

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B en ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten
Zaak	: Farmaceutische zorg, geneesmiddelen, preferentiebeleid, doelmatigheid
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2021 en 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en bijlage 1 Rzv, art. 5 Besluit Geneesmiddelenwet, art. 843a Rv
Zaaknummer	: 202201801
Zittingsdatum	: 22 november 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten,
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 21 oktober 2022 en brief van 29 oktober 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 20 januari 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 14 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 16 februari 2023 aan verzoeker gestuurd. Bij brief van 7 maart 2023 heeft verzoeker hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker heeft op 16 februari 2023 verklaard niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 maart 2023 verklaard via videobellen te willen worden gehoord. De commissie heeft hierop verzoeker opnieuw gevraagd of hij de hoorzitting wenst bij te wonen. Verzoeker heeft op 16 maart 2023 verklaard dat hij bij zijn standpunt blijft om niet te willen worden gehoord.
- 2.4. Bij brief van 19 april 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) zaaknummer: 2023006949) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Hierin adviseert het Zorginstituut de commissie nader onderzoek te laten doen. De ziektekostenverzekeraar dient duidelijkheid te verschaffen waarom het middel Imovane® tablet 7,5 mg niet wordt vergoed. Daarnaast dient door partijen meer informatie te worden overgelegd met betrekking tot de declaraties van de echtgenote van verzoeker.
- 2.5. Een kopie van het voorlopig advies van het Zorginstituut is op 21 april 2023 aan partijen gestuurd. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar in de begeleidende brief gevraagd het nader onderzoek, zoals benoemd in het advies van het Zorginstituut van 19 april 2023, uit te voeren.
Bij e-mailbericht van 8 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bericht dat hij de declaraties van de in het geding zijnde merkgeneesmiddelen voor verzoeker en zijn echtgenote over de jaren 2021 tot en met 2023 onverplicht volledig zal vergoeden. Bij brief van 9 juni 2023 heeft de commissie verzoeker een kopie van het e-mailbericht van 8 juni 2023 gestuurd met daarbij de vraag of het geschil hiermee is opgelost. Bij e-mailbericht van 11 juni 2023 heeft verzoeker de commissie geantwoord dat het geschil niet is opgelost. Een kopie van deze reactie is op 12 juni 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd met de vraag het onderzoek, zoals benoemd in het voorlopig advies van het Zorginstituut van 19 april 2023, alsnog uit te voeren. Bij brieven van 16 en 23 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Afschriften van deze brieven zijn op 29 juni 2023 aan verzoeker gestuurd, die daarbij in de gelegenheid is gesteld

hierop te reageren. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 13 juli 2023 gereageerd. Een kopie hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

- 2.6. De na het voorlopig advies van het Zorginstituut van 19 april 2023 door de commissie van partijen ontvangen correspondentie is op 25 juli 2023 in kopie aan het Zorginstituut gestuurd met de vraag een nader voorlopig advies uit te brengen, met inachtneming van hetgeen door partijen is ingebracht. Bij brief van 1 augustus 2023 heeft het Zorginstituut het nader voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 2 augustus 2023 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld op het betreffende advies te reageren. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben bij respectievelijk e-mailbericht van 3 augustus 2023 en brief van 11 augustus 2023 gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn aan de wederpartij gestuurd.
- 2.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 november 2023 geïnformeerd alsnog af te zien van de mogelijkheid te worden gehoord.
- 2.8. De na het nader voorlopig advies van het Zorginstituut van 1 augustus 2023 door de commissie van partijen ontvangen correspondentie is op 23 november 2023 in kopie aan het Zorginstituut gestuurd met de vraag een definitief advies uit te brengen, een en ander met inachtneming van hetgeen door partijen is ingebracht. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut verzocht ook aandacht te willen besteden aan de vraag of de echtgenote van verzoeker aanspraak heeft op de door verzoeker in zijn e-mailbericht van 3 augustus 2023 genoemde geneesmiddelen. Bij brief van 11 december 2023 heeft het Zorginstituut het definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is, eveneens op 11 december 2023, aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld op het betreffende advies te reageren. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben bij respectievelijk e-mailbericht van 14 december 2023 en brief van 19 december 2023 gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn aan de respectieve wederpartij gestuurd. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 22 december 2023 een nadere reactie gestuurd. Deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 en 2022, tezamen met zijn echtgenote, bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Ten behoeve van verzoeker werd de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Vrije Keuze Startfit afgesloten; zijn echtgenote was aanvullend verzekerd op grond van de verzekering ONVZ Vrije Keuze Optifit (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker gebruikte in 2021 en 2022 de geneesmiddelen Co-diovan® tablet omhuld 12,5 mg, Imovane® tablet 7,5 mg en Aerius® tablet omhuld 5 mg. De echtgenote van verzoeker gebruikte destijds dezelfde geneesmiddelen, en daarnaast betahistine, Vidisic carbogel E.D.O. en Glucophage®. Tot en met 2020 zijn genoemde geneesmiddelen door de apotheek rechtstreeks gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar en door deze vergoed ten laste van de zorgverzekering. Vanaf 2021 diende verzoeker de kosten bij terhandstelling zelf te voldoen, waarbij hem werd toegelicht dat de verhouding tussen apotheken en zorgverzekeraars met ingang van 2021 is gewijzigd. De door verzoeker ingediende nota's ter zake - waaronder ook twee nota's van een Italiaanse apotheek - zijn sindsdien niet of maar ten dele vergoed, in het tweede geval onder verrekening van het eigen risico.
- 3.3. Op 4 februari 2021 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar benaderd met de vraag te bevestigen dat de afleverende apotheek nog steeds rechtstreeks kan declareren. In de loop van die maand is door verzoeker en de ziektekostenverzekeraar uitgebreid per mail gecorrespondeerd. Bij e-mailbericht van 7 april 2021 vroeg verzoeker de ziektekostenverzekeraar om toezending van de in 2019 met de afleverende apotheek gesloten overeenkomst. Hierover werd tussen partijen

in april en mei 2021 wederom uitgebreid gecorrespondeerd, voornamelijk per e-mail. Daarnaast zond verzoeker brieven aan de Raad van Bestuur en de Raad van Commissarissen van de ziektekostenverzekeraar. Bij brief van 30 november 2021 vroeg verzoeker nogmaals aandacht voor de kwestie en volledige vergoeding van de door hem ingediende nota's. Na ontvangst van een reactie per e-mail stuurde hij de ziektekostenverzekeraar op 2 december 2021 weer een brief over hetzelfde onderwerp. De ziektekostenverzekeraar reageerde hierop bij e-mailbericht van 13 december 2021, onder handhaving van zijn standpunt, en met verwijzing naar de SKGZ.

