



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Farmaceutische zorg, preferentiebeleid, Nexium®, medische noodzaak
Zaaknummer : 201403340
Zittingsdatum : 4 november 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.8 Bzv, 2.5, Bijlagen 1 en 2 Rzv)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te D,
tegen

- 1) FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, 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 verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de FBTO Zorg Basisverzekering (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 modules Therapieën (Top) en Gezinsplanning 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).
De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Module Tand (tot € 500,00) is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van het geneesmiddel Nexium® (hierna: de aanspraak). Bij e-mailberichten van 14 en 15 april 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 1 mei 2014 en 5 juni 2014, en brief van 3 december 2014 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 19 juni 2015 heeft verzoeker 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 (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 25 augustus 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 augustus 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 1 september 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 september 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 31 augustus 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 september 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015107371) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoeker geen sprake is van een medische noodzaak voor het specialité Nexium®.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 28 september 2015 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker heeft op 5 oktober 2015 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft geen gebruik gemaakt van de gelegenheid te reageren op het advies van het Zorginstituut.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft een hernia en gebruikt het medicijn Nexium®. Diverse andere medicijnen zijn gebruikt, maar alleen Nexium® werkt tegen de klachten van verzoeker. De ziektekostenverzekeraar heeft dit middel altijd vergoed ten laste van de zorgverzekering, totdat ineens werd besloten het medicijn niet meer te vergoeden, omdat goedkopere alternatieven verkrijgbaar zijn. Verzoeker ontving op enig moment van de apotheker het middel esomeprazol. De eerste dagen leek dit middel te werken, maar na drie dagen begonnen de oorspronkelijke pijnklachten terug te keren. Dit leidde er uiteindelijk toe dat verzoeker werd belemmerd in zijn functioneren. Verzoeker beschikte nog over Nexium® en is dit middel weer gaan gebruiken. De klachten verdwenen hierop direct. Op advies van de apotheker heeft verzoeker later nog twee alternatieven voor Nexium® geprobeerd. Ook bij deze alternatieven kwamen de klachten terug. Volgens de huisarts is het waarschijnlijk dat de combinatie van de werkzame stof en de hulpstoffen in het medicijn maakt dat dit in de situatie van verzoeker het probate middel is. Een medisch specialist van het ziekenhuis heeft dit ook als zodanig aan verzoeker medegedeeld. Vervolgens heeft de huisarts schriftelijk verklaard dat voor verzoeker een medische noodzaak bestaat voor het medicijn Nexium®. De ziektekostenverzekeraar blijft echter bij zijn standpunt het medicijn niet te vergoeden.
- 4.2. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar de vergoeding van de kosten van het medicijn Nexium® op onjuiste juridische gronden heeft afgewezen. In hoofdstuk 4, artikel 5 van de polisvoorwaarden is bepaald dat een geneesmiddel wordt vergoed als sprake is van een medische noodzaak. De huisarts heeft verklaard dat een medische noodzaak voor het gebruik van het medicijn Nexium® bestaat, en dat de generieke middelen niet werken bij verzoeker. Zodoende wordt voldaan aan de voorwaarden en de wet- en regelgeving, en dient de ziektekostenverzekeraar het medicijn Nexium® aan verzoeker te vergoeden. Door dit na te laten is sprake van een toerekenbare tekortkoming in de nakoming van de verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst aan de zijde van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.3. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker voorgesteld dat hij aan zijn huisarts vraagt voor welke hulpstof een overgevoeligheid of allergie bestaat. Verzoeker heeft hieraan gevolg gegeven. De huisarts heeft verklaard dat verzoeker twee generieke middelen heeft geprobeerd, en hij bevestigt dat deze middelen niet werken bij verzoeker. De vraag naar een eventuele allergie of intolerantie kon de huisarts niet beantwoorden.
- 4.4. Volgens het Zorginstituut komt verzoeker niet in aanmerking voor vergoeding van de betreffende medicatie. Een medisch adviseur heeft dit beoordeeld aan de hand van het (medisch) dossier.

