



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea  
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist  
Zaak : Farmaceutische zorg, preferentiebeleid, Ascal Brisper Cardio-Neuro®  
Zaaknummer : 201402454  
Zittingsdatum : 29 april 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.8 Bzv, 2.5, Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

---

1. Partijen

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

tegen

- 1) Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af ZilverSchild Polis 3 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Beter Af Tandarts Polis 2 sterren is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op (gedeeltelijke) vergoeding van het geneesmiddel Ascal Brisper Cardio-Neuro® (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 6 augustus 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 8 augustus 2014 en brief van 14 oktober 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Verzoeker heeft op 14 november 2014 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) telefonisch verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 maart 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 maart 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 maart 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 april 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstige bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 10 maart 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 13 maart 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015030554) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is gebleken van een medische noodzaak voor het merkgeneesmiddel. De overeengekomen zorgverzekering en de toepasselijke wet- en regelgeving bieden geen mogelijkheid van bijbetaling in geval een verzekerde de voorkeur geeft aan een merkgeneesmiddel in plaats van een preferent geneesmiddel. In geval geen sprake is van een medische noodzaak komen de kosten geheel voor rekening van de verzekerde. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 7 april 2015 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 29 april 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 4 mei 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 11 mei 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker gebruikt sinds 2008 het geneesmiddel Ascal Brisper Cardio-Neuro®. Dit middel wordt in vaste vorm toegediend en verzoeker heeft zichzelf moeten trainen in het innemen hiervan. In 2014 werd de prijs van het geneesmiddel verhoogd van € 11,40 naar € 14,14. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar toen verzocht aan de apotheker te bevestigen dat hij een gedeelte van de kosten voor zijn rekening zou nemen. Dit verzoek werd niet ingewilligd.
- 4.2. Het convenant inzake de vergoeding van merkproducten wordt aldus ten nadele van verzoeker uitgevoerd en de ziektekostenverzekeraar draagt hiervoor geen financieel of kwalitatief argument aan. Hiermee handelt de ziektekostenverzekeraar in strijd met de eigen doelstellingen. Verzoeker wenst het merkgeneesmiddel te behouden. De ziektekostenverzekeraar dient hem in ieder geval de vergoeding te verlenen die staat voor het generieke middel, uiteraard enkel in het geval dit lager geprijsd is, anders dienen de kosten van het merkgeneesmiddel volledig te worden vergoed. Hiermee worden de apotheker noch andere verzekerden van de ziektekostenverzekeraar tekort gedaan. Thans wordt van verzoeker een nutteloze wijziging van zijn medicijngebruik gevraagd. Dit weigert hij. Verzoeker zal de kosten van het geneesmiddel voorlopig zelf betalen en op zoek gaan naar een generiek alternatief.
- 4.3. 'Medische noodzaak' en 'merkgeneesmiddel' zijn niet aan de orde. Verzoeker heeft hierover niets gesteld. Geschilpunten zijn gebruiksvriendelijkheid en vergoeding van de prijs van het generieke

middel. In reactie op hetgeen de ziektekostenverzekeraar stelt, voert verzoeker het volgende aan.

Slechts deskundige medici kunnen zich uitlaten over het medisch (on)verantwoord zijn van de keuze voor een geneesmiddel. Dat de ziektekostenverzekeraar zich hierover uitlaat getuigt van machtsmisbruik.

Onduidelijk is waarom de polisvoorwaarden geen ruimte bieden om aan de wens van verzoeker tegemoet te komen.

Tevens is onduidelijk wat het preferentiebeleid precies inhoudt. De door de ziektekostenverzekeraar overgelegde brochure bevat een commercieel verhaal: realisatie van lagere prijzen voor de patiënt/verzekerde.

Het is zorgwekkend dat de ziektekostenverzekeraar juist een bijdrage levert aan het uit de hand lopen van zorgkosten, door de problematische communicatie over financiën met zorgverleners.

Verzoeker concludeert dat de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt dat verzoeker een onverantwoorde keuze maakt, nog altijd niet inhoudelijk heeft onderbouwd.

4.4. De ziektekostenverzekeraar dient zich klantgericht op te stellen. Verzoeker is degene die betaalt, en dus bepaalt. Helaas blijft er een cultuur bestaan waarin de klant geschoffeed wordt. De ziektekostenverzekeraar heeft een bepaald beleid opgesteld, welk beleid wordt gefinancierd door de verzekerden. Echter, de verzekerden komen in dit beleid niet voor, of sterker nog, worden dom gehouden.