- 3.4. Bij e-mailbericht van 8 maart 2021 nam verzoeker contact op met de afleverende apotheek. Deze reageerde op 9 maart 2021 per e-mail met de mededeling dat bij de terhandstelling van geneesmiddelen door hem toepassing wordt gegeven aan het preferentiebeleid van de zorgverzekeraar of - indien een dergelijk beleid niet wordt gevoerd - de laagste prijsgarantie. Dit omdat afwijking hiervan financiële consequenties heeft voor de apotheek. Wil iemand het niet-preferente of merkgeneesmiddel, dan moet hiervoor ter plekke worden afgerekend. Bij e-mailberichten van 9 en 10 maart 2021 heeft verzoeker nagevraagd of dit het individuele beleid is van de (waarnemend) apotheker dan wel van de keten waartoe de apotheek behoort. Dit met het oog op door hem te ondernemen gerechtelijke stappen. In de dagen daarna is tussen verzoeker en de apotheek hierover verder gecorrespondeerd per e-mail.
- 3.5. Verzoeker nam op 4 februari 2021, naar aanleiding van zijn vraag aan de ziektekostenverzekeraar, tevens contact op met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa bevestigde de ontvangst op 12 februari 2021 per e-mail. Bij e-mailbericht van 29 juli 2021 informeerde verzoeker naar de voortgang. Hierna volgde verdere correspondentie. Bij e-mailbericht van 14 december 2021 bevestigde de NZa de melding en de ontvangst van aanvullende informatie. Tevens werd bij die gelegenheid aan verzoeker meegedeeld dat in vervolg op de melding geen terugkoppeling naar hem zou plaatsvinden.
- 3.6. Bij brief van 19 april 2023 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd nader onderzoek te verrichten.
- 3.7. Bij brief van 1 augustus 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht.
- 3.8. Bij brief van 11 december 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de in 2021 en 2022 gemaakte en de in de toekomst nog te maken kosten van de onder 3.2. genoemde geneesmiddelen ten behoeve van hem en zijn echtgenote te vergoeden, tot het moment waarop de aanspraak wijzigt als gevolg van een aanpassing van de verzekeringsvoorwaarden.
- 4.2. In dit verband voert verzoeker aan dat de kosten tot en met 2020 door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed, waarbij de afleverende apotheek deze rechtstreeks declareerde. Met de toenmalige apotheker had verzoeker hier duidelijke afspraken over, maar deze zijn kennelijk niet vastgelegd. De waarnemend apotheker weigert thans de kosten bij de ziektekostenverzekeraar te declareren, ondanks de codes B2 en MN op de recepten, en zonder overleg met de voorschrijver. Dat de achtergrond hiervan is dat de verhouding tussen de apotheken en de zorgverzekeraars is gewijzigd met ingang van 1 januari 2021 is volgens verzoeker niet juist. De voorwaarden van de zorgverzekering zijn op dit punt niet aangepast en de ziektekostenverzekeraar heeft bevestigd geen preferentiebeleid te voeren. Toch wordt gesteld dat vanaf 2021 de instemming van de apotheker vereist is. Volgens verzoeker is dit een "gecamoufleerd preferentiebeleid" en is dit terug te voeren op een wijziging van het beleid van de waarnemend apotheker of van de keten waartoe de apotheek behoort - welk beleid mogelijk strijdig is met de overeenkomst die met de ziektekostenverzekeraar is gesloten - dan

wel op basis van een met de ziektekostenverzekeraar in die overeenkomst opgenomen afspraak, inhoudende dat het merkgeneesmiddel niet ter hand mag worden gesteld. Om dit te kunnen verifiëren wenst verzoeker inzage in de overeenkomst tussen de ziektekostenverzekeraar en de apotheek. Hij beroept zich hierbij in de eerste plaats op artikel 843a van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) en voorts op zijn inzagerecht ingevolge de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Hierbij licht hij toe dat de waarnemend apotheker zijn persoonsgegevens heeft verwerkt in het kader van bedoelde overeenkomst.

- 4.3. Volgens verzoeker is de ziektekostenverzekeraar niet transparant. Deze weigert immers de integrale overeenkomst tussen de ziektekostenverzekeraar en de apotheek over te leggen. Daarnaast stroken de verzekeringsvoorwaarden niet met de teksten op de website en de commerciële uitingen. Verzoeker haalt in dit verband ook een mededeling uit 2020 aan, waarin de ziektekostenverzekeraar stelt dat de voorschrijvend arts bepaalt welk geneesmiddel ter hand moet worden gesteld. Verzoeker stelt dat de waarnemend apotheker de medische noodzaak van de geneesmiddelen niet eens betwist, maar uitsluitend om administratieve redenen ("om van het gezeur met de verzekeraars af te zijn") rechtstreekse declaratie weigert. De door verzoeker ingediende nota's ten behoeve van hem en zijn echtgenote zouden daarom volledig moeten worden vergoed. Verzoeker merkt in dit kader op dat hij heeft gekozen voor een restitutiepolis. De opstelling van de ziektekostenverzekeraar is inconsequent en in strijd met het zorgvuldigheidsbeginsel en de redelijkheid en billijkheid. Verzoeker verwijst verder naar jurisprudentie van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2021:1111) over het preferentiebeleid, waaruit blijkt dat het oordeel van de voorschrijvend arts leidend is. Door het niet vergoeden van de medisch noodzakelijke (merk)geneesmiddelen schendt de ziektekostenverzekeraar de bestaande zorgplicht jegens verzoeker en zijn echtgenote.
- 4.4. In vervolg op het advies van het Zorginstituut van 19 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker meegedeeld dat de in de jaren 2021 tot en met 2023 gemaakte kosten van de merkgeneesmiddelen Co-diovan®, Imovane® en Aeries® volledig zullen worden vergoed. Hiertoe geldt dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de kosten uit coulance te vergoeden. In zijn e-mailbericht van 3 augustus 2023 zet verzoeker uiteen dat hij graag uitgezocht wil hebben of het de ziektekostenverzekeraar vrij stond vergoeding van de kosten ten laste van de zorgverzekering te weigeren. Dit zowel voor hem als voor zijn echtgenote. Zij heeft de geneesmiddelen Co-diovan®, betahistine, Imovane®, Aeries®, Vidisic carbogel E.D.O. en Glucophage® eveneens voorgeschreven gekregen op basis van een medische noodzaak. Het is volgens verzoeker spijtig dat het Zorginstituut in zijn advies van 1 augustus 2023 hierover geen uitspraak doet. Verzoeker vraagt de commissie in het bindend advies aandacht te besteden aan de overige klachtaspecten, die het Zorginstituut vanuit zijn taak en positie buiten beschouwing laat. Hierbij moet worden gedacht aan *"het door de ziektekostenverzekeraar jegens echtgenote en mijzelf gehandeld hebben in strijd met haar zorgplicht, het gelijkheidsbeginsel, het bij ons opgewekt vertrouwen en de voor een zorgverzekeraar vereiste transparantie en haar gedragingen in relatie met- c.q. de transparantie van- haar voorwaarden (laatst vermelde in onderzoek genomen door de NZa en daarover te zijn 'berispt) in deze kwestie, alsook de overige gedragingen van de ziektekostenverzekeraar zoals het over mij en mijn echtgenote (en veel andere verzekerden) rug uitvechten van een blijkbaar tussen haar en de apothekers bestaand geschil door het rechtstreeks financieel afhandelen van onze medicijnverstrekking tussen haar en de apothekers, welke eerder onder dezelfde omstandigheden probleemloos mogelijk was en werd geboden (met steeds volledige vergoeding van op MN voorbeschreven merkmiddelen), zo al niet te blokkeren, dan toch ernstig te frustreren, zoals eerder ook door mij al verzocht n.a.v. het van ZiNL ontvangen concept advies in mijn bericht aan u van 28 april 2023."*

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard geen aanleiding te zien het ingenomen standpunt te wijzigen. Hij heeft hierbij toegelicht dat de afleverende apotheker de medische noodzaak beoordeelt. Is de medische noodzaak niet gesteld of niet aangetoond - zoals in dit geval - dan wordt een generiek geneesmiddel met dezelfde werking ter hand gesteld. Wil de verzekerde toch

aflevering van het merkgeneesmiddel, dan kan de apotheek de kosten hiervan niet rechtstreeks declareren. Bij indiening van de nota vindt "aftopping" plaats tot de prijs van het goedkoopste generieke middel. Een en ander staat ook als zodanig in de verzekeringsvoorwaarden vermeld. Als verzoeker de medische noodzaak kan aantonen is de ziektekostenverzekeraar bereid alsnog de volledige kosten van de merkgeneesmiddelen te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Opgemerkt dient te worden dat het voor verzoeker lastig zal worden om de medische noodzaak voor het middel Co-diovan® tablet omhuld 12,5 mg aan te tonen. Dit omdat de generieke variant van fabrikant Sandoz exact dezelfde werkzame stoffen en hulpstoffen bevat als Co-diovan®.

