



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea  
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist  
Zaak : Geneesmiddelenzorg, preferentiebeleid, Zyprexa  
Zaaknummer : 201400833  
Zittingsdatum : 17 september 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en bijlage 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Achmea 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 verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Plus Polis 3 sterren 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). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Beter Af Tandarts Polis 3 sterren 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 Zyprexa (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 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 brief van 11 december 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 30 april 2014 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.4. Bij brief van 13 mei 2014 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 10 juli 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 13 augustus 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 augustus 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 14 juli 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 11 augustus 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014091022) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat in het dossier geen verklaring van een arts aanwezig is, of een aantekening op een recept, waaruit blijkt dat sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van het geneesmiddel Zyprexa, zoals door verzoeker gesteld. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 2 september 2014 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben hiervan geen gebruik gemaakt.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker gebruikt sinds 1997 - tot grote tevredenheid - het geneesmiddel Zyprexa. De ziektekostenverzekeraar wil nu dat hij in plaats daarvan het middel olanzapine (teva) gaat gebruiken. Bij het gebruik van dit middel krijgt verzoeker echter last van bijwerkingen, te weten "erge sufheid, moeheid, libido-problemen en duizeligheid". Daarnaast is in de bijsluiters van dit middel vermeld dat de gebruiker last kan krijgen van allerlei "vreselijke dingen", zoals bijvoorbeeld "een plotselinge onverklaarbare dood". Verzoeker is daarom door zijn zus en vriendin verteld dat hij direct moest stoppen met het gebruik van de olanzapine (teva).
- 4.2. Verzoeker bekostigt de Zyprexa nu zelf. Deze kosten bedragen ongeveer € 86,- per maand.
- 4.3. Verzoeker stelt dat de olanzapine (teva) bij hem niet goed werkt. Hierdoor loopt hij het risico dat hij wellicht drie maanden moet worden opgenomen in een instelling. De kosten hiervan schat verzoeker op ongeveer € 63.000,- (€ 700,- per dag maal 90 dagen). Het geneesmiddel Zyprexa kost ongeveer € 86,- per maand. Het is dus voor de ziektekostenverzekeraar veel voordeliger om de kosten van Zyprexa aan verzoeker te vergoeden.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Merkloze geneesmiddelen hebben dezelfde sterkte en werkzame stof als merkgeneesmiddelen. De kwaliteit is hetzelfde. De overheid controleert de werkzaamheid en veiligheid van geneesmiddelen. Door alleen merkloze geneesmiddelen te vergoeden, zorgt de ziektekostenverzekeraar voor goede en betaalbare zorg.
- 5.2. In uitzondering op de hoofdregel worden de kosten van merkgeneesmiddelen vergoed, indien sprake is van een aangetoonde allergie voor een hulpstof of als de verzekerde een hulpstof niet verdraagt. Hiervoor is een schriftelijke verklaring van de behandelend arts nodig. De verzekerde dient deze verklaring aan de apotheker over te leggen. De apotheker moet het voorschrift van de arts toetsen aan het 'Memo Medische Noodzaak', dat onlosmakelijk is gekoppeld aan de overeenkomst met de apotheker. Als de apotheker tot de conclusie komt dat de arts ten onrechte een specialité heeft voorgeschreven, omdat er geen tekenen zijn voor een medische noodzaak voor dit middel, is de apotheker op grond van de contractuele afspraken met de ziektekostenverzekeraar

verplicht - in afwijking van het voorschrift van de arts - toch het generieke geneesmiddel af te leveren. De uiteindelijke beslissing ligt dus bij de apotheker, die een zelfstandige afweging moet maken op grond van de behandelovereenkomst met de patiënt en de overeenkomst die hij heeft met de ziektekostenverzekeraar.

5.3. Zyprexa is de specialité van de werkzame stof olanzapine. In 2012 verliep het patent van Zyprexa en in juli 2012 kwam de generieke vorm van het geneesmiddel op de markt. Apothekers hadden toen de mogelijkheid om het veel goedkopere generieke olanzapine aan patiënten te verstrekken. Dit is de normale gang van zaken als een specialité "uit patent gaat". Er hoeven dan geen overgangsmaatregelen in acht te worden genomen. Alleen als er een waarschuwing van de KNMP is voor het betreffende middel, mag een apotheker de patiënt niet zonder overleg met de voorschrijvend arts op het generieke middel overzetten. Voor olanzapine geldt geen waarschuwing voor substitutie. Daarom kon de apotheker verzoeker gewoon overzetten van Zyprexa naar het generieke olanzapine.

