



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen Anderzorg  
N.V. te Wageningen  
Zaak : Farmaceutische zorg, preferentiebeleid, tamsulosuline  
Zaaknummer : 201403009  
Zittingsdatum : 19 augustus 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te D,

tegen

Anderzorg N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.


2. De verzekeringssituatie


- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is tevens een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding


- 3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de geneesmiddelen tamsulosuline, simvastatine en psylliumvezels (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 juli 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat vergoeding van de kosten is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 9 oktober 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar heeft besloten de kosten van de simvastatine en psylliumvezels alsnog volledig te vergoeden.
- 3.4. Bij brief van 18 maart 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 mei 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 mei 2015 aan verzoeker gezonden.


- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 mei 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 30 juli 2015 telefonisch medegedeeld 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 de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 13 mei 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 15 juni 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015060459) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit het dossier niet blijkt van een medische noodzaak voor gebruik van het niet-preferente geneesmiddel. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 19 augustus 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 21 augustus 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 27 augustus 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 en zijn echtgenote gaan al vele jaren naar een apotheek in de buurt van hun woonplaats. Eind 2012 heeft deze apotheek besloten met ingang van 1 januari 2013 geen contract meer te sluiten met de zorgverzekeraar. Verzoeker en zijn echtgenote hebben sindsdien de kosten voor hun geneesmiddelen in de apotheek betaald en de nota's ingediend bij de zorgverzekeraar. Dit is niet probleemloos verlopen. Intussen is de zorgverzekeraar - na tussenkomst van de Ombudsman Zorgverzekeringen - overgegaan tot vergoeding van de kosten van de geneesmiddelen simvastatine en psylliumvezels ten behoeve van de echtgenote van verzoeker. Het geneesmiddel tamsulosuline dat door verzoeker wordt gebruikt, is echter niet vergoed.
- 4.2. Voor het geneesmiddel tamsulosuline was in de jaren 2013 en 2014 het preferentiebeleid van toepassing. Een gecontracteerde apotheker conformeert zich aan dit beleid door enkel het merk dat is aangewezen te verstrekken en te declareren. De preferente fabrikant was Centrafarm. De apotheek van verzoeker heeft in de jaren 2013 en 2014 geneesmiddelen van de fabrikant Ranbaxy aan verzoeker verstrekt. Qua prijs ontlopen de twee geneesmiddelen elkaar niet veel. De prijzen van generieke geneesmiddelen zijn in de afgelopen jaren fors gedaald, en het prijsverschil tussen de geneesmiddelen van de fabrikanten Centrafarm en Ranbaxy is voor de duur van drie maanden slechts € 0,12. De zorgverzekeraar heeft echter niet ervoor gekozen dit bedrag in mindering te brengen op de vergoeding, maar heeft de declaratie volledig afgewezen. Inmiddels wordt door de apotheek aan verzoeker tamsulosuline van de fabrikant Sandoz geleverd.
- 4.3. Verzoeker is van mening dat zijn apotheek niet is gebonden aan het preferentiebeleid van de zorgverzekeraar, omdat hij geen contract heeft afgesloten. De geleverde geneesmiddelen zijn aan te merken als niet-gecontracteerde zorg, en dienen op grond van artikel 13 Zvw in ieder geval voor een gedeeltelijke vergoeding in aanmerking te komen. Een breed gedragen praktijknorm is een vergoeding van 80 percent van de kosten.


 4.4. Indien de zorgverzekeraar een apotheek die niet is gecontracteerd mag houden aan het preferentiebeleid, heeft dit vérstreckende gevolgen, omdat juist het preferentiebeleid voor apothekers een belangrijke factor is bij de contractering. Het preferentiebeleid trekt een enorme wissel op de logistiek in de apotheekpraktijk. Verzekeraars wisselen vaak, soms diverse keren per jaar, van preferente leverancier, zonder rekening te houden met de leverbaarheid van geneesmiddelen. Ook komt het steeds wisselen van geneesmiddelen de therapietrouw niet ten goede, hetgeen een negatieve invloed heeft op de patiëntveiligheid.


 4.5. Ter zitting is door verzoeker opgemerkt dat alle nota's die hij in 2013 en 2014 indiende, stelselmatig door de zorgverzekeraar zijn afgekeurd. Later is dit gedeeltelijk rechtgetrokken, omdat een deel van de afwijzingen onterecht bleek. Het gaat nu nog om een klein aantal nota's met betrekking tot het middel tamsulosuline. De apotheek is niet op de hoogte van het preferentiebeleid van de zorgverzekeraar. De lijst met preferente middelen staat op de website. Niet iedereen beschikt echter over internet. Overigens staat bij de betreffende lijst ook dat hierin wijzigingen kunnen worden aangebracht. Verzoeker is van mening dat van hem niet kan worden gevergd dat hij bij elke afname van geneesmiddelen met deze lijst naar de apotheek gaat. Het gaat bovendien om een prijsverschil van € 0,12. Verzoeker is van mening dat een vergoeding moet worden verleend tot het bedrag dat wel is verzekerd, of ten minste 80 percent van dat bedrag.