De verwijzing naar het arrest van de Hoge Raad treft geen doel, omdat de ziektekostenverzekeraar geen preferentiebeleid voert.

De beoordeling door de apotheek is in overeenstemming met artikel 5, tweede lid, van het Besluit Geneesmiddelenwet. Algemene regel 24 van de Algemene regels en vergoedingen bepaalt dat de zorg doeltreffend, dat wil zeggen niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd, moet zijn. Specifiek met betrekking tot geneesmiddelen is hierover op de website een passage opgenomen. Over de substitutiegraad heeft de ziektekostenverzekeraar in de overeenkomsten met de apotheken vanaf 2020 scherpere afspraken gemaakt. Dat de apotheek de medische noodzaak beoordeelt is in lijn met eerder genoemde Algemene regel en artikel 2.1, tweede en derde lid, Bzv. Om die reden zijn verzekerden niet over deze aanscherping van de afspraken geïnformeerd. Het door verzoeker aangehaalde artikel 843a Rv betreft vorderingen in rechte en mist daarom toepassing. Daarbij is verzoeker geen partij, nu het een overeenkomst betreft tussen de ziektekostenverzekeraar en de apotheek. Volgens de ziektekostenverzekeraar valt voorts niet in te zien waarom niet zou kunnen worden volstaan met openbaarmaking van het relevante deel van de overeenkomst met de apotheek (de artikelen 6.1 en 6.5 van de tariefbijlage). Hij verwijst voorts naar het vierde lid van artikel 843a Rv en tekent aan dat de polisvoorwaarden de wederzijdse rechten en plichten tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar bepalen. De verwijzing, door verzoeker, naar de AVG ontgaat de ziektekostenverzekeraar.

- 5.2. In reactie op het advies van het Zorginstituut van 19 april 2023 stelt de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 16 juni 2023 dat het standpunt van het Zorginstituut in de onderhavige zaak fundamenteel afwijkt van het standpunt dat is ingenomen in zaak GcZ, 8 juni 2022, SKGZ202101919. In die zaak heeft het Zorginstituut de vraag beantwoord of een medische noodzaak bestaat voor het gebruik van een merkgeneesmiddel. In het advies van het Zorginstituut in het onderhavige geschil wordt gesteld dat in geval van vergoeding op restitutiebasis de wettelijke systematiek eraan in de weg staat de medische noodzaak te toetsen. Een gelijkkluidend standpunt heeft het Zorginstituut ingenomen in het bestuurlijk rechtsoordeel van de NZa, over de vergoeding van geneesmiddelen onder de basisverzekering van de ziektekostenverzekeraar. Tegen dit oordeel heeft de ziektekostenverzekeraar bezwaar aangetekend, dat de NZa ongegrond heeft verklaard. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar hiertegen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) beroep ingesteld. Omdat de uitkomst van deze procedure nog niet bekend is (*inmiddels is de uitkomst van deze procedure bekend en gepubliceerd op rechtspraak.nl, ECLI:NL:CBB:2023:615; commissie*), ziet de ziektekostenverzekeraar geen reden het nader onderzoek, zoals beschreven door het Zorginstituut, uit te voeren. Als de ziektekostenverzekeraar in de procedure bij het CBB in het gelijk wordt gesteld, betekent dit dat het standpunt van het Zorginstituut betreffende het gesloten systeem van de wet onjuist is. Desondanks heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 8 juni 2023 voorgesteld de declaraties voor de merkgeneesmiddelen Co-diovan®, Imovane® en Aeries® voor verzoeker en zijn echtgenote over de jaren 2021 tot en met 2023 onverplicht te vergoeden. In zijn brief van 11 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar laten weten dat dit voorstel, nu het niet door verzoeker is aanvaard, komt te vervallen, althans voor zover nodig wordt ingetrokken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. Bij brief van 19 april 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Prijzafspraken en de aanspraak op farmaceutische zorg

Zorgverzekeraars kunnen met apothekers bepaalde prijsafspraken maken. Zo kan een zorgverzekeraar met een apotheker afspreken dat de zorgverzekeraar alleen de prijs van het goedkoopste middel vergoedt. Dit wordt ook wel de laagste prijs garantie genoemd. Het hanteren van dergelijke prijsafspraken beoogt bij te dragen aan het doelmatiger voorschrijven van geneesmiddelen. Door de prijs van het goedkoopste middel te vergoeden, wordt aangestuurd op afname van het goedkoopste middel.

Prijzafspraken anders dan het preferentiebeleid worden door een zorgverzekeraar gemaakt met de apotheker en perken niet de aanspraak van verzekerden in, maar perken het bedrag in dat de apotheker mag declareren bij de zorgverzekeraar.

Beleid verweerder

Verweerder heeft in 2019 voor de jaren 2020 en 2021 prijsafspraken gemaakt met apotheken. Verweerder vergoedt het door de apotheek geselecteerde of het wegens medische noodzaak vereiste geneesmiddel met inachtneming van een eventuele eigen bijdrage. In plaats van het door de apotheek geselecteerde geneesmiddel, kan ook een ander door de verzekerde gewenst geneesmiddel worden vergoed tot een door verweerder vastgesteld bedrag (dit is de prijs van een merkloos geneesmiddel (eventueel verminderd met de eigen bijdrage boven de vergoedingslimiet)).

Dit beleid is niet in overeenstemming met de artikelen 2.8 en 2.16b van het Bzv. Verweerder heeft alle geneesmiddelen in het GVS aangewezen. Verzekerden hebben dan recht op vergoeding van alle geneesmiddelen tot de toepasselijke vergoedingslimiet, waarboven een eventuele eigen bijdrage verschuldigd is. Of een verzekerde behoefte heeft aan zorg, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria bepaald zodat een geneesmiddel niet aan de verzekerde onttrokken kan worden vanwege de kosten. Of een verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op zorg, behelst eveneens slechts een medische indicatie en geen financiële afweging. Verweerder kan het door verzoeker gewenste geneesmiddel daarom niet op die gronden onttrekken.

Doelmatigheid

De wetgever heeft de doelmatigheid van zorg overgelaten aan de zorgverzekeraar. Uit de jurisprudentie van de Hoge Raad volgt echter dat de zorgverzekeraar met een doelmatigheidstoets niet zover mag gaan dat daarmee de aanspraak van de verzekerde (feitelijk) beperkt wordt.

