

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, tegen Eno Zorgverzekeraar N.V. en Eno Aanvullende Verzekeringen N.V., beide te Deventer.
Zaak	: ziekenvervoer, zittend ziekenvervoer, eigen bijdrage, telefonische toezegging, farmaceutische zorg, preferentiebeleid
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2020 en 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.8, 2.13 en 2.14 Bzv, 2.5 en 2.37 en bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020 en 2021
Zaaknummer	: 202101365
Zittingsdatum	: 17 augustus 2022

## 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Eno Zorgverzekeraar N.V., en
- 2) Eno Aanvullende Verzekeringen N.V., beide te Deventer,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 7 december 2021 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan. Op 13 februari 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Bij brief van 27 maart 2022 heeft verzoekster een nadere reactie aan de commissie gestuurd.
- 2.2. Bij brief van 24 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 30 mei 2022 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 23 juni 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022021894) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 27 juni 2022 aan partijen gestuurd. Bij brief van 3 augustus 2022 heeft verzoekster een reactie en nadere stukken aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 augustus 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 23 augustus 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 23 juni 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 25 augustus 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie van het definitieve advies is op 31 augustus 2022 aan partijen gestuurd, waarbij zij de mogelijkheid hebben gekregen op het advies te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 7 september 2022 op het advies gereageerd. Een kopie hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 en 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering TandPlus (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De

aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden in het vervolg onbesproken.

- 3.2. Bij brief van 8 juli 2020 heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een klacht over het preferentiebeleid voorgelegd. Bij brief van 21 augustus 2020 reageerde deze hierop. Bij brief van 30 september 2020 schreef verzoekster de ziektekostenverzekeraars nogmaals aan, nu over het eigen risico in relatie tot de door haar gebruikte geneesmiddelen.

Verzoekster heeft bij brief van 30 juni 2021 een klacht over de eigen bijdrage voor het zittend ziekenvervoer voorgelegd aan de ziektekostenverzekeraar. Hierop is door deze telefonisch gereageerd, waarna de ziektekostenverzekeraar verzoekster bij brief van 1 juli 2021 door middel van een specificatie heeft geïnformeerd over het verloop van het eigen risico en de eigen bijdrage 2021. Op 14 juli 2021 schreef zij de ziektekostenverzekeraars opnieuw.

- 3.3. Bij brief van 23 juni 2022 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie het volgende verklaard:

*"Gelet op artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Dit geschil heeft geen betrekking hierop. Het geschil betreft de vraag of de eigen bijdrage voor ziekenvervoer te hoog is en of de via parallel import verstrekte geneesmiddelen hetzelfde zijn als de geneesmiddelen die eerder altijd aan verzoekster zijn verstrekt. Niet in geschil is of sprake is van verzekerde zorg en/of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Het Zorginstituut heeft daarom geen adviesbevoegdheid en brengt in dit geschil geen advies uit.*

*(...)*

*Het is op basis van de gegevens in het dossier niet mogelijk een uitspraak te doen over de gelijkwaardigheid van de parallel geïmporteerde geneesmiddelen en de oorspronkelijke verstrekte geneesmiddelen. (...)"*

- 3.4. Bij brief van 25 augustus 2022 heeft het Zorginstituut in zijn definitieve advies aan de commissie het volgende verklaard:

*"Het Zorginstituut heeft het dossier eerder beoordeeld. De conclusie was dat het Zorginstituut in dit geschil geen adviesbevoegdheid heeft.*

*In de brief d.d. 23 juni 2021 heeft het Zorginstituut gereageerd op de vraag of de via parallel import verstrekte geneesmiddelen hetzelfde zijn als de geneesmiddelen die eerder altijd aan verzoekster zijn verstrekt. Dit kon het Zorginstituut op basis van de informatie in het initiële dossier echter niet beoordelen.*

*U hebt het Zorginstituut nadere informatie en het verslag van de hoorzitting gestuurd met het verzoek om te beoordelen of de hulpstoffen in het parallel geïmporteerde geneesmiddel CellCept en CellCept van Roche afwijkend zijn.*