Verzoeker stelt het opmerkelijk te vinden dat dit advies door het Zorginstituut is uitgebracht op basis van het dossier. Met name omdat niet bekend is voor welke klachten verzoeker de medicatie gebruikt. Gesproken wordt over een hernia, maar niet bekend is of dit een hernia betreft gericht op rugklachten of dat dit een hernia diafragmatica betreft. Dit laatste is bij verzoeker aan de orde. Als deze informatie niet bekend is geweest bij de medisch adviseur van het Zorginstituut, kan onmogelijk een goed en objectief oordeel zijn gegeven. Daarnaast voert verzoeker aan dat dit in het geheel niet ter zake doet. In de polisvoorwaarden is namelijk duidelijk bepaald dat de medische noodzaak moet worden onderbouwd, en niet waaruit deze onderbouwing dient te bestaan. De huisarts heeft duidelijk op de recepten en de verklaring de term 'medische noodzaak' opgenomen. Samenvattend stelt verzoeker dat, gezien het feit dat het Zorginstituut niet op de hoogte was van zijn medische situatie omdat vermoedelijk is uitgegaan van een "normale rug hernia", aan het advies van het Zorginstituut weinig waarde kan worden gehecht, en de ziektekostenverzekeraar de medicatie dan ook, op grond van de geldende polisvoorwaarden, dient te vergoeden.

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. De voorwaarden van de zorgverzekering zijn door de overheid vastgesteld. In de artikelen 1 en 2 van de zorgverzekering is vastgelegd dat de zorgverzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Aanspraak bestaat op zorg indien wordt voldaan aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Een medische indicatie en een verzekeringsindicatie dienen hierbij te worden onderscheiden. Bij identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen bestaat uitsluitend recht op vergoeding van een niet door de ziektekostenverzekeraar aangewezen geneesmiddel (specialité) indien behandeling met het aangewezen geneesmiddel medisch niet verantwoord is. Aanspraak bestaat op een specialité (merkgeneesmiddel) als:

1. de arts verklaart dat sprake is van een medische noodzaak; en
2. de arts verklaart waaruit die medische noodzaak bestaat. Dit betekent dat er een verklaring moet zijn voor de klachten die de verzekerde ervaart ten gevolge van andere hulpstoffen die aanwezig zijn in het generieke preparaat; en
3. ten minste twee generieke varianten zijn gebruikt.

De ziektekostenverzekeraar hanteert in dit verband de 'Verklaring Medische Noodzaak Geneesmiddel'. Enkel de vermelding "medische noodzaak" op het recept is niet voldoende.

5.2. De medisch adviseur heeft het dossier van verzoeker meerdere malen beoordeeld. Hieruit is het volgende naar voren gekomen. Uit de medicatiehistorie van verzoeker blijkt dat hij sinds 2012 de volgende middelen heeft gebruikt die zijn gerelateerd aan Nexium®:

- 03-01-2012: Nexium® 20 mg
- 13-08-2012: Esomeprazol PCH
- 15-03-2013: Rabeprazol TEVA.

De werkzame stof in de medicijnen Nexium®, Esomeprazol PCH, Esomeprazol Sandoz en Esomeprazol ratiopharm is esomeprazol magnesiumtrihydraat, oftewel exact gelijk. Genoemde medicijnen bestaan uit combinaties van deze werkzame stof en hulpstoffen. De verschillen zitten in de hulpstoffen, maar uit een vergelijking van de hulpstoffen blijkt dat de verschillen met name de indifferente stoffen betreffen. Deze stoffen hebben geen werking, en kunnen zodoende geen overgevoeligheid of allergie veroorzaken. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat er geen verklaring is voor de klachten die verzoeker ervaart bij de generieke middelen, hetgeen overeenkomt met de door de apotheker van verzoeker uitgevoerde beoordeling. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is aan verzoeker voorgesteld de huisarts te vragen voor welke hulpstof een overgevoeligheid of allergie bestaat. Verzoeker heeft hier gevolg aan gegeven en een verklaring van de huisarts overgelegd. In deze verklaring is bij vraag 3a geschreven: "*omeprazol generiek, esomeprazol generiek bleek onvoldoende werkzaam*". De ziektekostenverzekeraar merkt hierover op dat omeprazol niet hetzelfde is als esomeprazol. Blijkbaar maakt de huisarts geen onderscheid tussen beide middelen.

Tevens licht de huisarts niet toe waarom de generieke variant niet werkt. Overigens heeft verzoeker van esomeprazol één variant gebruikt, en niet twee. Voorts heeft de huisarts verklaard dat geen sprake is van allergie/intolerantie voor het generieke middel.

5.3. De ziektekostenverzekeraar stelt vast dat in het geval van verzoeker geen sprake is van een medische noodzaak voor het specialité (Nexium®). Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten van dit geneesmiddel.

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 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 de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

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 tot en met 42 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 5 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneesmiddelen en dieetpreparaten bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“ARTIKEL 5 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

a) de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;

(...)