Ten aanzien van de prestatie farmaceutische zorg heeft de wetgever voorzien in een nadere regeling om zorgverzekeraars een instrument te geven ter bevordering van de doelmatigheid. Door de geneesmiddelen te selecteren uit specifieke door de minister aangewezen geneesmiddelen, bepaalt de zorgverzekeraar op welke geneesmiddelen de verzekerde aanspraak heeft. Verweerder heeft ervoor gekozen om alle geneesmiddelen uit het GVS aan te wijzen. Het is in strijd met de wettelijke systematiek wanneer een zorgverzekeraar eerst een ruime aanspraak voor de verzekerden creëert door alle geneesmiddelen aan te wijzen, om vervolgens op basis van kostenoverwegingen over te gaan tot een beperkte, van de artikelen 2.8 en 2.16b Bzv afwijkende vergoeding.

Aanspraak Codiovan® en Aerius®

De geneesmiddelen Codiovan® tablet omhuld 12,5 mg en Aerius® tablet omhuld 5 mg zijn opgenomen in het GVS en komen voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Voor Aerius® gelden aanvullende voorwaarden voor vergoeding.

Aangezien verweerder alle geneesmiddelen in het GVS heeft aangewezen is het beoordelen van de medische noodzaak niet aan de orde. Voor vergoeding ten laste van de basisverzekering dient enkel nog vastgesteld te worden of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op de geneesmiddelen. Dit wordt beoordeeld op zorginhoudelijke criteria, de prijs van een geneesmiddel speelt hierbij

geen rol. Uit het vergoedingsoverzicht van verweerder d.d. 14 december 2021 blijkt dat de geneesmiddelen Codiovan® en Aerius® gedeeltelijk ten laste van het eigen risico van verzoeker zijn gebracht. Hiermee erkent verweerder dat verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering en dat verzoeker derhalve redelijkerwijs is aangewezen op Codiovan® en Aerius®.

Aanspraak Imovane® tablet 7,5 mg

Ook Imovane® tablet 7,5 mg is opgenomen in het GVS. Het dossier bevat een recept van de huisarts van verzoeker voor Imovane® tablet 7,5 mg. De werkzame stof van Imovane® is zopiclon, een kortwerkende benzodiazepine agonist. Benzodiazepinereceptor-agonisten zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering (Rzv). Om aanspraak te kunnen maken op vergoeding van geneesmiddelen die in deze bijlage zijn opgenomen, moet voldaan zijn aan de daarbij horende voorwaarden. Het geschil lijkt hier geen betrekking op te hebben.

Uit het declaratieoverzicht van verweerder d.d. 14 december 2021 blijkt dat verweerder Imovane® niet heeft vergoed. De indicatie lijkt echter niet in geschil te zijn. Verweerder geeft aan Imovane® volledig te vergoeden wanneer sprake is van een medische noodzaak. Aangezien verweerder alle geneesmiddelen in het GVS heeft aangewezen is het beoordelen van de medische noodzaak niet aan de orde. Verweerder dient te verduidelijken waarom de vergoeding van Imovane® is afgewezen.

Aanspraak echtgenote van verzoeker

Uit het declaratieoverzicht d.d. 14 december 2021 blijkt dat twee declaraties voor farmaceutische zorg van de echtgenote van verzoeker gedeeltelijk zijn vergoed (declaratie van 11 november 2020 en 4 februari 2021). Er is echter niet gespecificeerd welk geneesmiddel dit betreft en wat de reden is van de gedeeltelijke vergoeding. Het Zorginstituut kan derhalve niet beoordelen of de echtgenote van verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van deze zorg.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verweerder alle geneesmiddelen in het GVS heeft aangewezen. Verzekerden hebben dan recht op vergoeding van alle geneesmiddelen tot de toepasselijke vergoedingslimiet waarboven een eventuele eigen bijdrage verschuldigd is.

Verweerder heeft de geneesmiddelen Codiovan® tablet omhuld 12,5 mg en Aerius® tablet omhuld 5 mg gedeeltelijk ten laste van het eigen risico van verzoeker gebracht. Hiermee erkent verweerder dat verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op deze geneesmiddelen. Verzoeker kan derhalve aanspraak kan maken op Codiovan® en Aerius® ten laste van de basisverzekering (tot het wettelijk vergoedingslimiet).

Het Zorginstituut kan niet beoordelen of verzoeker aanspraak kan maken op Imovane® ten laste van de basisverzekering. Verweerder dient te verduidelijken waarom dit middel niet vergoed wordt. Wanneer het geschil ook ziet op de declaraties van de echtgenote van verzoekster dient er meer informatie te worden toegevoegd aan het dossier.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

- Verzoeker kan aanspraak maken op vergoeding van de geneesmiddelen Codiovan® tablet omhuld 12,5 mg en Aerius® tablet omhuld 5 mg ten laste van de basisverzekering (tot het wettelijk vergoedingslimiet).
- Voor wat betreft de aanspraak op Imovane® tablet 7,5 mg en de declaraties van de echtgenote van verzoeker raadt het Zorginstituut u aan nader onderzoek uit te voeren."

- 6.2. In het nader voorlopig advies van 1 augustus 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Prijzafspraken en de aanspraak op farmaceutische zorg

Zorgverzekeraars kunnen met apothekers bepaalde prijsafspraken maken. Zo kan een zorgverzekeraar met een apotheker afspreken dat de zorgverzekeraar alleen de prijs van het goedkoopste middel vergoedt. Dit wordt ook wel de laagste prijs garantie genoemd. Het hanteren van dergelijke prijsafspraken beoogt bij te dragen aan het doelmatiger voorschrijven van geneesmiddelen. Door de prijs van het goedkoopste middel te vergoeden, wordt aangestuurd op afname van het goedkoopste middel.

Prijsafspraken anders dan het preferentiebeleid worden door een zorgverzekeraar gemaakt met de apotheker en perken niet de aanspraak van verzekerden in, maar perken het bedrag in dat de apotheker mag declareren bij de zorgverzekeraar.

Beleid verweerder

Verweerder heeft in 2019 voor de jaren 2020 en 2021 prijsafspraken gemaakt met apotheken. Verweerder vergoedt het door de apotheek geselecteerde of het wegens medische noodzaak vereiste geneesmiddel met inachtneming van een eventuele eigen bijdrage. In plaats van het door de apotheek geselecteerde geneesmiddel, kan ook een ander door de verzekerde gewenst geneesmiddel worden vergoed tot een door verweerder vastgesteld bedrag (dit is de prijs van een merkloos geneesmiddel (eventueel verminderd met de eigen bijdrage boven de vergoedingslimiet)).

Dit beleid is niet in overeenstemming met de artikelen 2.8 en 2.16b van het Bzv. Verweerder heeft alle geneesmiddelen in het GVS aangewezen. Verzekerden hebben dan recht op vergoeding van alle geneesmiddelen tot de toepasselijke vergoedingslimiet, waarboven een eventuele eigen bijdrage verschuldigd is. Of een verzekerde behoefte heeft aan zorg, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria bepaald zodat een geneesmiddel niet aan de verzekerde onttrokken kan worden vanwege de kosten. Of een verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op zorg, behelst eveneens slechts een medische indicatie en geen financiële afweging. Verweerder kan het door verzoeker gewenste geneesmiddel daarom niet op die gronden onttrekken.

Doelmatigheid

De wetgever heeft de doelmatigheid van zorg overgelaten aan de zorgverzekeraar. Uit de jurisprudentie van de Hoge Raad volgt echter dat de zorgverzekeraar met een doelmatigheidstoets niet zover mag gaan dat daarmee de aanspraak van de verzekerde (feitelijk) beperkt wordt.