*Uit de aanvullende informatie blijkt dat verzoekster parallel geïmporteerde CellCept heeft gekregen van hetzelfde merk, namelijk Roche. Dit blijkt uit het registratienummer. De parallel geïmporteerde CellCept en de originele verpakking waarmee vergeleken wordt hebben allemaal hetzelfde registratienummer (EU/1/96/005/002). Dit houdt in dat de werkzame stof en de hulpstoffen van beide middelen overeenkomen. Er is geen verschil tussen de geïmporteerde CellCept en de CellCept die verzoekster eerder afgeleverd kreeg."*

#### 4. **Het geschil**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar de eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer in 2020 dient te verlagen van € 105,- naar € 30,-;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar haar medicatie niet mag wisselen, maar de medicatie die zij al had aan haar moet verstrekken ;
- (iii) en dat zij recht heeft op een schadevergoeding.

## 5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 25 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

## 6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over zittend ziekenvervoer en farmaceutische zorg 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.

### *Standpunt verzoekster*

- 6.2. Verzoekster heeft in 2014 een niertransplantatie ondergaan. Op 10 november 2020 is zij gestart met dialyseren. In verband hiermee maakt zij kosten van zittend ziekenvervoer. Door de ziektekostenverzekeraar is op de vergoeding een eigen bijdrage van € 105,- (2020) respectievelijk € 108,- (2021) in mindering gebracht. Verzoekster acht het niet redelijk dat zij over de korte periode in 2020 de volledige eigen bijdrage moet voldoen. In februari of maart 2021 heeft zij hierover gebeld met een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar die haar vertelde dat het bedrag voor 2020 niet juist was en dat zij maar € 30,- hoefde te betalen. Zij wil dit bedrag voldoen en is tevens bereid de € 108,- voor 2021 te betalen. De ziektekostenverzekeraar dreigt evenwel met incassomaatregelen.  
Volgens verzoekster worden de gesprekken opgenomen en moet de toezegging daarom te achterhalen zijn. Zij merkt op dat de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde notities verre van volledig zijn. Zo ontbreken bijvoorbeeld de gesprekken die werden gevoerd over de vergoeding van geneesmiddelen.
- 6.3. Verzoekster gebruikt een aantal geneesmiddelen, waaronder CellCept® 250 mg (tot 2016) en 500 mg, Prograft® 1 mg, en prednisolon 5 mg. Vanaf 2018 krijgt zij een generieke variant van Prograft® 1 mg ter hand gesteld. Voor de andere geneesmiddelen is dit sinds 2019 het geval. Voor risedronaat 35 mg geldt dat hiervan om de drie maanden een andere variant wordt afgeleverd. De generieke variant van prednisolon werd twee keer per maand gewijzigd. Verzoekster ondervindt klachten van de voorkeursgeneesmiddelen. Het gaat dan om algehele malaise, migraine, trillingen, spierkrampen, vermoeidheid en jeuk. Ook bleek bij controle dat haar nier achteruit was gegaan. De behandelend nefroloog heeft hierover een brief geschreven aan de apotheker.  
Verzoekster tekent aan dat de voorkeursgeneesmiddelen voor zes maanden tot twee jaar zouden worden aangewezen. Verder tekent zij aan dat volgens de website 'GVS' en de website van de ziektekostenverzekeraar CellCept® en Prograft® worden vergoed, en dat hierop het eigen risico niet van toepassing is. Het is haar opgevallen dat ondanks het voorkeursbeleid de beide middelen tussen 2015 en 2020 duurder zijn geworden. Zij merkt op dat zij de ziektekostenverzekeraar er bij brief van 8 juli 2020 al op heeft gewezen dat de middelen niet op de lijst met voorkeursmedicatie voorkomen. Zij betreurt dat de ziektekostenverzekeraar pas in zijn brief van 14 september 2021 heeft aangegeven dat hij er ten onrechte van was uitgegaan dat het om preferente middelen ging.  
Tot slot vraagt verzoekster om een schadevergoeding.

