



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Farmaceutische zorg, preferentiebeleid, Crestor®, medische noodzaak
Zaaknummer : 201801236
Zittingsdatum : 17 april 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2. en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlage en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

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 kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel , onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend* 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.
De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Aanvullend Tand* 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 aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van Crestor® (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij monde van de apotheek medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Op 5 april 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch 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 15 december 2018 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. Bij e-mailbericht van 12 februari 2019 heeft verzoeker zijn verzoek aan de commissie nader onderbouwd. Een afschrift hiervan is op 15 februari 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen tien dagen te reageren.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 februari 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op maart 2019 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 maart 2019 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 maart 2019 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van maart 2019 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 26 maart 2019 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2019011306) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een medische noodzaak voor Crestor®. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 27 maart 2019 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 april 2019 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 23 april 2019 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de pleitnota van verzoeker gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en de pleitnota aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 24 april 2019 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de pleitnota van verzoeker 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 verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft van zijn huisarts begrepen dat hij alleen aanspraak heeft op vergoeding van het merkgeneesmiddel Crestor® als sprake is van levensbedreigende klachten door het gebruik van een zogenoemd preferent geneesmiddel. Verzoeker begrijpt dat de ziektekostenverzekeraar de zorgkosten probeert te beperken, bijvoorbeeld met het onderhavige preferentiebeleid. Dit preferentiebeleid mag echter niet ertoe leiden dat het welzijn van de patiënt niet meer gewaarborgd is, hetgeen in de onderhavige situatie aan de orde is. Verzoeker is door het preferentiebeleid immers aangewezen op generieke geneesmiddelen waarvan hij ondraaglijke en belemmerende pijnklachten krijgt. Hij vindt dat de ziektekostenverzekeraar het merkgeneesmiddel Crestor® – waarop hij wel goed reageert – moet vergoeden. Hierbij licht verzoeker het volgende toe.
- 4.2. In het verleden heeft verzoeker ten minste twee zogenoemde generieke geneesmiddelen geprobeerd. Hetgeen de ziektekostenverzekeraar in dit verband over parallelimport heeft aangevoerd, vindt hij ongeloofwaardig. Van al deze geneesmiddelen kreeg verzoeker steeds erger wordende gewrichts- en spierpijn. Dat deze pijnklachten inderdaad werden veroorzaakt door de generieke geneesmiddelen wordt ondersteund door het feit dat verzoeker nooit klachten heeft ondervonden van het merkgeneesmiddel Crestor® en dat de pijnklachten verdwenen op de momenten dat hij – op advies van de huisarts – stopte met het innemen van de generieke geneesmiddelen. Tevens heeft onderzoek uitgewezen dat de pijnklachten die verzoeker ondervond niet werden veroorzaakt door reuma of een soortgelijke aandoening. Hij merkt op dat hij in 2005 is ingesteld op medicatie in verband met hartfalen, hetgeen een tijdrovend proces was. Verzoeker heeft in dit verband verschillende medicijnen geprobeerd en alleen van het geneesmiddel Crestor® kreeg hij geen klachten. Zowel de huisarts als de behandelend cardioloog was overtuigd van het oorzakelijke verband tussen de klachten en de generieke geneesmiddelen. Om die reden heeft laatstgenoemde nogmaals Crestor® voorgeschreven en op het recept 'medische noodzaak' vermeld. Verzoeker vindt

het onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar van het oordeel van de cardioloog kan afwijken. Dit geldt te meer omdat de vulstoffen per geneesmiddel kunnen verschillen. Verzoeker merkt hierbij nog op dat zowel de apotheek als de huisarts de bijwerkingen die hij ondervond aanmerkt als allergische klachten.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar en de apotheek hebben niet voldaan aan hun zorgplicht. Eerstgenoemde had verzoeker moeten mededelen hoe hij de 'medische noodzaak' voor het geneesmiddel Crestor® had kunnen aantonen. Verzoeker heeft hiernaar in een telefoongesprek met de ziektekostenverzekeraar uitdrukkelijk gevraagd, maar hij heeft op deze vraag toen geen antwoord gekregen. De apotheek – die de medische noodzaak voor een merkgeneesmiddel beoordeelt – had moeten overleggen met de huisarts. Dit is niet gebeurd, waardoor sprake is van een schending van de zorgplicht. Verzoeker is bereid voor de onderhavige kwestie een medische keuring te ondergaan, hetgeen hem overigens nooit door de ziektekostenverzekeraar is aangeboden.
- 4.4. Het bevreemdt verzoeker dat de apotheek eerst heeft medegedeeld dat Crestor® niet meer leverbaar was en daarna – bij toeval – dat dit middel wel leverbaar was, maar speciaal voor hem moest worden besteld. Hij vindt het daarnaast vervelend dat de ziektekostenverzekeraar een bepaald telefoongesprek niet schriftelijk heeft bevestigd, terwijl dit hem wel was toegezegd. Verzoeker benadrukt dat hij de term 'medische indicatie' niet zelf op het recept heeft geschreven en hij vindt het zeer vervelend dat wordt gesuggereerd dat hij zorgfraude pleegt. Verder merkt verzoeker nog op dat de apotheek niet erbij gebaat is een merkgeneesmiddel af te leveren, omdat hij van de ziektekostenverzekeraar maximaal de kosten van het generieke geneesmiddel vergoed krijgt.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het IDEA-contract de apotheek feitelijk de vrijheid ontnemt te bepalen welk geneesmiddel hij de verzekerde aflevert. Verzoeker benadrukt dat het preferentiebeleid van de zorgverzekeraar volgens de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport niet ten koste mag gaan van de gezondheid van de patiënt, hetgeen in zijn situatie echter wel het geval is. Hij merkt verder nog op dat hij door de ziektekostenverzekeraar graag in een eerder stadium was gewezen op de mogelijkheid van een allergietest voor het aantonen van een medische noodzaak voor Crestor®.
- 4.6. Verzoeker 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 verzekeringsvoorwaarden bestaat bij identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen alleen aanspraak op het door de ziektekostenverzekeraar of een apotheek met een IDEA-contract aangewezen voorkeursgeneesmiddel. Dit geldt voor de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. Een uitzondering op deze regeling is er wanneer behandeling met het voorkeursgeneesmiddel medisch niet verantwoord is. Een en ander strookt met het bepaalde in artikel 2.8, eerste en vierde lid, Bzv. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft over deze regeling, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: *'De uitzondering op de aanwijzing van de zorgverzekeraar (...) is geregeld in het vierde lid. Ingevolge dit lid geldt de beperking van de keuze van de zorgverzekeraar niet jegens een verzekerde voor zover die beperking ten koste zou gaan van diens gezondheid; als het medisch niet verantwoord is de verzekerde slechts toegang te geven tot het aangewezen geneesmiddel, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander geneesmiddel. Het gaat hier om een hoge uitzondering, slechts als het medisch onverantwoord is dat behandeld wordt met een door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, bestaat aanspraak op een ander middel. Het is aan de zorgverzekeraar zelf om te bepalen hoe hij toetst of aan deze voorwaarde voldaan is.'*
- Deze regeling biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid binnen een groep geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof de goedkopere variant aan te wijzen als verzekerde prestatie. Dit kan alleen als het octrooi op een geneesmiddel is verlopen en geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof door verschillende farmaceutische fabrikanten onder diverse merknamen op de markt worden gebracht (generieke middelen).