Ten aanzien van de prestatie farmaceutische zorg heeft de wetgever voorzien in een nadere regeling om zorgverzekeraars een instrument te geven ter bevordering van de doelmatigheid. Door de geneesmiddelen te selecteren uit specifieke door de minister aangewezen geneesmiddelen, bepaalt de zorgverzekeraar op welke geneesmiddelen de verzekerde aanspraak heeft. Verweerder heeft ervoor gekozen om alle geneesmiddelen uit het GVS aan te wijzen. Het is in strijd met de wettelijke systematiek wanneer een zorgverzekeraar eerst een ruime aanspraak voor de verzekerden creëert door alle geneesmiddelen aan te wijzen, om vervolgens op basis van kostenoverwegingen over te gaan tot een beperkte, van de artikelen 2.8 en 2.16b Bzv afwijkende vergoeding.

Aanspraak Codiovan® en Aeries®

De geneesmiddelen Codiovan® tablet omhuld 12,5 mg en Aeries® tablet omhuld 5 mg zijn opgenomen in het GVS en komen voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Voor Aeries® gelden aanvullende voorwaarden voor vergoeding.

Aangezien verweerder alle geneesmiddelen in het GVS heeft aangewezen is het beoordelen van de medische noodzaak niet aan de orde. Voor vergoeding ten laste van de basisverzekering dient enkel nog vastgesteld te worden of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op de geneesmiddelen. Dit wordt beoordeeld op zorginhoudelijke criteria, de prijs van een geneesmiddel speelt hierbij geen rol. Uit het vergoedingsoverzicht van verweerder d.d. 14 december 2021 blijkt dat de geneesmiddelen Codiovan® en Aeries® gedeeltelijk ten laste van het eigen risico van verzoeker zijn.

gebracht. Hiermee erkent verweerder dat verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering en dat verzoeker derhalve redelijkerwijs is aangewezen op Codiovan® en Aerius®.

Aanspraak Imovane® tablet 7,5 mg

Ook Imovane® tablet 7,5 mg is opgenomen in het GVS. Het dossier bevat een recept van de huisarts van verzoeker voor Imovane® tablet 7,5 mg. De werkzame stof van Imovane® is zopiclon, een kortwerkende benzodiazepine agonist. Benzodiazepinereceptor-agonisten zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering (Rzv). Om aanspraak te kunnen maken op vergoeding van geneesmiddelen die in deze bijlage zijn opgenomen, moet voldaan zijn aan de daarbij horende voorwaarden.

Uit het declaratieoverzicht van verweerder d.d. 14 december 2021 blijkt dat verweerder Imovane® niet heeft vergoed. Verweerder geeft in de brief d.d. 23 juni 2023, in reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut d.d. 19 april 2023, aan dat niet in geschil is of voldaan wordt aan de bijlage 2 voorwaarden of dat verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op het geneesmiddel. Slechts in geschil is dat niet is gebleken dat er een medische noodzaak is voor het gebruik Imovane®. Daarom kan verzoeker volgens verweerder geen aanspraak maken op vergoeding van de meerkosten van Imovane® ten opzichte van een goedkoper geneesmiddel met zopiclon.

Aangezien verweerder alle geneesmiddelen in het GVS heeft aangewezen is het beoordelen van de medische noodzaak niet aan de orde. Voor vergoeding ten laste van de basisverzekering dient enkel nog vastgesteld te worden of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op de geneesmiddelen. Dit wordt beoordeeld op zorginhoudelijke criteria, de prijs van een geneesmiddel speelt hierbij geen rol. Verweerder geeft aan dat de indicatie niet in geschil is, verzoeker kan derhalve aanspraak maken op het geneesmiddel Imovane® tablet 7,5 mg ten laste van de basisverzekering (tot de wettelijke vergoedingslimiet).

Aanspraak echtgenote van verzoeker

Uit het declaratieoverzicht d.d. 14 december 2021 blijkt dat twee declaraties voor farmaceutische zorg van de echtgenote van verzoeker gedeeltelijk zijn vergoed (declaratie van 11 november 2020 en 4 februari 2021). Er is echter niet gespecificeerd welk geneesmiddel dit betreft en wat de reden is van de gedeeltelijke vergoeding. In de brief d.d. 23 juni 2023 geeft verweerder aan dat het geschil niet ziet op deze declaraties. Het Zorginstituut kan op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet beoordelen of deze declaraties voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de basisverzekering.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verweerder alle geneesmiddelen in het GVS heeft aangewezen. Verzekerden hebben dan recht op vergoeding van alle geneesmiddelen tot de toepasselijke vergoedingslimiet waarboven een eventuele eigen bijdrage verschuldigd is.

Verweerder heeft de geneesmiddelen Codiovan® tablet omhuld 12,5 mg en Aerius® tablet omhuld 5 mg gedeeltelijk ten laste van het eigen risico van verzoeker gebracht. Hiermee erkent verweerder dat verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op deze geneesmiddelen. Verzoeker kan derhalve aanspraak kan maken op Codiovan® en Aerius® ten laste van de basisverzekering (tot de wettelijke vergoedingslimiet).

Verzoeker kan ook aanspraak maken op vergoeding van Imovane® tablet 7,5 mg ten laste van de basisverzekering (tot de wettelijke vergoedingslimiet), aangezien verweerder alle geneesmiddelen in het GVS heeft aangewezen en de indicatie niet in geschil is.

Het Zorginstituut kan niet beoordelen of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van de declaraties ten behoeve van zijn echtgenote.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

- Verzoeker kan aanspraak maken op vergoeding van de geneesmiddelen Codiovan® tablet omhuld 12,5 mg, Aerius® tablet omhuld 5 mg en Imovane® tablet 7,5 mg ten laste van de basisverzekering (tot de wettelijke vergoedingslimiet)."

- 6.3. In het definitief advies van 11 december 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Uit de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het definitief advies van 1 augustus 2023 te herzien.

Met betrekking tot de aanspraak van de echtgenote van verzoeker op geneesmiddelen merkt het Zorginstituut het volgende op. In het definitief advies heeft het Zorginstituut aangegeven dat uit het declaratieoverzicht d.d. 14 december 2021 blijkt dat twee declaraties voor farmaceutische zorg van de echtgenote van verzoeker gedeeltelijk zijn vergoed (declaratie van 11 november 2020 en 4 februari 2021). Het is onduidelijk welke geneesmiddelen dit zijn. In de e-mail van 3 augustus 2023 geeft verzoeker aan dat dat zijn echtgenote Co-diovan®, betahistine, Imovane®, Aerius®, Vidisic carbogel E.D.O. en Glucophage® voorgeschreven heeft gekregen op basis van een medische noodzaak. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is echter niet vast te stellen of deze geneesmiddelen daadwerkelijk voorgeschreven en verstrekt zijn. Daarnaast is niet aangegeven of de genoemde geneesmiddelen niet of slechts gedeeltelijk vergoed zijn en wat de reden daarvan is. In de e-mail van 8 juni 2023 geeft verweerder aan Co-diovan®, Imovane® en Aerius® vanaf 2021 volledig te zullen vergoeden voor verzoeker en zijn echtgenote. Het is onduidelijk of dit ook gebeurd is.