- 6.4. Tijdens de hoorzitting heeft verzoekster ter aanvulling het volgende aangevoerd. De belangrijke gesprekken staan niet op de aantekeningen van de gevoerde telefoongesprekken die zij heeft ontvangen van de ziektekostenverzekeraar.
- Ten aanzien van de geneesmiddelen heeft verzoekster aangevoerd dat tussen 2017 en 2019 al haar medicatie is veranderd, met uitzondering van CellCept®. Zij had hierdoor wel 'kleine pijntjes en kwaaltjes' maar zij heeft hier verder niets mee gedaan. In 2019 is ook CellCept® veranderd. Hierdoor zijn haar nieren achteruit gegaan. De nefroloog heeft de apotheek een toelichting gegeven, maar haar medicatie werd toch verschillende keren gewijzigd. Zij heeft varianten van CellCept® gekregen waarop de tekst bijvoorbeeld in het Japans was vermeld. Ook zitten in deze varianten van CellCept® andere hulpstoffen. Daarnaast zag de medicatie er anders uit.

#### *Standpunt ziektekostenverzekeraar*

- 6.5. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat de eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer per kalenderjaar geldt. Daarbij maakt het niet uit wanneer het vervoer start. Verzoekster is hierover geïnformeerd door middel van de toestemmingsbrief van 19 november 2020. Hierin staat ook het bedrag van € 105,-. In 2020 was sprake van tien ritten à € 10,86 per rit. De eigen bijdrage is hiermee verrekend. Voor de betaling werd met verzoekster een regeling getroffen. Zij betaalde driemaal € 35,-. De eigen bijdrage van € 108,- heeft betrekking op 2021. Zoals uit de contactregistratie blijkt, is aan verzoekster niet toegezegd dat in 2020 een eigen bijdrage van € 30,- zou gelden. Indien een telefoongesprek wordt opgenomen, wordt dit maximaal drie maanden bewaard.
- 6.6. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat hij een preferentiebeleid mag voeren. CellCept® en Prograft® zijn geen door hem aangewezen voorkeursgeneesmiddelen. De apotheek bepaalt op basis van Laagste Prijs Garantie welk geneesmiddel wordt afgeleverd. Afwijking hiervan is mogelijk als behandeling met het geneesmiddel medisch niet verantwoord is. In dit geval zou de nefroloog moeten vermelden dat een medische noodzaak bestaat voor het merkgeneesmiddel. Over een door de nefroloog geschreven brief is de ziektekostenverzekeraar niets bekend. De kosten van de geneesmiddelen en de kosten die de apotheek voor de begeleiding en ter hand stelling in rekening mag brengen tellen gewoon mee voor het eigen risico.

In zijn brief van 24 mei 2022, gericht aan de commissie, schrijft de ziektekostenverzekeraar dat hij contact heeft opgenomen met de apotheker. Daarop heeft de apotheker aangegeven dat verzoekster veel verschillende medicatie gebruikt. De apotheker heeft in eerste instantie geprobeerd bij de medicatie die onder het voorkeursbeleid van de ziektekostenverzekeraar valt de middelen volgens de voorkeurslijst van de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster te verstrekken, maar dit stuitte bij haar op veel weerstand. Uiteindelijk heeft de medisch specialist verklaard dat sprake was van medische noodzaak voor het middel van de betreffende fabrikant. De gewenste geneesmiddelen zijn dan ook steeds door de apotheek aan verzoekster verstrekt en vervolgens bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Het betreft hier bijvoorbeeld prednisolon van fabrikant Teva en risedronaat van fabrikant Sandoz. Voor de middelen CellCept® en Prograft® geldt dat de werkzame stoffen, te weten mycofenolzuur respectievelijk tacrolimus, niet onder het voorkeursbeleid van de ziektekostenverzekeraar vallen. De geneesmiddelen CellCept® en Prograft® zijn steeds aan verzoekster geleverd. Voor deze middelen heeft de voorschrijver ook vermeld dat een medische noodzaak bestond. Wel is voor beide geneesmiddelen op enig moment sprake geweest van levering van een buitenlandse partij, via zogenoemde parallelimport. Het betrof echter hetzelfde middel met exact dezelfde samenstelling, alleen de verpakking was anders. Dit is destijds ook aan verzoekster uitgelegd. Daarnaast gevraagd, heeft de apotheker verklaard dat hij niet bekend is met een brief van de nefroloog waarnaar verzoekster verwijst. Het spijt de ziektekostenverzekeraar dat er onduidelijkheid is ontstaan over de vraag of de geneesmiddelen CellCept® en Prograft® onder het voorkeursbeleid vallen. Voor de middelen die niet onder het voorkeursbeleid vallen bestaat recht op het geneesmiddel volgens het beleid van de zogenoemde Laagste Prijs Garantie. Ook hiervoor geldt dat als de voorschrijver door de aantekening 'medische noodzaak' op het recept aangeeft dat het volgens dat beleid aangewezen geneesmiddel niet

