



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A, als wettelijk vertegenwoordiger van mevrouw B, beiden te C, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Farmaceutische zorg, geneesmiddel, Zyprexa Velotab 15 mg Smelttablet, preferentiebeleid, medische noodzaak, terugwerkende kracht

Zaaknummer : 201800597

Zittingsdatum : 6 februari 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013-2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013-2018)

1. Partijen

Mevrouw A, hierna te noemen: verzoekster, als wettelijk vertegenwoordiger van mevrouw B, hierna te noemen: verzekerde, beiden te C,

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 aanvraag, en in de jaren 2015, 2016 en 2018, was verzekerde 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 verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend 2 sterren 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 (verder: BW). Met ingang van 1 januari 2018 is de aanvullende ziektekostenverzekering verhoogd naar 3 sterren. In de jaren 2013 en 2014 was verzekerde verzekerd op grond van de Agis Basispolis Basic en de aanvullende ziektekostenverzekering Compleetpolis. De daarnaast afgesloten aanvullende verzekering Aanvullend Tand 1 ster is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken. Dit geldt eveneens voor de in 2014 afgesloten aanvullende verzekering Tand Compact.


3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op Zyprexa Velotab 15 mg smelttabletten (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 januari 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 26 januari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar - bij wijze van uitzondering en onverplicht - aan verzoekster een overgangsregeling heeft aangeboden. De ziektekostenverzekeraar zal op grond hiervan de kosten van Zyprexa van 1 maart 2018 tot en met 31 december 2018 aan verzoekster vergoeden.
- 3.4. Bij brief van 8 oktober 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de

 aanspraak alsnog volledig 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 13 december 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 december 2018 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 januari 2019 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 januari 2019 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.9. Bij brief van 17 december 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 14 januari 2019 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018065106) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op basis van de in het dossier aanwezige informatie niet is aangetoond dat sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van Zyprexa Velotab 15 mg. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 17 januari 2019 aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoekster is op 6 februari 2019 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Bij brief van 7 februari 2019 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 7 februari 2019 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

-  4.1. Verzekerde is bekend met autisme en een verstandelijke beperking. Zij functioneert op het niveau van een kind van drie jaar oud. Omdat zij last had van onrust, agressie en vernielingsdrang heeft de psychiater in de Verenigde Staten in februari 2011 het middel Zyprexa Zydis 20 mg smelttabletten aan haar voorgeschreven. Eind maart 2011 heeft de apotheek in Nederland, zonder overleg, de Zyprexa Zydis gewijzigd in Zyprexa Velotab 20 mg smelttabletten. In verband met de bijwerkingen is de dosis op verzoek van verzoekster verlaagd van 20 mg naar 15 mg. In 2011 kreeg verzekerde het middel zonder bijbetaling verstrekt door de apotheek. In december 2012 moest een eigen bijdrage hiervoor worden betaald. Vanaf januari 2013 bleven de kosten van het middel volledig voor eigen rekening. Verzoekster heeft daarom op 19 maart 2013 een klacht ingediend bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar, maar heeft hierop nooit een reactie ontvangen. Verzekerde is de Zyprexa Velotab 15 mg smelttabletten blijven gebruiken, en verzoekster heeft de kosten hiervan zelf betaald. In december 2017 werden de tabletten ineens weer zonder bijbetaling aan verzekerde verstrekt. Verzoekster heeft hierover een opmerking gemaakt bij de apotheek, en toen kreeg zij voor het eerst een nota voor de geleverde medicatie. Het voorgaande heeft bij verzoekster tot verwarring geleid. Zij heeft daarom telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek is haar verteld dat de kosten ten

laste van het eigen risico komen. Een en ander zou nog worden uitgezocht en verzoekster zou worden teruggebeld, maar dit is niet gebeurd.