4.5. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald.

4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

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

5.1. De artikelen 11 Zvw, 2.8 Bzv, 2.5 en bijlage 1 en 2 Rzv vormen de wettelijke basis van het door de ziektekostenverzekeraar gevoerde preferentiebeleid, en dit is nader uitgewerkt in de polisvoorwaarden (art. 5 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering) en het Reglement farmaceutische zorg 2014. De ziektekostenverzekeraar is gerechtigd tot het voeren van een preferentiebeleid. Zoals uit artikel 5 van de 'Aanspraken en vergoedingen' volgt, houdt dit beleid in dat bepaalde geneesmiddelen van vergoeding worden uitgesloten indien een goedkoper alternatief met dezelfde werkzame stof beschikbaar is.

Het beleid heeft alleen het gewenste gevolg - kostenbesparing - indien de ziektekostenverzekeraar alle daarvoor in aanmerking komende verzekerden verplicht gebruik te maken van de preferente middelen. Alleen zo kunnen verzekeraars een voldoende volume garanderen teneinde met fabrikanten en leveranciers succesvol over de prijzen te kunnen onderhandelen. Voor de verzekerde is voor elke werkzame stof een geneesmiddel beschikbaar en de verzekerde heeft recht op een vervangend geneesmiddel indien het generieke geneesmiddel medisch gezien niet verantwoord is.

5.2. Ingevolge de polisvoorwaarden schrijft de arts voor, en toetst de apotheker het voorschrift van de arts aan het Memo Medische Noodzaak, dat onlosmakelijk aan de overeenkomst met de apotheker is gekoppeld. Als sprake is van een bewezen medische noodzaak voor een merkgeneesmiddel, vergoedt de ziektekostenverzekeraar de kosten hiervan. De apotheker declareert in dat geval de kosten van het geneesmiddel rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar. Als geen sprake is van een medische noodzaak voor een merkgeneesmiddel, wordt geen vergoeding verleend. De apotheker is in die situatie op grond van de contractuele afspraken met de ziektekostenverzekeraar verplicht, in afwijking van het voorschrift van de arts, toch het generieke geneesmiddel af te leveren. De uiteindelijke beslissing ligt dus bij de apotheker, die een zelfstandige afweging moet maken op grond van de behandelingsovereenkomst met de patiënt en de overeenkomst met de ziektekostenverzekeraar. Het begrip medische noodzaak vindt zijn oorsprong in artikel 2.8 lid 4 Bzv. De verantwoordelijke minister heeft de medische noodzaak als volgt verwoord:

"De uitzondering op de aanwijzing van de zorgverzekeraar, die geregeld was in artikel 9a, derde lid van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, is geregeld in het vierde lid. Ingevolge dit lid geldt de beperking van de keuze van de zorgverzekeraar niet jegens een verzekerde voor zover die beperking ten koste zou gaan van diens gezondheid; als het medisch niet verantwoord is de verzekerde slechts toegang te geven tot het aangewezen geneesmiddel, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander geneesmiddel. Het gaat hier om een hoge uitzondering, slechts als het medisch onverantwoord is dat behandeld wordt met een door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, bestaat aanspraak op een ander middel. Het is aan de zorgverzekeraar zelf om te bepalen hoe hij toetst of aan deze voorwaarde is voldaan."

Bij een bewezen medische noodzaak gaat het om een van de volgende situaties:

- Er is bewezen dat de patiënt een allergie heeft voor een bepaalde hulpstof. Dit betekent niet dat de patiënt altijd is aangewezen op een merkgeneesmiddel. In een ander merkloos geneesmiddel zit de bewuste hulpstof niet.
- Een bepaalde hulpstof veroorzaakt een wat snellere of tragere opname van het geneesmiddel in het lichaam. Soms levert dit bij bepaalde geneesmiddelen een probleem op.

De arts bepaalt de werkzame stof die de patiënt nodig heeft. De apotheker bepaalt het geneesmiddel. Bij voorkeur krijgt de patiënt een merkloos geneesmiddel. De arts moet aantonen dat gebruik van het merkloze geneesmiddel medisch onverantwoord is. Een voorschrift van de arts met alleen de vermelding medische noodzaak is niet voldoende. Er kan medische noodzaak op het voorschrift staan, terwijl er toch geen aangetoonde medische noodzaak is. De apotheker is de geneesmiddelendeskundige. Hij volgt de medische noodzaak op het voorschrift, tenzij hij weet dat er geen sprake kan zijn van een medische noodzaak voor het voorgeschreven (merk)geneesmiddel.