verantwoord is, de apotheek controleert of sprake is van medische noodzaak en bij twijfel hierover afstemming pleegt met de voorschrijver. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat ten aanzien van de geneesmiddelen CellCept® en Prograft® er geen twijfel is geweest over de medische noodzaak en de apotheker de voorschrijver hierin steeds zonder discussie is gevolgd.

- 6.7. Het is de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk welke schade verzoekster heeft geleden, en op welke wijze hij hiervoor aansprakelijk zou zijn. Hij wijst het verzoek tot schadevergoeding daarom af.
- 6.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer per kalenderjaar wordt berekend en dus niet naar rato als het vervoer later in het kalenderjaar aanvangt. De eigen bijdrage bedraagt echter nooit meer dan de werkelijke kosten. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat alleen de aantekeningen van de contacten over de vervoerskosten zijn toegezonden, dus niet van alle contacten tussen hem en verzoekster. De ziektekostenverzekeraar heeft contact opgenomen met de apotheek. Hieruit is gebleken dat de aan verzoekster geleverde CellCept® - ook al was deze voorzien van een tekst in een andere taal dan het Nederlands - in dezelfde fabriek is gemaakt. Het geneesmiddel bevat dezelfde werkzame stof, en anders dan verzoekster ziet de ziektekostenverzekeraar niet dat het andere hulpstoffen bevat. Als al sprake zou zijn van andere hulpstoffen, dan staat volgens de ziektekostenverzekeraar niet vast dat de klachten van verzoekster hierdoor worden veroorzaakt.

#### *Overwegingen commissie*

- 6.9. Het staat vast dat verzoekster, als dialysepatiënt, aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer. Zoals blijkt uit het gestelde op bladzijde 52 e.v. (2020) van de voorwaarden van de zorgverzekering geldt hierbij een wettelijke eigen bijdrage van maximaal € 105,- per kalenderjaar. Genoemd bedrag is bepaald in artikel 2.37, eerste lid, Rzv. Dit artikel voorziet niet in een pro-rataberekening, wel worden in het tweede lid enkele situaties beschreven waarin de eigen bijdrage niet is verschuldigd. Geen van deze situaties doet zich hier voor. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoekster is niet bestreden, dat in 2020 totaal € 108,60 werd gedeclareerd in verband met zittend ziekenvervoer. Dit bedrag is hoger dan de eigen bijdrage voor het desbetreffende kalenderjaar, zodat het maximum van € 105,- op de vergoeding in mindering mocht worden gebracht.
- 6.10. Verzoekster heeft zich erop beroepen dat haar telefonisch is toegezegd dat een lagere eigen bijdrage zou gelden, en wel een van € 30,-. De commissie merkt hierover op dat verzoekster op 10 november 2020 is gestart met dialyseren. Bij brief van 19 november 2020 werd haar toestemming gegeven voor het zittend ziekenvervoer. In deze brief staat het bedrag van € 105,- per kalenderjaar expliciet genoemd. Het telefoongesprek zou hebben plaatsgevonden in februari of maart 2021. De commissie overweegt dat het aan degene die zich op een toezegging beroept is om te stellen en te onderbouwen dat deze is gedaan. Dit volgt uit artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke rechtsvordering. Verzoekster weet niet precies wanneer het gesprek is gevoerd. Ook is door haar geen naam van de medewerkster genoemd. Daarentegen zijn door de ziektekostenverzekeraar notities van gesprekken overgelegd waaruit niet blijkt dat een zodanige toezegging is gedaan. Dat telefoongesprekken kunnen worden opgenomen voor trainingsdoeleinden - zoals door verzoekster is aangevoerd - betekent niet dat hierdoor op de ziektekostenverzekeraar een verzwaarde bewijslast is komen te rusten, in die zin dat hij aan de hand van een opname van het gesprek zou moeten aantonen dat niet is toegezegd dat de eigen bijdrage voor 2020 in het geval van verzoekster is gesteld op € 30,-. Dit alles leidt tot de conclusie dat de toezegging waarop door verzoekster een beroep is gedaan, niet aannemelijk is gemaakt. Overigens blijkt uit de stukken dat het bedrag van € 105,- door verzoekster sindsdien in drie termijnen van € 35,- werd voldaan.
- 6.11. Ten aanzien van het tweede onderdeel van het verzoek, dat ziet op het door de ziektekostenverzekeraar gevoerde preferentiebeleid, geldt het volgende.