- 4.2. Verzoekster heeft in 2018 de nota's van de Zyprexa Velotab 15 mg smelttabletten van de afgelopen jaren ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, maar deze heeft de vergoeding hiervan afgewezen. Zij heeft daarom de situatie aan de ziektekostenverzekeraar uitgelegd en hem gevraagd waarom de voor verzekerde medisch noodzakelijke medicatie zelf moet worden betaald. In antwoord hierop heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat alleen aanspraak bestaat op een merkgeneesmiddel als hiervoor een medische noodzaak aanwezig is. Daarom is door verzoekster een verklaring van de huisarts overgelegd, waarop is vermeld dat er sinds 2012 een medische noodzaak bestaat voor dit middel. De ziektekostenverzekeraar vindt deze verklaring echter niet voldoende.
De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat sprake is van een medische noodzaak voor het merkgeneesmiddel als het gezien de indicatie onverstandig is te wisselen van medicatie, bijvoorbeeld bij middelen voor epilepsie of bij gebruik van antipsychotica. Zyprexa Velotab behoort tot de laatste categorie.
- 4.3. Als gevolg van de overstap destijds van Zyprexa Zydis 20 mg naar Zyprexa Velotab 20 mg is het gewicht van verzekerde in twee maanden tijd extreem toegenomen. Haar kledingmaat was 38 en na twee maanden 50. Inmiddels draagt zij kledingmaat 54. Verder heeft zij door haar medicatie onder meer last van haaruitval, het uitblijven van de menstruatie, een droge keel en tong, en kortademigheid.
De bijwerkingen die verzekerde ondervindt van de medicatie zijn thans stabiel. Verzoekster is bang dat als de medicatie wordt gewijzigd, verzekerde last krijgt van nieuwe bijwerkingen en dat haar gewicht nog verder zal toenemen. Hierdoor wordt ook de kans op diabetes steeds groter. Daarnaast is verzekerde lactose intolerant, waardoor zij de gewone tabletten olanzapine van Mylan niet kan gebruiken. Alleen de smelttabletten van dit merk zijn lactosevrij.
De samenstelling van Zyprexa Velotab 15 mg en het preferente middel (olanzapine van Mylan) is niet identiek. Daarom is vooraf niet vast te stellen wat de uitwerking zal zijn van een wijziging. Verzekerde gebruikt thans Zyprexa Velotab 15 mg. Het preferente middel is alleen verkrijgbaar in 5 mg en 20 mg. De ziektekostenverzekeraar vindt het kennelijk verantwoord om de huidige dosering olanzapine te verhogen van 15 mg naar 20 mg. Verzekerde is niet communicatief vaardig. Zij is daarom niet in staat aan te geven wanneer sprake is van klachten die zijn gerelateerd aan haar medicijngebruik.
- 4.4. De huisarts heeft op 22 februari 2018 het volgende verklaard: *"Hierbij een medische verklaring ten behoeve van de vergoeding van medicatie.
Sinds 2012 gebruikt patiënte Zyprexa velotab 15mg smelttablet 1dl.
Tot op heden heeft zij deze medicatie zelf betaald. Volgens verzekeraar wordt deze medicatie vergoed.
Er is een medische noodzaak voor deze medicatie, al sinds 2012
Ik verzoek u hierbij dringend de medicatie te vergoeden."*
- 4.5. Verzoekster benadrukt dat het middel Zyprexa Velotab 15 mg is opgenomen in het GVS en daarom moet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat verzekerde zonder het gebruik van de Zyprexa Velotab 15 mg smelttabletten erg agressief wordt, het meubilair vernield en overlast veroorzaakt. Daarnaast wordt verzekerde bijna panisch als haar een ander middel wordt aangeboden. Elke verandering heeft een grote impact op verzekerde.
- 4.7. 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 zorgverzekering bestaat aanspraak op farmaceutische zorg. Bij identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen worden alleen de geneesmiddelen vergoed die zijn aangewezen door de ziektekostenverzekeraar, of bij een IDEA-contract, het geneesmiddel dat de apotheek heeft aangewezen. De behandelend arts bepaalt welke werkzame stof betrokkene nodig heeft. De apotheker beoordeelt het recept. Bij voorkeur wordt het preferente geneesmiddel geleverd.