5.4. De door verzoeker beschreven klachten van moeheid, libidoverlies en sufheid vallen onder de bijwerkingen van olanzapine en kunnen zowel bij de specialité als het generieke geneesmiddel optreden. Verzoeker zou hiermee naar de voorschrijvend arts moeten gaan om naar een oplossing te zoeken. Vaststaat dat in casu een verklaring van een arts ontbreekt. Daarmee is de medische noodzaak voor het gebruik van Zyprexa niet aannemelijk gemaakt.

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

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 16 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, welk artikel ook van toepassing is op de aanvullende ziektekostenverzekering, 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 verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van het geneesmiddel Zyprexa, 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 mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"Wij vergoeden de kosten van farmaceutische zorg, onder de voorwaarden zoals omschreven in het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Farmaceutische Zorg. (...)*

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

*- alle bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen indien dit geschiedt door een apotheekhoudende die met ons een IDEA-contract heeft gesloten;*

- de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door ons en zijn opgenomen in het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Farmaceutische Zorg, indien dit geschiedt door een apotheekhoudende die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheekhoudende zonder contract;

(...)

Het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze polis

en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.”

- 8.4. In artikel 4.1.1 van het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Farmaceutische Zorg 2013 is ten aanzien van het preferentiebeleid, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

*"Een aparte groep binnen de onderling vervangbare geneesmiddelen vormen de identieke onderling vervangbare geneesmiddelen. Binnen deze groep geneesmiddelen heeft [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg een aantal voorkeursmiddelen aangewezen, de zogenaamde preferente geneesmiddelen. Wanneer u uw geneesmiddelen betreft bij, een apotheekhoudende zonder contract of een apotheekhoudende die met [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten dan heeft u binnen de groep identieke middelen uitsluitend aanspraak op vergoeding van de door [naam ziektekostenverzekeraar] aangewezen preferente geneesmiddelen. Als u toch een ander geneesmiddel wilt gebruiken, zult u dit geneesmiddel zelf moeten betalen, tenzij er sprake is van een medische noodzaak. (...)"*

- 8.5. Artikel 24 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 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, 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.
- 8.7. 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. 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 bepaalt, zo blijkt ook uit artikel 4.1.1 van het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Farmaceutische Zorg 2013, de huisarts of behandelend medisch specialist of bij een verzekerde een medische noodzaak bestaat voor het voorgeschreven – niet preferente – middel. Uit de overgelegde stukken blijkt niet van een - door de huisarts of behandelend medisch specialist - vastgestelde medische noodzaak voor het gebruik van het (niet-preferente) geneesmiddel Zyprexa. Verzoeker heeft daarom op grond van de zorgverzekering geen aanspraak op vergoeding van de kosten van Zyprexa. Dat hij bijwerkingen ondervindt door het preferente geneesmiddel, en dat in de bijsluiter van dit middel staat vermeld dat er een kans is op (zeer) ernstige bijwerkingen, maakt het voorgaande niet anders.
- De stelling van verzoeker dat hij het risico loopt wellicht drie maanden in een instelling te moeten worden opgenomen, waaraan hogere kosten zijn verbonden dan aan het gebruik van Zyprexa, treft geen doel. Niet alleen staat de - dreigende - opname geenszins vast, maar bovendien voorziet de zorgverzekering niet in de mogelijkheid van substitutie zoals door verzoeker gesuggereerd.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

#### **Overgangsmaatregel**

- 9.5. Verzoeker heeft Zyprexa gebruikt vanaf 1997. Volgens de ziektekostenverzekeraar is in 2012 het patent van dit middel verlopen en is in juli 2012 de generieke versie op de markt gekomen. Op grond van het preferentiebeleid van de ziektekostenverzekeraar komt, indien beschikbaar, alleen de generieke - goedkopere - versie voor vergoeding in aanmerking, tenzij sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van Zyprexa. Dat verzoeker laatstgenoemd middel niet langer afgeleverd krijgt, is derhalve niet het gevolg van een gewijzigd vergoedingsbeleid van de ziektekostenverzekeraar, maar van het - voor het eerst - op de markt komen van een generieke versie van het middel. Voorts is gesteld noch gebleken dat ten aanzien van het generieke middel bedenkingen bestaan. De commissie is daarom van oordeel dat in de onderhavige situatie geen overgangsmaatregel hoeft te worden toegepast.

#### **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, 17 september 2014,

Voorzitter