In de eerste plaats dient te worden beoordeeld of de ziektekostenverzekeraar een preferentiebeleid mag voeren waarbij hij bepaalde geneesmiddelen uitsluit van vergoeding ten laste van de zorgverzekering als een goedkoper alternatief met dezelfde werkzame stof beschikbaar is. Uit het bepaalde op bladzijde 45 e.v. (2020) en bladzijde 43 e.v. (2021) van de voorwaarden van de zorgverzekering in samenhang met artikel 2.8, derde lid, Bzv blijkt dat de ziektekostenverzekeraar een dergelijk beleid mag voeren. Voorwaarde hierbij is wel dat voor de verzekerde van elke werkzame stof steeds een geneesmiddel beschikbaar is, en dat de verzekerde recht heeft op een vervangend geneesmiddel als gebruik van het preferente geneesmiddel medisch gezien niet verantwoord is.

6.12. In de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar voorkeursgeneesmiddelen kan aanwijzen. In hetzelfde artikel wordt verwezen naar het 'Reglement Farmacie' en de lijst met voorkeursgeneesmiddelen. Verzoekster gebruikt diverse geneesmiddelen, maar in dit verband zijn door haar specifiek benoemd de merkgeneesmiddelen CellCept® 500 mg en Prograff® 1 mg en daarnaast prednisolon 5 mg. Door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht dat hij voor deze middelen geen voorkeursgeneesmiddelen heeft aangewezen, hetgeen door verzoekster niet is weersproken. Ter hand stelling door de apotheker geschiedt volgens de Laagste Prijs Garantie.

6.13. Een verzekeraar 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 verzekeraar 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 verzekeringnemer worden medegedeeld, een en ander overeenkomstig artikel 19 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Een verzekeraar 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.

Eventuele afspraken tussen een verzekeraar en een apotheek over de terhandstelling van de goedkoopste variant van een geneesmiddel 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.

6.14. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat in sommige situaties aanspraak op aflevering van een ander dan het voorkeursgeneesmiddel of het geneesmiddel met de Laagste Prijs Garantie. Zoals in 6.13 echter al is overwogen, mag een verzekeraar naast of in plaats van een preferentiebeleid geen andere beperkingen over de terhandstelling van geneesmiddelen hanteren. Dit betekent dat voornoemde Laagste Prijs Garantie niet is toegestaan.

Van de geneesmiddelen CellCept® 500 mg en Prograff® 1 mg heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat niet de voorkeursgeneesmiddelen aan verzoekster zijn verstrekt, maar dat zij steeds het merkgeneesmiddel geleverd heeft gekregen. Dit is door verzoekster niet gemotiveerd weersproken. Ten aanzien van CellCept® heeft verzoekster aangevoerd dat zij een andere variant

met een andere samenstelling heeft gekregen. De commissie is gebleken dat dit geneesmiddel enkele keren via parallelimport uit het buitenland werd gehaald. Er is echter niet gebleken dat dit middel een andere samenstelling had.

Het is voorts niet gesteld of anderszins gebleken dat de kosten van CellCept® 500 mg en Prograft® 1 mg - behoudens het eventueel verschuldigde eigen risico - niet of niet volledig zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Volledigheidshalve merkt de commissie hierbij op dat in het geval van medische noodzaak aanspraak bestaat op het (merk)geneesmiddel - voor zover opgenomen in het GVS - waarbij de hoogte van de vergoeding alsdan gelijk is aan de vergoedingslimiet van het desbetreffende cluster.