Alleen als sprake is van een medische noodzaak bestaat aanspraak op een niet-aangewezen geneesmiddel. Er bestaat een medische noodzaak als het medisch onverantwoord is de patiënt te behandelen met het voorkeursmiddel. Dit kan in uitzonderlijke gevallen voorkomen wanneer de samenstelling, dosering of toedieningsvorm van een geneesmiddel zo bijzonder is, dat er maar één bepaald (merk)geneesmiddel in aanmerking komt. Op het moment dat de arts het niet medisch noodzakelijk acht, komt men niet in aanmerking voor vergoeding van het betreffende niet-aangewezen middel. Als de apotheek twijfelt over de medische noodzaak, zal de apotheek dit afstemmen met de voorschrijver van het geneesmiddel. De behandelend arts mag alleen medische noodzaak op het recept noteren als het medisch onverantwoord is het voorkeursmiddel te gebruiken.

De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard wanneer sprake is van een medische noodzaak voor een merkgeneesmiddel: "1. U bent overgevoelig of allergisch voor een bepaalde hulpstof Deze hulpstof zit niet in het merkgeneesmiddel maar wel in het merkloze geneesmiddel. Dit betekent niet altijd dat wij het merkgeneesmiddel betalen. U krijgt dan een ander merkloos geneesmiddel waar de bewuste hulpstof niet in zit. 2. Dat het voor de indicatie onverstandig is om te wisselen van geneesmiddel. Bijvoorbeeld middelen voor epilepsie of antipsychotica."

5.2. De ziektekostenverzekeraar beschikt niet over een verklaring van vóór 2018 over de medische noodzaak voor het gebruik van Zyprexa Velotab 15 mg. In zijn administratie is alleen een verslag te vinden van 29 januari 2013, en dit luidt als volgt: "Onderwerp: Vergoeding(en) farmacie Omschrijving: 2e lijn: gesproken met moeder over werkzame stof Olanzapine. Ze krijgt nu het merknaam Zyprexa niet meer vergoed, gaat om werkzame stof. Moeder is boos dat haar dochter als proefkonijn wordt gebruikt en ze wil niet dat haar dochter een ander merknaam probeert. Ik heb haar geadviseerd om te overleggen met huisarts en apotheek."

5.3. De huisarts heeft op 22 februari 2018 verklaard dat vanaf 2012 een medische noodzaak bestaat voor verzekerde voor het gebruik van het middel Zyprexa Velotab 15 mg. Verzoekster heeft deze verklaring naar de apotheek gestuurd. De apotheek bepaalde dat vanaf 22 februari 2018 een medische noodzaak bestaat voor het middel Zyprexa Velotab 15 mg. Daarom worden de kosten vanaf maart 2018 rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd, en worden deze ten laste van de zorgverzekering vergoed.

De medische verklaring van 22 februari 2018 is echter te summier. De huisarts heeft niet toegelicht op basis waarvan een medische noodzaak bestaat voor Zyprexa Velotab 15 mg. Om te bepalen of verzekerde met terugwerkende kracht aanspraak heeft op Zyprexa Velotab 15 mg is nadere informatie opgevraagd bij de huisarts. Uit de ontvangen informatie blijkt geen medische noodzaak voor het gebruik van Zyprexa Velotab 15 mg. De huisarts heeft op 13 juni 2018 het volgende verklaard: "Naar aanleiding van uw verzoek medische informatie te verstrekken betreffende bovenstaande patiënt kan ik u het volgende meedelen. In 2010 is in de USA i.v.m een psychotische ontregeling gestart met Zyprexa smelttablet 15 mg. Hierop is een goed herstel opgetreden en is overgegaan tot [e]en chronische inname van deze medicatie. Ivm haar autistestoomis en mentale retardatie is alleen de smelttablet geschikt voor inname. Ten aanzien van lactose intolerantie blijkt uit haar dossier dat ze daar al jaren mee kampt. Er zijn andere vormen van Zyprexa geprobeerd, volgens moeder reageerde zij hier slecht op. Door haar autistestoomis moet zij dagelijks dezelfde smelttablet nemen. Ik hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben."