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis (...)

Wij vergoeden de kosten van terhandstelling, advies en begeleiding van:

a) alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. (...)

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. (...)

c) andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. (...)

Voorwaarden voor vergoeding van geneesmiddelen en dieetpreparaten

1) De geneesmiddelen of dieetpreparaten moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).

2) Een apotheekhoudende moet de geneesmiddelen leveren. (...)

3) Zijn er identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan vergoeden wij alleen de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op vergoeding van 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.

In artikel 4.4 van het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg staan nog een aantal aanvullende bepalingen voor vergoeding van specifieke geneesmiddelen en dieetpreparaten. Wij vergoeden de kosten van deze dieetpreparaten en de geneesmiddelen alleen, als u voldoet aan deze bepalingen. (...)"

- 8.4. Artikel 4.2 van het 'Achmea Reglement farmaceutische zorg' betreft onderling vervangbare geneesmiddelen, en luidt, voor zover hier van belang:

"In de Regeling zorgverzekering vindt u in bijlage 1A welke geneesmiddelen als onderling vervangbaar zijn aangemerkt. (...)"

Preferente geneesmiddelen

Een aparte groep binnen de onderling vervangbare geneesmiddelen zijn de identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen. In deze groep geneesmiddelen hebben wij een aantal voorkeursmiddelen aangewezen. Dit zijn de preferente geneesmiddelen. Neemt u uw geneesmiddelen af bij een apotheekhoudende zonder contract? Of bij een apotheekhoudende die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten? Dan heeft u binnen de groep identieke middelen uitsluitend aanspraak op vergoeding van de geneesmiddelen die wij als preferent hebben aangewezen. Is er geen medische noodzaak om een niet-aangewezen geneesmiddel te gebruiken en wilt u dit toch? Dan moet u dit geneesmiddel zelf betalen. (...)"

- 8.5. In de begripsomschrijvingen is het begrip "medische noodzaak" als volgt gedefinieerd:

"Bij identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen vergoeden wij alleen de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op vergoeding van een niet-aangewezen geneesmiddel. Namelijk als het medisch niet verantwoord is om u te behandelen met het geneesmiddel dat wij hebben aangewezen. De voorschrijver moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische noodzaak en moet dit kunnen onderbouwen."

- 8.6. Artikel 5 van de zorgverzekering en het 'Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2014' 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).

- 8.7. 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.

- 8.8. 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

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 voorwaarden van de zorgverzekering en de hieraan 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 uit artikel 5 van de zorgverzekering in relatie met het 'Achmea Reglement farmaceutische zorg 2014', de voorschrijvende zorgaanbieder op het recept te vermelden dat een medische noodzaak bestaat voor het voorgeschreven - niet preferente - middel en moet hij deze noodzaak tevens kunnen onderbouwen. Door verzoeker is in dit verband verwezen naar het recept en de verklaringen van de huisarts. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.

9.4. De huisarts heeft in eerste instantie slechts verklaard dat bij verzoeker een medische noodzaak bestaat voor het merkgeneesmiddel. Nadien heeft de huisarts medegedeeld dat verzoeker twee generieke middelen heeft geprobeerd, en dat deze middelen bij hem niet werkten. De vraag naar een eventuele allergie of intolerantie voor de hulpstoffen (in de generieke middelen) kon de huisarts niet beantwoorden.

Uit het voorgaande is enkel op te maken dat verzoeker beter blijkt te reageren op het middel Nexium® dan op de door hem geprobeerde generieke variant van het middel. De huisarts heeft niet verklaard welke klachten bij verzoeker optraden na het gebruik van de generieke variant en waardoor die klachten zouden kunnen zijn veroorzaakt. Ook van een allergie of intolerantie voor bepaalde hulpstoffen is niet gebleken. Daarentegen heeft de ziektekostenverzekeraar onderbouwd dat Nexium® en de generieke alternatieven dezelfde werkzame stof bevatten en dat de verschillen in hulpstoffen met name de indifferente stoffen betreffen, dat wil zeggen stoffen die geen werking hebben en daarom geen allergie of intolerantie kunnen veroorzaken. Door verzoeker is dit niet bestreden.

Zodoende is de medische noodzaak voor het middel Nexium® is onvoldoende onderbouwd. Dit wordt onderschreven door het Zorginstituut in zijn advies van 24 september 2015 aan de commissie. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van dit geneesmiddel ten laste van de zorgverzekering.

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, 18 november 2015,

A.I.M. van Mierlo