Het is onduidelijk welke variant van het geneesmiddel prednisolon 5 mg verzoekster voorheen gebruikte, zodat hierover geen uitspraak kan worden gedaan. Verzoekster heeft daarnaast onder de aandacht gebracht dat ook andere geneesmiddelen zijn gewisseld in het kader van het preferentiebeleid dan wel de Laagste Prijs Garantie. Zij heeft evenwel niet gespecificeerd welke geneesmiddelen dit betreft en of en door wie eventueel de medische noodzaak voor het andere (merk)geneesmiddel is bepaald. Het was aan verzoekster om deze punten nader te onderbouwen. De commissie moet haar stellingen dienaangaande daarom passeren en concluderen dat het preferentiebeleid ten aanzien van deze geneesmiddelen onverkort mocht worden toegepast.

6.15. Tot slot heeft verzoekster gevraagd om een schadevergoeding. Zij heeft haar vordering ter zake echter niet gesubstantieerd of onderbouwd, zodat ook dit onderdeel van het verzoek voor afwijzing gereed ligt.

6.16. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## 7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 september 2022,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs



# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving  
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

---

# 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.**

## **Artikel 2.13**

**1. Vervoer omvat ziekenvervoer per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:**

- a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
- b. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg zal gaan verblijven;
- c. naar een persoon bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan achttien jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
- d. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
  - 1°. een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
  - 2°. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg wordt verstrekt;
- e. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de

onderdelen a tot en met d.

2. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

#### **Artikel 2.14**

1. Het vervoer omvat tevens ziekenvervoer per auto, anders dan per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon of instelling als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdelen a, b of d, of een woning als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdeel e, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:
  - a. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan;
  - b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie, immunotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
  - c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
  - d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;
  - e. de verzekerde jonger is dan achttien jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap is aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van vierentwintig uur per dag van zorg in de nabijheid;
  - f. de verzekerde is aangewezen op geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c;
  - g. de verzekerde is aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking.
2. Indien het vervoer, bedoeld in het eerste lid, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag per kilometer.
3. In afwijking van het eerste lid, onderdelen a tot en met e, omvat vervoer ook vervoer in andere gevallen, indien de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.
4. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
5. Het vervoer, bedoeld in het eerste lid, onderdelen a en b, en het derde lid, omvat mede het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
6. Indien een verzekerde is aangewezen op vervoer als bedoeld in het eerste of derde lid, en dit vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is, kan de zorgverzekeraar op verzoek van de verzekerde een bij ministeriële regeling te bepalen vergoeding voor kosten van logeren verstrekken die gedeeltelijk in de plaats komt van een vergoeding voor kosten van vervoer.

---

## 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 geregistreeerde 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 geregistreeerde geneesmiddelen die als gevolg van een beslissing als bedoeld in artikel 2.50, vijfde lid, niet zijn aangewezen, geregistreeerde geneesmiddelen ten aanzien waarvan het voornemen tot aanwijzing als bedoeld in artikel 2.50, achtste lid, niet is uitgevoerd en geregistreeerde 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.

### Artikel 2.37 (2020)

1. De eigen bijdrage voor ziekenvervoer bedraagt € 105 per kalenderjaar.
2. De eigen bijdrage is niet verschuldigd:
  - a. voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de verplichte verzekering voor langdurige zorg is opgenomen naar een andere instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de verplichte verzekering voor langdurige zorg wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;
  - b. voor vervoer van een instelling als bedoeld in onderdeel a naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de zorgverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling;

- c. voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling;
- d. voor logeren, bedoeld in artikel 2.14, zesde lid, van het Besluit zorgverzekering.

#### **Artikel 2.37 (2021)**

1. De eigen bijdrage voor ziekenvervoer bedraagt € 108 per kalenderjaar.
2. De eigen bijdrage is niet verschuldigd:
  - a. voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de verplichte verzekering voor langdurige zorg is opgenomen naar een andere instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de verplichte verzekering voor langdurige zorg wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;
  - b. voor vervoer van een instelling als bedoeld in onderdeel a naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de zorgverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling;
  - c. voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling;
  - d. voor logeren, bedoeld in artikel 2.14, zesde lid, van het Besluit zorgverzekering.

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.