Op 3 juli 2018 heeft de apotheker verklaard dat verzekerde een medische noodzaak heeft voor het gebruik van Zyprexa Velotab 15 mg. Volgens de apotheker geeft een wisseling van merk problemen

bij autisme. Dit heeft zijns inziens een negatief effect op de therapietrouw, hetgeen gezien het type middel niet wenselijk is. De adviserend apotheker van de ziektekostenverzekeraar is het hiermee evenwel niet eens en heeft dit op 17 juli 2018 telefonisch medegedeeld aan de apotheker.

De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 23 augustus 2018 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen medegedeeld dat hij van mening is dat het wisselen van een merk lastig is voor mensen met autisme, maar dat dit niet betekent dat daarom sprake is van een medische noodzaak. Bovendien is een goed alternatief beschikbaar, namelijk de generieke lactosevrije smelttabletten van het merk Mylan. Deze zijn ook verkrijgbaar in 15 mg. Daarbij is dit middel exact gelijk aan de Zyprexa Velotab 15 mg, zowel wat betreft samenstelling als vorm.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 6 september 2018 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen medegedeeld dat het bepalen van de medische noodzaak aan de apotheker en de behandelend arts is. Als de apotheker vermoedt dat er niet daadwerkelijk sprake is van een medische noodzaak, kan hij de behandelend arts om nadere informatie vragen. Van de arts wordt verwacht dat hij de verzochte toelichting verstrekt, of dat hij de aantekening 'medische noodzaak' intrekt. Zowel de apotheker als de ziektekostenverzekeraar heeft de behandelend arts om een nadere toelichting gevraagd. Dit heeft uiteindelijk geleid tot de beoordeling dat er geen sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van Zyprexa Velotab 15 mg voor verzekerde.
- 5.5. De aanbeveling om antipsychotica niet te wisselen heeft betrekking op de geregistreerde indicaties. De geregistreerde indicaties voor Zyprexa/olazapine tabletten zijn: schizofrenie, behandeling van matig tot ernstige manische episoden bij bipolaire stoornis, en preventie van een recidief van manie bij bipolaire stoornis bij patiënten van wie de manische episode heeft gereageerd op olanzapine. De indicatie van verzekerde komt in deze opsomming niet voor. Het gebruik bij autisme betreft 'off label' gebruik. Mensen met autisme wisselen niet graag, maar dat levert geen medische noodzaak op. Die kan er bij psychosen of manische episoden daarentegen wel zijn.
- 5.6. De apotheek heeft Zyprexa Velotab 15 mg ten behoeve van verzekerde vanaf 1 maart 2018 rechtstreeks gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Door het vergoeden hiervan is bij verzoekster de indruk gewekt dat aanspraak bestaat op dit middel. Inmiddels is gebleken dat geen sprake van een medische noodzaak voor het gebruik van Zyprexa Velotab 15 mg. Gelet op de omstandigheden heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een overgangsregeling tot en met 31 december 2018 aangeboden. Hierdoor krijgt verzekerde de tijd om geleidelijk te wennen aan de overstap op een ander middel.
- 5.7. De apotheek heeft de ziektekostenverzekeraar desgevraagd verteld dat verzoekster ermee akkoord is gegaan dat het merkgeneesmiddel de afgelopen jaren voor haar werd besteld en dat de kosten hiervan voor haar rekening kwamen.
- 5.8. Er is bij de ziektekostenverzekeraar in 2013 geen klacht van verzoekster geregistreerd over een geneesmiddel.
- 5.9. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat om in de complexe situatie van verzekerde de medische noodzaak te bepalen de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar bij het dossier betrokken is geraakt. Deze heeft het dossier bestudeerd en is tot de conclusie gekomen dat er voor verzekerde geen medische noodzaak bestaat voor het middel Zyprexa Velotab. De voorwaarden zijn helder en zowel de huisarts als de apotheek dienen zich aan deze voorwaarden houden. Daarnaast gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de medisch adviseur met name heeft gekeken naar de onderbouwing van de huisarts. Deze is naar het oordeel van de medisch adviseur is deze onderbouwing onvoldoende om te kunnen spreken van een medische noodzaak. Hierbij is meegewogen dat het middel Zyprexa wordt gebruikt voor psychische problematiek. Het middel Zyprexa is weliswaar een antipsychoticum, maar de aandoening van verzekerde wordt niet genoemd bij de indicaties waarbij niet kan worden gewisseld van medicatie. Ter zake van de toename van agressie bij verzekerde bij het gebruik van een ander middel, antwoordt de ziektekostenverzekeraar dat deze stelling niet wordt onderbouwd door de

huisarts of een andere arts. Bovendien heeft verzekerde het door de ziektekostenverzekeraar voorgestelde middel van het merk Mylan niet gebruikt.

