdat volgens het preferentiebeleid het goedkoopste alternatief voor Renitec® wordt vergoed en verzoekster geen medische noodzaak heeft waardoor zij aanspraak heeft op het duurdere geneesmiddel. Een afschrift van het CVZ-advies is op 6 augustus 2013 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 7 augustus 2013 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster gebruikt al ruim twintig jaar het geneesmiddel Renitec®. Door de behandelend arts is haar dit middel, dat geen bijwerkingen heeft, voorgeschreven. Vanaf 2013 wil de ziektekostenverzekeraar het middel Renitec® niet meer vergoeden en ook de kosten van het vervangende geneesmiddel komen niet voor vergoeding in aanmerking. Volgens verzoekster wordt zij nu geconfronteerd met een behoorlijke kostenpost. De door de ziektekostenverzekeraar geldend verklaarde regel is niet van toepassing voor zover dit naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
 - 4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat het hem is toegestaan een preferentiebeleid te voeren ten aanzien van bepaalde geneesmiddelen. Volgens het preferentiebeleid wordt in dat geval het goedkoopste alternatief van Renitec® 20 mg tablet vergoed. Een verzekerde heeft enkel aanspraak op het duurdere middel, indien de behandelend zorgverlener duidelijk vermeldt dat het wordt voorgeschreven met een medische noodzaak. Dit is bij verzoekster niet het geval, zodat zij geen aanspraak heeft op vergoeding van het middel Renitec®.

Daarnaast is volgens de ziektekostenverzekeraar geen sprake van het afwijzen van de vergoeding van het preferente geneesmiddel, maar dit middel moet dan wel worden afgeleverd.

5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 19 van de zorgverzekering 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners, en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 23 e.v. van de zorgverzekering. De aanspraak op farmaceutische zorg is verwoord in artikel 46 van de zorgverzekering, welk artikel, voor zover hier van belang, luidt:

“Algemeen

Wij vergoeden de kosten van farmaceutische zorg, onder de voorwaarden zoals omschreven in het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Farmaceutische Zorg. Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- *De terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of*
- *Advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.*

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Voor een omschrijving van deze (deel)prestaties verwijzen wij u naar het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Farmaceutische Zorg.

(...)

Voorwaarden geneesmiddelen

(...)

Bij identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen heeft u uitsluitend recht op vergoeding van een niet door [naam ziektekostenverzekeraar] aangewezen geneesmiddel als er sprake is van medische noodzaak. Hieronder wordt verstaan dat de behandeling met het door [naam ziektekostenverzekeraar] aangewezen geneesmiddel medisch niet verantwoord is. De voorschrijver dient dit op het recept aan te geven. (...)

- 8.3. Artikel 46 van de zorgverzekering is volgens artikel 4.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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.
- 8.5. 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.
- 8.6. Artikel 11 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op farmaceutische zorg en luidt, voor zover hier van belang:

“16.3 Wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS)

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS) die u betaalt voor farmaceutische zorg op grond van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgpolis.

Uitsluiting

Wij vergoeden de eigen bijdragen als gevolg van de door ons vastgestelde maximale vergoedingen voor de deelprestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten niet.

(...)

AV Royaal: maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar

(...)”

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.

- 9.3. In het laatste geval dient, zo blijkt ook uit de polisvoorwaarden, de voorschrijvende zorgverlener bijvoorbeeld op het recept te vermelden dat een medische noodzaak bestaat voor het voorgeschreven – niet preferente – middel. Gesteld noch gebleken is dat voor verzoekster een medische noodzaak bestaat voor het middel Renitec® en dat zij niet zou kunnen volstaan met het door de apotheek aangeboden preferente middel. De commissie vermag onder deze omstandigheden niet in te zien waarom toepassing van het preferentiebeleid in het geval van verzoekster zou leiden tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, zoals door haar is gesteld.
- 9.4. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar derhalve gerechtigd is de kosten van Retinec® niet te vergoeden. Het op de wet gebaseerde vergoedingssysteem biedt geen ruimte voor de door verzoekster gewenste gedeeltelijke vergoeding op basis van de kosten van het preferente geneesmiddel.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Aangezien het middel Renitec® niet wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering, en derhalve voor dit middel geen eigen bijdrage is verschuldigd, bestaat op grond van artikel 16 van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak op vergoeding van deze eigen bijdrage.

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, 28 augustus 2013,

Voorzitter