De brochure Preferentiebeleid Geneesmiddelen is overgelegd.

- 5.3. De werkzame stof van het geneesmiddel Ascal Brisper Cardio Neuro® is carbasalaatcalcium. Er is niet aangetoond dat bij verzoeker sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van het merkgeneesmiddel (Ascal Brisper Cardio-Neuro®). Verzoeker heeft aanspraak op een middel dat de voorgeschreven werkzame stof bevat. Verder heeft hij aanspraak op het voorgeschreven merkgeneesmiddel als het medisch niet verantwoord is een merkloze variant te gebruiken. Er is niet aangetoond dat verzoeker een allergie heeft voor een hulpstof dan wel dat hij de hulpstof niet verdraagt.

Verzoeker wil het merkgeneesmiddel gebruiken in plaats van het generieke middel. Hij weet dat geen sprake is van een bewezen medische noodzaak en dat er generieke geneesmiddelen zijn die de apotheker hem kan verstrekken. De keuze van verzoeker om in deze situatie desondanks het merkgeneesmiddel te gebruiken houdt in dat de kosten hiervan voor zijn rekening komen. De ziektekostenverzekeraar vergoedt het geneesmiddel niet, ook niet gedeeltelijk. Zoals geoordeeld in bindende adviezen van de commissie, onder andere zaaknummer 2013.00942, biedt het op de wet gebaseerde vergoedingssysteem geen ruimte voor de door verzoeker gewenste gedeeltelijke vergoeding op basis van de kosten van preferente geneesmiddel.

Het is niet mogelijk dat verzoeker het verschil tussen het generieke geneesmiddel en het merkgeneesmiddel betaalt. De apotheker heeft verzoeker medegedeeld dat hij het middel Ascal Brisper Cardio-Neuro® niet kan declareren. De apotheker mag verzoeker niet vragen om bij te betalen voor een merkgeneesmiddel. De apotheker verstrekt aan verzoeker een generiek geneesmiddel. Dit is het middel dat de ziektekostenverzekeraar vergoedt. Het is mogelijk dat verzoeker het merkgeneesmiddel van de apotheker krijgt. Hij betaalt het middel dan, als gezegd, helemaal zelf. Er is geen tussenweg. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar zo afgesproken met de apotheker.

- 5.4. Op 4 augustus 2014 heeft telefonisch contact met verzoeker plaatsgevonden, bij welke gelegenheid het farmaciebeleid is besproken. Verzoeker stelt dat de premie en het eigen risico al jaren stijgen. Hiertoe merkt de ziektekostenverzekeraar op dat voor het jaar 2014 de premie juist is verlaagd met bijna € 10,- per

maand. Het eigen risico is met € 10,-- op jaarbasis gestegen. Verzoeker heeft dus wel degelijk een premievoordeel vergeleken met het jaar 2013.

5.5. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoeker waarde hecht aan zijn vertrouwde medicijn. Er kan voor hem echter geen uitzondering worden gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft voor dit preferentiebeleid gekozen om de kosten van de zorg te beperken. Wanneer verzoeker in deze kwestie tegemoet wordt gekomen, moet dit voor alle verzekerden in eenzelfde situatie ook worden gedaan. Hiermee wordt het preferentiebeleid teniet gedaan. De ziektekostenverzekeraar kiest hier niet voor.

5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

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

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde vormen van zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere vormen van zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 42 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 5 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

### ***“Artikel 5 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten***

*Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:*

*a de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;*

*b advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.*

*De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Wij vergoeden de kosten van terhandstelling, advies en begeleiding van:*

*a alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke*



geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheekhoudende die met ons een IDEAcontract heeft gesloten;

b de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheekhoudende die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheekhoudende zonder contract;

c andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan.

Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor u of uw basisverzekering.

Onder deze rationele farmacotherapie vallen:

– geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheekhoudende in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;

– geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van de Geneesmiddelenwet;

– geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;

d polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Een omschrijving van deze (deel)prestaties vindt u in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. Op onze website vindt u daarnaast een overzicht van de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten. Bovendien vindt u hier ook de geregistreerde geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Uiteraard kunt u deze informatie ook bij ons opvragen.