Gevraagd naar de declaratieoverzichten waaruit volgt dat de nota's vanaf eind december 2014 tot en met 2015 slechts gedeeltelijk zijn vergoed, licht de ziektekostenverzekeraar toe dat de declaraties zijn vergoed zoals deze door verzoekster zijn ingediend. Mogelijk hebben bij deze declaraties ook andere geneesmiddelen gezeten die wel zijn vergoed.

5.10. 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 zorgverzekering, welk artikel op grond van de aanhef van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op deze 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 verzekerde aanspraak heeft op Zyprexa Velotab 15 mg smelttabletten, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. En als dit het geval is, of zij hierop aanspraak heeft met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2013.

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 e.v. van de 'verzekerde zorg basisverzekering' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 5 van de 'verzekerde zorg basisverzekering' van de zorgverzekering (2018) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneesmiddelen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"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;

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. (...)

Voorwaarden voor het recht op geneesmiddelen en dieetpreparaten

1 De geneesmiddelen 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 apotheek moet de geneesmiddelen leveren. Dieetpreparaten mogen ook geleverd worden door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.

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.
(...)"*

In de polisvoorwaarden van de jaren 2013-2017 waren vergelijkbare bepalingen opgenomen.

- 8.4. In het Reglement Farmacie 2018 van de ziektekostenverzekeraar is ter zake het preferentiebeleid, voor zover her relevant, in 4.2 het volgende bepaald:

"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 apotheek zonder contract? Of bij een apotheek 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.
Wilt u weten welke geneesmiddelen wij als preferent hebben aangewezen? Een overzicht van deze middelen vindt u op de website van uw Zorgverzekeraar. Het kan nodig zijn om de lijst aangewezen middelen tussentijds te wijzigen. In dat geval wordt hierover op tijd informatie verstrekt.
Voor een aantal preferente geneesmiddelen gelden aanvullende voorwaarden voor vergoeding (zie artikel 4.4). Er is in dat geval alleen aanspraak op vergoeding, als aan deze aanvullende voorwaarden is voldaan.
(...)"*

In het Reglement Farmacie van de jaren 2013-2017 was een vergelijkbare bepaling opgenomen.

- 8.5. In het Reglement Farmacie 2018 van de ziektekostenverzekeraar is in de begrippenlijst de volgende definitie gegeven van '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."

In het Reglement Farmacie van de jaren 2013-2017 was een vergelijkbare bepaling opgenomen.

- 8.6. In artikel 5.5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering (2018) is bepaald dat nota's uiterlijk drie jaar na het leveren van de zorg moeten worden gedeclareerd. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*"Zorg ervoor dat u uw nota's zo snel mogelijk bij ons declareert. Doe dit in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld.
Let op! Om te bepalen of u recht heeft op de zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is.
(...)"*

Declareert u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld? Dan kunt u een lagere vergoeding krijgen dan waar u volgens de voorwaarden recht op had. Wij nemen nota's niet in behandeling, als u deze later declareert dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg. Dit volgt uit artikel 942, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek."

In de polisvoorwaarden van de jaren 2013-2017 waren vergelijkbare bepalingen opgenomen.

- 8.7. Artikel 5.5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering, artikel 5 van de 'verzekerde zorg basisverzekering' van de zorgverzekering en het Reglement Farmacie 2018 zijn volgens artikel 1.1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. 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 bijlagen 1 en 2 Rzv.
- 8.9. 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.
- 8.10. Artikel 13.4 van de 'vergoedingen aanvullende verzekeringen' van de aanvullende ziektekostenverzekering (2018) betreft de vergoeding van geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vanuit de basisverzekering worden vergoed, en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden de kosten van een beperkt aantal geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vergoed worden vanuit de basisverzekering. Wij vergoeden de geneesmiddelen en apotheekbereidingen in één van de volgende gevallen: a als ze niet, niet meer of nog niet in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) voor vergoeding zijn opgenomen; b als apotheekbereidingen niet vanuit de basisverzekering vergoed worden.