Gelet op het voorgaande kan het Zorginstituut niet beoordelen of de echtgenote van verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van Co-diovan®, betahistine, Imovane®, Aerius®, Vidisic carbogel E.D.O. en Glucophage® ten laste van de basisverzekering."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 80 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op geneesmiddelen alsmede die uit het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) en de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-022) van de NZa zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 8.2. De commissie merkt in de eerste plaats op dat zij de door verzoeker overgelegde stukken over de melding bij de NZa voor kennisgeving aanneemt. De commissie begrijpt dat verzoeker graag een terugkoppeling ontvangt over de afwikkeling van deze melding, maar dit kan niet door middel van de onderhavige procedure worden afgedwongen. De commissie is te dien aanzien niet bevoegd.

- 8.3. Ook waar het de correspondentie met de apotheker betreft, geldt dat de commissie de inhoud voor kennisgeving aanneemt. Indien verzoeker wenst te klagen over het handelen of nalaten van de apotheker, biedt de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) hem hiertoe de mogelijkheid. De commissie is niet bevoegd om klachten van verzoeker over de apotheker in behandeling te nemen.
- Het is weliswaar voorstelbaar dat de uitvoering van een tussen partijen gesloten overeenkomst ertoe leidt dat onrechtmatig wordt gehandeld ten opzichte van een derde - die geen partij is bij die overeenkomst, zoals in dit geval verzoeker - maar of dit aan de orde is zal in relatie tot de apotheker in het midden moeten blijven, nu de commissie niet bevoegd is hierover te oordelen en de apotheker in de onderhavige procedure geen partij is. Verzoeker kan zich wenden tot de overheidsrechter indien hij meent dat de apotheker jegens hem of andere verzekerden onrechtmatig heeft gehandeld.
- 8.4. De commissie is wel bevoegd ten aanzien van het handelen of nalaten door de ziektekostenverzekeraar, waarbij in de eerste plaats de tussen hem en verzoeker gesloten verzekeringsovereenkomst met de daaruit voor de ziektekostenverzekeraar voortvloeiende verbintenissen als uitgangspunt wordt genomen. In dat verband overweegt de commissie het volgende.
- 8.5. Een zorgverzekeraar mag op grond van artikel 2.8, eerste lid, onder a, in verband met artikel 2.8, derde lid, Bzv een zogeheten preferentiebeleid voeren. Voert de zorgverzekeraar een dergelijk beleid, dan vormt dit een wezenlijk onderdeel van de overeenkomst van zorgverzekering. In het kader van de transparantie moet daarom, bij het aangaan of de verlenging van deze overeenkomst, het bestaan van een dergelijk beleid via de verzekeringsvoorwaarden kenbaar worden gemaakt. Tevens moeten kenbaar worden gemaakt de consequenties van dit beleid voor de verzekerde, met name door publicatie van een lijst met door de verzekeraar als preferent aangewezen geneesmiddelen. Elke wijziging hierin lopende een verzekeringsjaar moet tijdig aan de verzekeringnemers worden medegedeeld, een en ander overeenkomstig artikel 19 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-022) van de NZa.
- 8.6. Een zorgverzekeraar kan het preferentiebeleid, mede tegen de achtergrond van de Nota van Toelichting bij artikel 2.8 Bzv, op geen andere wijze vormgeven dan zoals nader uitgewerkt in artikel 2.8 Bzv. In dit verband moet de verzekeraar een bewuste keuze maken, waarbij hij door de minister aangewezen geregistreerde onderling vervangbare geneesmiddelen mag uitsluiten van verstrekking of vergoeding, mits hij van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste één geneesmiddel aanwijst (het 'preferente geneesmiddel') dat voor de verzekerde beschikbaar is. Bij het maken van zijn keuze moet de zorgverzekeraar zorgvuldig te werk gaan en rekening houden met de belangen van al zijn verzekerden (zie ook gerechtshof Arnhem-Leeuwarden van 26 april 2022 (ECLI:NL:GHARL:2022:3265). In dat verband kan het nodig zijn binnen een groep geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof meer dan één preferent geneesmiddel aan te wijzen om te voorkomen dat een substantiële groep verzekerden buiten de boot valt. Een zorgverzekeraar kan daartoe echter ook om andere redenen besluiten. Eventuele afspraken tussen een zorgverzekeraar en een apotheek over de terhandstelling van de goedkoopste variant van een geneesmiddel, zoals in dit geval aan de orde, vallen buiten het preferentiebeleid, zoals hiervoor beschreven. Dergelijke afspraken kunnen een verzekerde dan ook niet worden tegengeworpen, zelfs niet als hiernaar wordt verwezen in de verzekeringsvoorwaarden. Zodanige afspraken vormen immers een feitelijke beperking van de uit het Bzv en de Rzv voortvloeiende aanspraak op geneesmiddelen. In deze zin wordt ook overwogen door het Zorginstituut in zijn adviezen van 19 april 2023 en 1 augustus 2023.
- 8.7. In de situatie van verzoeker en zijn echtgenote is door de ziektekostenverzekeraar verwezen naar artikel 2.1, tweede en derde lid, Bzv. Die verwijzing treft geen doel. Het tweede lid ziet op het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' en uit de aanwijzing door de minister en de opname van een geneesmiddel op bijlage 1 Rzv mag worden geconcludeerd dat aan dit criterium

is voldaan. Het is niet aan de zorgverzekeraar dit - nogmaals - te beoordelen. Bij het derde lid gaat het om de vraag of de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de zorg. Als het gaat om het voorschrijven van een bepaald geneesmiddel ligt het primaat ter zake bij de voorschrijver. De zorgverzekeraar komt met name in beeld als het een geneesmiddel betreft waaraan de wetgever bijzondere voorwaarden met betrekking tot de indicatie heeft gesteld en twijfel bestaat of een verzekerde hieraan voldoet.

De commissie merkt in dit verband verder op dat voor zover de doelmatigheid aan de orde is - Algemene regel 24 van de Algemene regels en vergoedingen heeft hier mede betrekking op - opnieuw geldt dat het niet aan de zorgverzekeraar is dit te beoordelen nadat aanwijzing door de minister en opname op bijlage 1 Rzv heeft plaatsgevonden. Als de zorgverzekeraar van mening is dat een generieke variant doelmatiger is dan het (merk)geneesmiddel, kan hij ervoor kiezen het wettelijk preferentiebeleid te voeren.

Door de ziektekostenverzekeraar is tot slot artikel 5 van het Besluit Geneesmiddelenwet aangehaald. Deze bepaling betreft de situatie dat de apotheker een vergissing van de voorschrijver vermoedt of indien het recept is beschadigd. Dat alles speelt hier niet.