### **Voorwaarden voor vergoeding van geneesmiddelen en dieetpreparaten**

1 De geneesmiddelen of dieetpreparaten moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).

2 Een apotheekhoudende moet de geneesmiddelen leveren. Dieetpreparaten mogen ook geleverd worden door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.

3 Zijn er identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan vergoeden wij alleen de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op vergoeding van een niet-aangewezen geneesmiddel. Namelijk als het medisch niet verantwoord is om u te behandelen met het geneesmiddel dat wij hebben aangewezen. De voorschrijver (zie onder 1) moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen.

In artikel 4.4 van het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg staan nog een aantal aanvullende bepalingen voor vergoeding van specifieke geneesmiddelen en dieetpreparaten. Wij vergoeden de kosten van deze dieetpreparaten en de geneesmiddelen alleen, als u voldoet aan deze bepalingen.

(...)"

- 8.4. Artikel 5 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering is volgens artikel 1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv.

8.6. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereuleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

#### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

9.1. In het kader van de beoordeling of verzoeker aanspraak heeft op (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van het geneesmiddel Ascal Brisper Cardio-Neuro®, is van belang of de ziektekostenverzekeraar een preferentiebeleid mag voeren waarbij hij bepaalde geneesmiddelen uitsluit van vergoeding ten laste van de zorgverzekering indien een goedkoper alternatief met dezelfde werkzame stof beschikbaar is.


9.2. Uit de polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende regelgeving blijkt dat de ziektekostenverzekeraar tot een dergelijk beleid gerechtigd is, zolang voor de verzekerde van elke werkzame stof steeds een geneesmiddel beschikbaar is, en de verzekerde recht heeft op een vervangend geneesmiddel indien het preferente geneesmiddel medisch gezien niet verantwoord is. In artikel 5 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering is ten aanzien van het laatste bepaald dat de voorschrijver (arts) op het recept moet vermelden dat de verzekerde is aangewezen op het niet-preferente geneesmiddel. Bij het recept dient de voorschrijver een onderbouwing te geven.

9.3. Gesteld noch gebleken is dat sprake is van een medische noodzaak voor gebruik van het niet-preferente geneesmiddel. Derhalve heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van de kosten van Ascal Brisper Cardio-Neuro® ten laste van de zorgverzekering.


9.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht de apotheker het geneesmiddel Ascal Brisper Cardio-Neuro® aan hem te laten afleveren, en voor dit middel de vergoeding te verlenen die staat voor het preferente middel, zodat hij uitsluitend het verschil in de kosten tussen het preferente en niet-preferente middel draagt. De ziektekostenverzekeraar heeft dit geweigerd.

9.5. Bij de keuze voor de aanwijzing in het kader van het preferentiebeleid speelt de prijs van een geneesmiddel een belangrijke rol. Gunstige prijsafspraken met de fabrikant of importeur zijn alleen te maken indien de ziektekostenverzekeraar op volume kan inkopen. Een voldoende volume wordt bereikt door het aanwijzen van de onderscheiden preferente middelen. Indien, anders dan om reden van de medische noodzaak, voor verzoeker een uitzondering wordt gemaakt door bijbetaling toe te staan ingeval van aflevering van een merkgeneesmiddel, zouden ook andere verzekerden hiervoor moeten kunnen kiezen. Het gevolg daarvan kan zijn dat het beoogde volume niet wordt gerealiseerd en geen lagere prijs kan worden bedongen voor het preferente middel. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de 'tussenweg' die verzoeker voorstelt niet mogelijk is, is derhalve begrijpelijk. Daarbij is substitutie, in die zin dat de prijs van een goedkoop






geneesmiddel in mindering komt op de prijs van een (duurder) merkgeneesmiddel waarbij de verzekerde de meerkosten van dat merkgeneesmiddel voor eigen rekening neemt, in het kader van de zorgverzekering sowieso niet mogelijk.

- 
- 9.6. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd - het niet klantgericht handelen door de ziektekostenverzekeraar, diens gestelde machtsmisbruik en de stijging van de zorgkosten - kan, nog daargelaten of de aangevoerde kwalificaties juist en/of relevant zijn, niet leiden tot een ander oordeel.




### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


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



### Conclusie

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

- 
10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 mei 2015,



mr. drs. P.J.J. Vonk