Voorwaarden voor vergoeding

1 Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

2 Er is in uw situatie geen vergoedbaar alternatief.

3 Het geneesmiddel moet worden gebruikt bij een aandoening die, in combinatie met dat geneesmiddel, voorkomt op een lijst die wij hebben opgesteld. Op deze lijst staan geregistreerde

geneesmiddelen en apotheekbereidingen in combinatie met aandoeningen. Deze kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

(...)

maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar"

In de polisvoorwaarden van de jaren 2015, 2016 en 2017 waren vergelijkbare bepalingen opgenomen. De aanvullende verzekering van 2013 en 2014 bood geen dekking op dit onderdeel.

- 8.11. Volgens de inleiding van de 'algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering (2018) is artikel 5.5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering (2018) ook van toepassing is op de aanvullende ziektekostenverzekering.

In de polisvoorwaarden van de jaren 2015, 2016 en 2017 waren vergelijkbare bepalingen opgenomen. In de algemene voorwaarden van de aanvullende verzekering van 2013 en 2014 was een vergelijkbare bepaling opgenomen in artikel 7.

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. Met betrekking hiertoe geldt dat 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.

- 9.2. In het laatste geval dient, zoals blijkt uit de omschrijving van het begrip 'medische noodzaak' dat is opgenomen in de begrippenlijst van het Reglement Farmaceutische Zorg 2018 van de ziektekostenverzekeraar, de voorschrijver op het recept te vermelden dat een medische noodzaak bestaat voor het voorgeschreven – niet-preferente – middel.

De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn primaire beslissing van 9 januari 2018 toegelicht dat aanspraak bestaat op het niet-preferente geneesmiddel als betrokkene overgevoelig of allergisch is voor een bepaalde hulpstof, of als het voor de indicatie onverstandig is om te wisselen van geneesmiddel, waarbij antipsychotica als voorbeeld wordt genoemd. In de brief van 6 september 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het bepalen van de medische noodzaak aan de apotheker en de huisarts is.

In het geval van verzekerde is weliswaar sprake van het gebruik van een anti-psychoticum, maar daarbij betreft het off labelgebruik, zodat de hiervoor benoemde uitzondering niet zonder meer van toepassing is.

Uit het dossier blijkt verder dat de huisarts van oordeel is dat sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van Zyprexa Velotab 15 mg door verzekerde, onder meer omdat zij door haar autismestoornis iedere dag dezelfde tablet moet innemen. Ook de apotheker heeft verklaard dat verzekerde is aangewezen op de Zyprexa Velotab 15 mg omdat een wisseling van merk problemen geeft bij autisme. Dat de adviserend apotheker van de ziektekostenverzekeraar tot een andere conclusie komt, mag zo zijn, maar de ziektekostenverzekeraar heeft de beoordeling van de medische noodzaak formeel toebedeeld aan de voorschrijver - in dit geval de huisarts - en de apotheker en niet aan zijn adviserend apotheker. Hieruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de nota's te blijven vergoeden, althans tot het moment waarop de voorschrijvend arts of de afleverend apotheker een ander standpunt inneemt ten aanzien van de medische noodzaak.

Bij die medische noodzaak tekent de commissie nog aan dat door verzoekster ter zitting is toegelicht dat verzekerde zonder het gebruik van Zyprexa Velotab 15 mg erg agressief wordt, vernielingen pleegt en overlast veroorzaakt. Hoewel het hier gaat om off labelgebruik van het middel, zijn dit juist de effecten die men wenst te voorkomen door de anti-psychotica een uitzondering te maken op het preferentiebeleid.