- 8.8. Door de ziektekostenverzekeraar is niet bestreden dat de geneesmiddelen Co-diovan® tablet omhuld 12,5 mg, Imovane® tablet 7,5 mg en Aerius® tablet omhuld 5 mg onder de dekking van de zorgverzekering vallen en dat, voor zover van toepassing, wordt voldaan aan de nadere voorwaarden van Bijlage 2 Rzv. Of bij verzoeker al dan niet sprake is van een medische noodzaak voor deze geneesmiddelen kan in het midden blijven. Dit begrip speelt namelijk, zoals ook volgt uit de adviezen van het Zorginstituut van 19 april 2023 en 1 augustus 2023, alleen een rol als het wettelijk preferentiebeleid wordt gevoerd, en de ziektekostenverzekeraar heeft nadrukkelijk verklaard dat dit niet het geval is. Om diezelfde reden kan de verwijzing, door verzoeker, naar het arrest van de Hoge Raad van 9 juli 2021 (ECLI:NL:HR:2021:1111) onbesproken blijven. Het voorgaande betekent dat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van voornoemde geneesmiddelen tot het bedrag van de vergoedingslimiet van het desbetreffende cluster, en overigens met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden. Een en ander zolang de verzekeringsvoorwaarden van de ziektekostenverzekeraar op dit punt ongewijzigd blijven.
- 8.9. Verzoeker heeft de commissie tevens verzocht te bepalen dat zijn echtgenote aanspraak heeft op vergoeding van bepaalde merkgeneesmiddelen. In zijn e-mailbericht van 3 augustus 2023 zet verzoeker uiteen dat het gaat om de geneesmiddelen Co-diovan®, betahistine, Imovane®, Aerius®, Vidisc carbogel E.D.O. en Glucophage®.
- Het Zorginstituut merkt in zijn definitief advies van 11 december 2023 op dat niet kan worden beoordeeld of aanspraak bestaat op deze geneesmiddelen. Dit omdat op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet is vast te stellen of genoemde geneesmiddelen daadwerkelijk aan de echtgenote van verzoeker zijn voorgeschreven en ter hand gesteld. Daarnaast is onduidelijk of de betreffende geneesmiddelen in zijn geheel niet dan wel slechts gedeeltelijk zijn vergoed en wat de reden daarvan is.
- De commissie deelt de opvatting van het Zorginstituut en concludeert dat om die reden dit onderdeel van het verzoek moet worden afgewezen. In materiële zin zal deze afwijzing naar verwachting geen probleem opleveren. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn reactie van 19 december 2023 op het definitief advies van het Zorginstituut immers laten weten: "Voor vergoeding van de in het kader van 'medische noodzaak' eerder gedeeltelijk afgewezen declaraties van [de echtgenote van verzoeker] sluiten wij aan bij de vergoeding zoals we die voor [verzoeker] zullen doen." In die beslissing zal de commissie niet treden.
- Verzoeker heeft de commissie gevraagd in het bindend advies tevens aandacht te besteden aan de overige door hem naar voren gebrachte klachtaspecten, die het Zorginstituut vanuit zijn taak en positie buiten beschouwing laat. Gelet op het feit dat het verzoek, voor zover het verzoeker betreft, wordt toegewezen en voor zover het zijn echtgenote betreft voor de beoordeling relevante informatie ontbreekt, hetgeen ertoe leidt dat dit onderdeel wordt afgewezen, kunnen deze klachtaspecten niet leiden tot een andere uitkomst zodat zij naar het oordeel van de commissie geen bespreking behoeven.

- 8.10. Tot slot bepaalt de commissie dat verzoeker geen recht heeft op inzage van de integrale overeenkomst tussen de ziektekostenverzekeraar en de apotheek. Indien de apotheek rechtstreekse declaratie van de hiervoor genoemde geneesmiddelen bij de ziektekostenverzekeraar blijft weigeren, staat voor verzoeker te allen tijde de mogelijkheid open de nota's eerst te voldoen en deze vervolgens in te dienen bij de ziektekostenverzekeraar. Die mogelijkheid volgt uit de verzekeringsovereenkomst en is feitelijk inherent aan het afgesloten type verzekering (restitutiepolis). Indien verzoeker meent dat de apotheker gehouden is rechtstreeks te declareren maar hierin een eigen, afwijkend beleid voert dan wel dat de overeenkomst met de ziektekostenverzekeraar die gehoudenheid doorkruist, waardoor de apotheker onrechtmatig handelt jegens verzoeker, staan voor hem de onder 8.3. genoemde mogelijkheden open. De verwijzing, door verzoeker, naar de artikelen 843a Rv en het inzagerecht op grond van de AVG maken deze conclusie niet anders.

Slotsom

- 8.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. Bindend advies

- 9.1. De commissie beslist dat:

- (i) verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de geneesmiddelen Co-diovan® tablet omhuld 12,5 mg, Imovane® tablet 7,5 mg en Aerius® tablet omhuld 5 mg tot het bedrag van de vergoedingslimiet van het desbetreffende cluster, en overigens met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden en zolang de verzekeringsvoorwaarden op dit punt ongewijzigd blijven;
- (ii) het meer of anders door verzoeker gevorderde wordt afgewezen;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 15 januari 2024,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

● Geneesmiddelen basisverzekering

De basisverzekering vergoedt de meeste medicijnen.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%, soms betaalt u een eigen bijdrage
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
Optifit	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
Topfit	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
Superfit	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering

● Wat u vergoed krijgt

De basisverzekering vergoedt vrijwel alle gangbare medicijnen, die u op recept krijgt. En de dienstverlening en de begeleiding van de apotheek die daarbij hoort. Als een medicijn niet vergoed wordt, vertelt uw arts dat meestal wel. U kunt dat ook zelf opzoeken op medicijnkosten.nl. Daar staat ook per geneesmiddel welke voorwaarden gelden, of er een maximale vergoeding is en of er een eigen bijdrage geldt.

Wilt u precies weten hoe het zit? Hieronder zetten we alles op een rij.

De basisverzekering vergoedt de volgende geneesmiddelen:

1. De door de overheid aangewezen geneesmiddelen die in [bijlage 1](#) van de Regeling zorgverzekering staan. Dat zijn bijna alle in Nederland gangbare geneesmiddelen. Soms moet u daarbij aan specifieke voorwaarden voldoen, bijvoorbeeld een bepaalde ziekte hebben. Dat staat in [bijlage 2](#) van de Regeling zorgverzekering
2. Geneesmiddelen die de apotheek op kleine schaal zelf maakt ('magistrale bereidingen') of bij een andere apotheek laat maken ('[doorgeleverde bereidingen](#)'). Het mag niet gaan om een geneesmiddel dat (bijna) hetzelfde is als een geneesmiddel dat volgens 1 niet wordt vergoed. Behalve als in de Regeling zorgverzekering staat dat het wel mag.
3. Geneesmiddelen zonder handelsvergunning in Nederland, die met toestemming van de overheid in Nederland worden gemaakt of uit het buitenland worden gehaald. Uw arts vraagt dit speciaal voor u aan als u een zeldzame ziekte heeft.
4. Bij een tijdelijk tekort aan een geneesmiddel van nummer 1: een vervangend geneesmiddel uit het buitenland.

De vergoedingen bij 2, 3 en 4 gelden alleen voor rationele farmacotherapie. Dat betekent dat we uit onderzoek weten dat het geneesmiddel goed werkt en dat de vorm (bijvoorbeeld pil, injectie of zalf) voor u geschikt is. Ook mag het middel niet onnodig duur zijn.

Uw geneesmiddel mag niet onnodig duur zijn. Daarom geeft de apotheker u meestal een merkloos geneesmiddel mee. Dat vergoeden wij dan. Is er geen merkloze variant of is een merkgeneesmiddel voor u medisch gezien nodig? Dan vergoeden wij een merkgeneesmiddel. Is er bij u geen medische noodzaak, maar wilt u toch een merkgeneesmiddel? Dan vergoeden wij de prijs van het betreffende merkloze geneesmiddel. De rest moet u zelf betalen. Ook de aanvullende verzekeringen vergoeden dat niet.

De eigen bijdrage betaalt u zelf, maar nooit meer dan € 250 per jaar. De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden die eigen bijdragen volgens de vergoeding [Geneesmiddelen aanvullende verzekering](#).