- 5.2. De huisarts of behandelend medisch specialist moet in het geval van een medische noodzaak voor een ander geneesmiddel dan het door de ziektekostenverzekeraar of een apotheek met een IDEA-contract aangewezen geneesmiddel 'medische noodzaak' op het recept vermelden en deze noodzaak kunnen onderbouwen. Het is aan de apotheek de medische noodzaak voor een niet-aangewezen geneesmiddel te beoordelen aan de hand van de 'Bijlage Medische Noodzaak'. Dit is contractueel bepaald tussen de ziektekostenverzekeraar en de apotheek. Een en ander volgt uit artikel 3 van het 'Achmea Reglement Farmaceutische Zorg 2018' van de ziektekostenverzekeraar en de bijbehorende begrippenlijst. Volgens de apotheek van verzoeker is een medische noodzaak voor Crestor® niet aan de orde, hetgeen mede is beoordeeld aan de hand van de handleiding 'Geneesmiddelen substitutie september 2018' van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie. Uit het medicatieoverzicht komt naar voren dat verzoeker meerdere geneesmiddelen gebruikt. De vulstoffen zijn in veel geneesmiddelen hetzelfde. Niet gebleken is dat verzoeker overgevoelig of allergisch is voor een bepaalde hulpstof. Daarnaast is Crestor® geen geneesmiddel waarbij medicatiewissel moet worden vermeden. Tevens heeft verzoeker geen generieke varianten van dit merkgeneesmiddel geprobeerd. Deze waren immers tot februari 2018 niet beschikbaar, omdat tot dat moment een patent rustte op de werkzame stof in Crestor®, te weten rosuvastatine. Het middel 'Rosuvastatine' dat in het verleden enkele malen door de apotheek aan verzoeker is afgeleverd, was geen generiek geneesmiddel, maar Crestor®. Dat de stofnaam in plaats van het merknaam op de verpakking was vermeld, is het gevolg van parallelimport, waarbij het geneesmiddel vanuit een ander Europees land wordt geïmporteerd. De ziektekostenverzekeraar merkt nog op dat in de onderhavige situatie voor de apotheek geen aanleiding bestond contact te zoeken met de behandelend cardioloog. Dit geldt te meer omdat op het recept niet was vermeld dat sprake is van een medische noodzaak voor het merkgeneesmiddel. De toevoeging "*Crestor medische indicatie*" is volgens de apotheek niet op het originele recept vermeld.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker – ondanks zijn verzoek daartoe – geen bevestiging gezonden van het telefoongesprek van 5 april 2018. Hij kan niet achterhalen waarom dit niet is gebeurd. Op 24 september 2018 heeft hij verzoeker de beknopte notitie van het betreffende gesprek gestuurd.
- 5.4. Daarnaast door de commissie gevraagd, is ter zitting door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat een door een behandelend arts vastgestelde afname van bijwerkingen nadat de patiënt wordt ingesteld op een ander medicijn niet voldoende bewijs vormt dat het geprobeerde geneesmiddel medisch niet verantwoord is. Een medische noodzaak voor een ander geneesmiddel dan het preferente geneesmiddel kan bijvoorbeeld worden aangetoond met een allergietest. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat het aan de betreffende apotheek is te beslissen welk geneesmiddel hij aan de verzekerde aflevert. Op grond van het IDEA-contract krijgt de apotheek een vaste vergoeding voor haar dienstverlening. Het raakt haar dus financieel als zij een merkgeneesmiddel aflevert, omdat een merkgeneesmiddel duurder is dan een generiek geneesmiddel. Ook wordt de apotheek tijdens de contractonderhandelingen met de ziektekostenverzekeraar erop aangesproken als zij relatief vaak een merkgeneesmiddel aflevert.
- 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 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering, welk artikel op grond van het gestelde op pagina 46 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op laatstgenoemde 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 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 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 tot en met 40 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 5 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneesmiddelen en dieetpreparaten 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;

(…)

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:

a alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een IDEA-contract heeft gesloten;

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 Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheek zonder contract;

(…)

Voorwaarden voor het recht op geneesmiddelen en dieetpreparaten

(…)

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) 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.

(…)”

8.4. Pagina 3 van het 'Reglement Farmaceutische zorg 2018' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"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."

- 8.5. Artikel 3 van het 'Reglement Farmaceutische zorg 2018' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

3.3 IDEA-contract: de apotheek bepaalt het geneesmiddelmerk

Onder de contractvorm IDEA (Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apothekers) geldt het volgende:

de apotheek levert u de farmaceutische zorg waarop u aanspraak heeft, op basis van uw polisvoorwaarden.

2 als er van een geneesmiddel meerdere identieke, onderling vervangbare varianten beschikbaar zijn en er geen medische noodzaak is om het niet door de apotheker aangewezen geneesmiddel te gebruiken, moet u, indien u uitsluitend een ander middel wilt gebruiken, dit geneesmiddel zelf betalen. Wij vergoeden de nota's die hierop betrekking hebben niet.

3 wij spreken geen voorkeursmiddel of –merk af met de apotheek. Wij vergoeden het geneesmiddelmerk dat de apotheek heeft bepaald conform de afspraken in het IDEA-contract.

4 de apotheek declareert de geleverde farmaceutische zorg rechtstreeks bij ons.