Vergoeding met terugwerkende kracht


- 9.3. Uit het dossier blijkt dat verzoekster in december 2017 de nota's van Zyprexa Velotab 15 mg ter declaratie heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Op grond van artikel 5.5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering moeten nota's uiterlijk drie jaar ná de levering van de zorg ter declaratie worden ingediend. Daarom zijn de nota's van vóór december 2014 door de ziektekostenverzekeraar terecht niet in behandeling genomen.
- Uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde declaratieoverzichten blijkt dat de nota's van 23 en 29 december 2014 en die van 2015 gedeeltelijk zijn vergoed. Hierbij is niet vermeld waarom een gedeelte van de kosten niet is vergoed. Uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde declaratieoverzichten blijkt voorts dat de ter declaratie ingediende nota's uit 2016 en 2017 niet zijn vergoed. Hierbij is het volgende vermeld: *"Dit bedrag hoort bij de andere declaratie van dezelfde indiener die wij ook niet vergoeden"*. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de kosten mogelijk gedeeltelijk zijn vergoed omdat die dag mogelijk ook andere geneesmiddelen waren geleverd. De commissie stelt vast dat met de nota van 29 december 2014 een bedrag van € 175,96 in rekening is gebracht voor het middel Zyprexa Velotab 15 mg. Op het declaratieoverzicht van 28 december 2017 is vermeld dat het een apotheekverstrekking betreft, dat een bedrag van € 175,96 door verzoekster is betaald, dat een bedrag van € 102,47 wordt verrekend met het eigen risico, en dat een bedrag van € 52,79 niet wordt vergoed. Het resterende bedrag van € 20,70 wordt aan verzoekster vergoed. Anders dan de door de ziektekostenverzekeraar ter zitting gegeven verklaring, blijkt uit het declaratieoverzicht en de onderliggende nota dat er op 29 december 2014 geen sprake was van de levering van andere geneesmiddelen die wel voor vergoeding in aanmerking komen. Waarom de kosten in december 2014 en in 2015 wel (gedeeltelijk) zijn vergoed en in 2016 en 2017 niet, is de commissie niet duidelijk.
- Op grond van voornoemd artikel 5.5 kan de vergoeding van nota's die binnen drie jaar ná de levering van de zorg, maar die ouder zijn dan twaalf maanden, lager zijn dan die waarop betrokkene ingevolge de polisvoorwaarden aanspraak heeft. Ten aanzien van voornoemd artikel merkt de commissie op dat dit gezien het gebruik van het woord 'kan' een mogelijkheid biedt en geen zekerheid. Daarnaast wordt niet vermeld wanneer de korting wordt toegepast en hoeveel de korting bedraagt. Aangezien de ziektekostenverzekeraar niet heeft gemotiveerd op grond waarvan hij de gedeclareerde kosten niet volledig heeft vergoed, dient hij alsnog het resterende bedrag aan verzoekster te vergoeden.
- Aangezien de commissie in 9.2 heeft bepaald dat verzekerde, beoordeeld naar de verzekeringsvoorwaarden van 2018, aanspraak heeft op Zyprexa Velotab 15 mg, en deze voorwaarden gelijk zijn aan die van de voorgaande jaren, moet de ziektekostenverzekeraar de nota's uit december 2014, 2015, 2016 en 2017 alsnog volledig vergoeden.


Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


- 9.4. Aangezien op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat op de Zyprexa Velotab 15 mg smelttabletten, en de kosten hiervan vanaf december 2014 aan verzoekster moeten worden vergoed, behoeft de aanvullende ziektekostenverzekering geen bespreking meer. Voor zover het de periode vóór december 2014 betreft, geldt dat de betreffende nota's niet binnen drie jaar, en derhalve te laat zijn ingediend, ook in het kader van de aanvullende ziektekostenverzekering. Daarom geldt voor die nota's dat deze terecht door de ziektekostenverzekeraar zijn afgewezen.


Conclusie


- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover het de vergoeding, ten laste van de zorgverzekering, betreft van de kosten van Zyprexa Velotab 15 mg smelttabletten die zijn geleverd vanaf december 2014. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.


 9.6. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

 10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, voor zover het de vergoeding, ten laste van de zorgverzekering, betreft van de kosten van Zyprexa Velotab 15 mg smelttabletten die zijn geleverd vanaf december 2014. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

 Zeist, 6 maart 2019,

 J.A.M. Strens-Meulemeester