Hier kunt u terecht

- apothek
- apotheekhoudende huisarts

Dit vergoedt de basisverzekering niet

- geneesmiddelen bij wetenschappelijk onderzoek
- geneesmiddelen die volgens de wet beschikbaar zijn voor bepaalde schrijnende gevallen
- zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers, als u deze niet chronisch moet gebruiken

Andere vergoedingen

De basisverzekering vergoedt de volgende middelen niet. Uw aanvullende verzekering soms wel:

- [vaccinaties en preventieve geneesmiddelen](#) voor uw (vakantie)reis
- [homeopathische en antroposofische geneesmiddelen](#)

Voor sommige geneesmiddelen gelden ook andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld:

- [Dieetpreparaten](#)
- [voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen](#)
- middelen voor [Anticonceptie](#)

• Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor geneesmiddelen uit de basisverzekering geldt het eigen risico. Het eigen risico geldt ook als de basisverzekering uw eigen bijdragen boven € 250 vergoedt. [Zo werkt het eigen risico](#)

De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen betaalt u een eigen bijdrage. Maar totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Daarboven vergoedt de basisverzekering de eigen bijdragen. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

• Dit moet u zelf doen

U moet een voorschrift (recept) hebben voor het geneesmiddel

Wij vergoeden geneesmiddelen alleen als ze zijn voorgeschreven door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant¹.

Voor sommige geneesmiddelen moet u vooraf toestemming vragen

Sommige geneesmiddelen vergoeden wij alleen als wij vooraf [toestemming](#) hebben gegeven.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Soms krijgt u uw geneesmiddel van het ziekenhuis

Geneesmiddelen die u krijgt als onderdeel van zorg door de Medisch specialist of tijdens een ziekenhuisopname betaalt u niet apart. Ze zitten in de rekening van het ziekenhuis.

Woont u in een Wlz-instelling? Dan regelt die vaak uw geneesmiddelen

Als u ook behandeling krijgt van de Wlz-instelling, dan horen geneesmiddelen daarbij.

U krijgt een vaste 'afleverhoeveelheid' mee

Per recept vergoeden wij de kosten van een geneesmiddel voor:

- 15 dagen of de kleinste afleververpakking, bij een voor u nieuw geneesmiddel
- 15 dagen, bij antibiotica voor een acute aandoening of bij middelen voor chemotherapie (cytostatica)
- maximaal 1 maand, bij slaapmiddelen (hypnotica) en middelen tegen angst (anxiolytica)
- maximaal 3 maanden, bij een geneesmiddel voor een chronische ziekte
- maximaal 1 jaar, bij de anticonceptiepill
- maximaal 1 maand, bij geneesmiddelen duurder dan € 1.000 per maand tijdens de instelperiode van 6 maanden
- maximaal 1 maand in andere gevallen

Valt een geneesmiddel onder meer categorieën? Dan geldt de kortste periode.

Uitleg

1. Physician assistant: De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven. Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
 - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
 - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
 - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet,
 - 3°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners,
 - 4°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
 - 5°. artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de

- Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;
- c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

2. Farmaceutische zorg omvat geen:

- a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
- b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
- c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.

3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.

4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.

5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

In die ministeriële regeling wordt tevens de aanvraagprocedure voor de aanwijzing geregeld, worden regels gesteld met betrekking tot de systematiek van de indeling in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en worden regels gesteld met betrekking tot de vaststelling van een vergoedingslimiet voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.

6. In afwijking van het vijfde lid kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat voor bij die regeling aangewezen groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen de vergoedingslimiet kan worden herberekend of buiten werking kan worden gesteld.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.5

1. In bijlage 1 bij deze regeling worden genoemd:
 - a. de op grond van artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
 - b. de op grond van artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen.
2. In bijlage 2 bij deze regeling worden vermeld:
 - a. categorieën van geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, waarvoor de farmaceutische zorg slechts aflevering van dat geneesmiddel omvat indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde criteria;
 - b. de voorwaarden waaronder en de termijn gedurende welke de farmaceutische zorg, bedoeld in de aanhef van artikel 2.8, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering de geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat.
3. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten behoren slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van bijlage 2 van deze regeling.
4. In bijlage 3, onderdelen A en B, bij deze regeling worden genoemd de geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een beslissing als bedoeld in artikel 2.50, vijfde lid, niet zijn aangewezen, geregistreerde geneesmiddelen ten aanzien waarvan het voornemen tot aanwijzing als bedoeld in artikel 2.50, achtste lid, niet is uitgevoerd en geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een wijziging van bijlage 1 niet meer zijn aangewezen.
5. Farmaceutische zorg, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel b, onder 1°, van het Besluit zorgverzekering, omvat geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan:
 - a. een geregistreerd UR-geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet waarover blijkens bijlage 1 en 3 bij deze regeling geen besluit over de aanwijzing, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering, is genomen;
 - b. een in bijlage 3, onderdeel A, bij deze regeling genoemd niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet, mits aan daarbij vermelde criteria wordt voldaan.

Besluit Geneesmiddelenwet

Artikel 5

1. De apotheekhoudende draagt ervoor zorg dat:
 - a. de bereiding van een op recept voorgeschreven geneesmiddel nauwkeurig volgens het recept geschiedt;
 - b. terstond na de bereiding van een geneesmiddel op recept, op het recept de paraaf wordt geplaatst van degene die het geneesmiddel heeft bereid.
2. Indien een apotheekhoudende in een hem aangeboden recept een vergissing vermoedt dan wel indien het recept onvolledig, verminkt of ter zake van het voorgeschreven middel onleesbaar is, geeft hij daarvan terstond kennis aan degene die het desbetreffende recept heeft opgesteld. Hij gaat niet tot terhandstelling over voordat hij omtrent hetgeen is voorgeschreven zekerheid heeft verkregen.

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 843a

- [1.]** Hij die daarbij rechtmatig belang heeft, kan op zijn kosten inzage, afschrift of uittreksel vorderen van bepaalde bescheiden aangaande een rechtsbetrekking waarin hij of zijn rechtsvoorgangers partij zijn, van degene die deze bescheiden te zijner beschikking of onder zijn berusting heeft. Onder bescheiden worden mede verstaan: op een gegevensdrager aangebrachte gegevens.
- [2.]** De rechter bepaalt zo nodig de wijze waarop inzage, afschrift of uittreksel zal worden verschaft.
- 3.** Hij die uit hoofde van zijn ambt, beroep of betrekking tot geheimhouding verplicht is, is niet gehouden aan deze vordering te voldoen, indien de bescheiden uitsluitend uit dien hoofde te zijner beschikking staan of onder zijn berusting zijn.
- 4.** Degene die de bescheiden te zijner beschikking of onder zijn berusting heeft, is niet gehouden aan deze vordering te voldoen, indien daarvoor gewichtige redenen zijn, alsmede indien redelijkerwijs aangenomen kan worden dat een behoorlijke rechtsbedeling ook zonder verschaffing van de gevraagde gegevens is gewaarborgd.

Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten

Artikel 19. Wijzigingen in de polisvoorwaarden

19.1 De ziektekostenverzekeraar informeert de verzekerden tijdig over de voor hen nadelige wijzigingen in de polisvoorwaarden.

19.2 De ziektekostenverzekeraar publiceert de wijzigingen, zoals bedoeld in het eerste lid, tijdig via zijn relevante openbare communicatiekanalen.