3.4 Contract met preferentiebeleid: wij bepalen het geneesmiddelmerk

Voor deze contractvorm geldt het volgende:

a de apotheek levert u de farmaceutische zorg waarop u aanspraak heeft, op basis van uw polisvoorwaarden.

b als er van een geneesmiddel meerdere identieke, onderling vervangbare varianten beschikbaar zijn en er geen medische noodzaak is om het originele geneesmiddel of de andere afgeleide generieken hiervan te gebruiken, dan mag de apotheek uitsluitend het geneesmiddel leveren dat wij als voorkeursmiddel hebben aangewezen. U heeft in dat geval alleen aanspraak op vergoeding van het preferente geneesmiddel dat wij hebben aangewezen (zie artikel 4.2).

c de apotheek declareert de geleverde farmaceutische zorg rechtstreeks bij ons.

"(...)"

- 8.6. Artikel 4 van het 'Reglement Farmaceutische zorg 2018' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Onderling vervangbare geneesmiddelen

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

Onderling vervangbare geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die:

a kunnen worden toegepast bij een gelijksoortig indicatiegebied, en

b worden toegediend via een gelijke toedieningsweg, en

c in het algemeen zijn bestemd voor dezelfde leeftijdscategorie.

Onderling vervangbare geneesmiddelen worden ingedeeld in groepen (clusters). Per cluster stelt de overheid een vergoedingslimiet vast. Deze limiet is gebaseerd op de gemiddelde prijs van de geneesmiddelen in dat cluster. Is de inkoopprijs hoger dan de vergoedingslimiet? Dan vergoeden wij het meerdere niet. U moet het bedrag boven de vergoedingslimiet dan betalen – als eigen bijdrage – aan de apotheek. U bent ook een eigen bijdrage verschuldigd, als het een eigen bereiding betreft, waarin een geneesmiddel is verwerkt waarvoor een eigen bijdrage geldt.

"(...)"

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 preferentie-beleid 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.
(...)"*


- 8.7. Artikel 5 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering, het gestelde op pagina 3 van het 'Reglement Farmaceutische zorg 2018' van de ziektekostenverzekeraar en de artikelen 3 en 4 van dit reglement zijn volgens artikel 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 Bijlage 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.

9. Beoordeling van het geschil



Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Gelet op artikel 5 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering bestaat aanspraak op de identieke, onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen die voorkomen op Bijlage Rzv en door de ziektekostenverzekeraar of de apotheek met een IDEA-contract zijn aangewezen (preferente geneesmiddelen). Een uitzondering hierop vormt de situatie waarin behandeling met een niet-preferent geneesmiddel medisch noodzakelijk is. De voorschrijvend arts moet dan op grond van genoemd artikel op het recept vermelden dat een medische noodzaak voor het niet-aangewezen geneesmiddel bestaat, en moet deze medische noodzaak ook kunnen onderbouwen.

- 9.2. Verzoeker heeft een afschrift van een recept van de behandelend cardioloog voor Crestor® overgelegd waarop handgeschreven 'medische indicatie' is vermeld. Volgens de ziektekostenverzekeraar is deze toevoeging niet afkomstig van de cardioloog, omdat de betreffende toevoeging volgens de apotheek ontbreekt op het originele recept. De ziektekostenverzekeraar heeft het originele recept niet ter onderbouwing hiervan overgelegd. De commissie volgt de ziektekostenverzekeraar daarom niet in zijn stelling en neemt als vaststaand aan dat het door verzoeker overgelegde recept, inclusief de vermelding 'medische indicatie', afkomstig is van zijn cardioloog, zodat aan de eerste voorwaarde uit artikel 5 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering is voldaan.
- 9.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij in het verleden alternatieven voor Crestor® heeft geprobeerd en dat hij hiervan hevige spier- en gewrichtspijn kreeg. Een en ander wordt niet gestaafd door een onderbouwing van de voorschrijvend arts, de behandelend cardioloog. Aldus is aan de tweede voorwaarde uit artikel 5 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering niet voldaan en is een medische noodzaak voor Crestor® niet aannemelijk gemaakt. Dit laatste geldt te meer, omdat de ziektekostenverzekeraar heeft gesteld, en verzoeker niet heeft betwist, dat tot begin 2018 een octrooi rustte op de werkzame stof in het geneesmiddel Crestor®, te weten rosuvastatine. Tot dat moment waren daarom geen generieke geneesmiddelen met de werkzame stof rosuvastatine beschikbaar. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker na het verlopen van dit octrooi een generiek geneesmiddel met de werkzame stof rosuvastatine heeft geprobeerd. De commissie neemt daarom als vast staand aan dat verzoeker geen alternatief voor het geneesmiddel Crestor® heeft geprobeerd. Dientengevolge is ook het door verzoeker gestelde oorzakelijk verband tussen zijn klachten en de generieke geneesmiddelen niet aannemelijk gemaakt. Dat uit de medicatiehistorie naar voren komt dat in 2015 geneesmiddelen onder de etiketnaam rosuvastatine aan verzoeker zijn afgeleverd in plaats van de etiketnaam Crestor® maakt dit oordeel niet anders. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband gesteld dat de destijds afgeleverde geneesmiddelen – eveneens – Crestor® betreffen en dat de daarop vermelde etiketnaam het gevolg is van de import uit een ander Europees land (parallelimport). Deze stelling acht de commissie, gelet op het octrooi dat tot begin 2018 op rosuvastatine rustte, bewezen. Tevens maakt de commissie uit het e-mailbericht van verzoeker aan zijn huidige huisarts van 22 oktober 2018 op dat deze geen Crestor® wil voorschrijven op basis van een medische noodzaak.
- 9.4. Verzoeker heeft verder gesteld dat het tot de zorgplicht van de apotheek behoorde in de onderhavige situatie in overleg te treden met zijn behandelend cardioloog of de huisarts over de medische noodzaak voor Crestor®. De ziektekostenverzekeraar heeft hier tegen ingebracht dat de apotheek in de onderhavige situatie niet eraan twijfelde dat geen sprake is van een medische noodzaak voor dit geneesmiddel, zodat hij geen contact hoefde te zoeken met de behandelend cardioloog of de huisarts. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende. Bij twijfel over de medische noodzaak voor een ander geneesmiddel dan het voorkeursmiddel moet de apotheek contact zoeken met de *voorschrijvend arts*. Dit volgt uit het gestelde op pagina 3 van het 'Reglement Farmaceutische zorg 2018' van de ziektekostenverzekeraar. Aangezien de huisarts in dit geval niet de voorschrijvend arts is, hoefde de apotheek geen contact met deze arts op te nemen. Gelet op hetgeen in 9.3. is overwogen, namelijk dat verzoeker nog geen generieke geneesmiddelen met de werkzame stof rosuvastatine had geprobeerd, hoefde de apotheek niet eraan te twijfelen dat geen medische noodzaak voor Crestor® bestond. Hij hoefde daarom hierover geen contact te zoeken met de behandelend cardioloog.
- 9.5. Volgens verzoeker had de ziektekostenverzekeraar hem moeten informeren hoe hij had kunnen aantonen dat sprake is van medische noodzaak voor Crestor®. Dit geldt te meer, omdat verzoeker daarnaar telefonisch uitdrukkelijk heeft gevraagd. Nog daargelaten dat dit laatste niet uit de verslagen van de telefoongesprekken van 5 april 2018 en 15 augustus 2018 naar voren komt, kan de commissie verzoeker niet volgen in zijn stelling dat de ziektekostenverzekeraar hem had moeten vertellen wanneer Crestor® zou worden vergoed op grond van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar is immers niet bekend met de specifieke medische situatie van verzoeker en kan daarom geen uitspraak doen



of een niet-aangewezen geneesmiddel bij hem medisch noodzakelijk is. Hij kan deze vraag alleen ten algemene beantwoorden en dat antwoord had verzoeker ook kunnen weten door de verzekeringsvoorwaarden op dit punt te raadplegen.

- 
- 9.6. Hetgeen verzoeker overigens heeft gesteld, met name dat de apotheek er niet bij gebaat is een niet-preferent geneesmiddel af te leveren, omdat de ziektekostenverzekeraar maximaal de kosten van het voorkeursgeneesmiddel vergoedt, kan niet leiden tot een ander oordeel. De suggestie die van deze stelling uitgaat, is dat verzoeker klachten ondervindt van het voorkeursgeneesmiddel en dit enkel om financiële redenen toch afgeleverd krijgt. Uit hetgeen hiervoor is overwogen, volgt evenwel dat de gestelde klachten geen relatie kunnen hebben met het voorkeursgeneesmiddel, aangezien verzoeker steeds Crestor® heeft gebruikt, zij het soms onder een andere etiketnaam.
- 



Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het geneesmiddel Crestor®, zodat het verzoek niet op basis van deze verzekering kan worden ingewilligd.




Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

- 
10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, mei 2019,



J.A.M. Strens-Meulemeester