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

 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

 5.1. Voor het geneesmiddel met de werkzame stof tamsulosuline is een preferente variant aangewezen. Op de preferentielijst is vermeld om welke medicijnen het gaat, met welk ZI nummer en van welke leverancier. Tamsulosuline wordt vergoed indien het de volgende variant betreft: "*Tamsulosuline Oraal 0,4 mg mga Centrafarm ZI 15127141/15694011*". Door verzoeker is de volgende variant gedeclareerd: "*ZI 15725006 Tamsulosuline Hcl Sandoz Retard Tablet Mva 0,4 mg*". Aangezien dit niet de aangewezen variant is, is geen vergoeding verleend.


 5.2. Als verzoeker naar een apotheek gaat waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, kan hij met het 'aanvraagformulier farmaceutische zorg' toestemming vragen. Bij dit formulier moet een gemotiveerde toelichting van de arts worden gevoegd, waarin deze toelicht dat het gebruik van het niet-preferente middel medisch noodzakelijk is. In dat geval wordt een vergoeding verleend op basis van de 'lijst maximale vergoeding'. Verzoeker heeft een dergelijke verklaring niet overgelegd.

 5.3. De afwijzing heeft niets te maken met artikel 13 Zvw.

 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar aangevoerd dat niet-preferente geneesmiddelen - behoudens uitzonderingen die zich hier niet voordoen - niet voor vergoeding in aanmerking komen, ook niet voor een deel. De lijst met preferente middelen staat op de website, en de apotheek zou er ook van op de hoogte moeten zijn. Er zijn niet zoveel verschillende verzekeraars met verschillend beleid. Ook een niet-gecontracteerde apotheker moet deze informatie verstrekken, zo volgt uit de Wmg. Het prijsverschil tussen het preferente en niet-preferente middel is niet relevant.

 5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

 6. De bevoegdheid van de commissie

 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'Basisverzekering' van de zorgverzekering.

8.3. Met betrekking tot de aanspraak op geneesmiddelen is in de voorwaarden van de zorgverzekering, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

*"Welke zorg*

*Geregistreerde geneesmiddelen*

*Met uitzondering van de uitgesloten middelen bedoeld onder het kopje 'Preferentiebeleid', heeft u recht op alle geneesmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke geneesmiddelen dat zijn, is te vinden in Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. (...)*

*Preferentiebeleid*

*Ieder geneesmiddel heeft een werkzame stof. U heeft recht op alle werkzame stoffen die voorkomen in de geneesmiddelen op bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. Vaak zijn er verscheidene geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof op de markt. Bij sommige geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en dezelfde toedieningsvorm heeft u alleen recht op die geneesmiddelen die door Anderzorg zijn aangewezen. Dit zijn de zogenaamde preferente geneesmiddelen. Voor welke werkzame stoffen preferente geneesmiddelen zijn aangewezen en welke geneesmiddelen dat zijn, vindt u in het Verzekeringsreglement. In uitzonderingsgevallen kan het voorkomen dat behandeling met een preferent geneesmiddel medisch niet verantwoord is. Dan heeft u recht op een ander geneesmiddel uit Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. (...)*

*Preferente geneesmiddelen*

*Als behandeling met een preferent geneesmiddel niet medisch verantwoord is en u dus een ander, niet-preferent, geneesmiddel wilt gebruiken, heeft u voorafgaande toestemming nodig. Als u naar een apotheker gaat waarmee Anderzorg een overeenkomst heeft gesloten geeft deze apotheek u het geneesmiddel meteen mee als u een door een arts ondertekend recept inlevert waarop de arts 'medisch noodzakelijk' of MN heeft geschreven. Of als u samen met het recept een door uw huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts, ingevulde verklaring inlevert. Gaat u naar een apotheker waarmee Anderzorg geen overeenkomst heeft gesloten dan vraagt u met het Aanvraagformulier farmaceutische zorg toestemming aan Anderzorg. Bij dit formulier moet u een gemotiveerde toelichting van uw arts sturen. Als het gaat om medicatie die u voor het eerst gebruikt, heeft u de eerste 15 dagen ook zonder toestemming van Anderzorg recht op het geneesmiddel. U moet dan wel binnen die 15 dagen een aanvraag voor toestemming bij Anderzorg indienen. Als u de aanvraag niet tijdig indient, of als gebruik van het preferente middel volgens Anderzorg wel medisch verantwoord is, heeft u na de 15e dag geen recht meer op het niet-preferente geneesmiddel (...)*

*Eigen bijdrage*

*Het kan zijn dat u een eigen bijdrage moet betalen. In bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering staan alle geneesmiddelen waar u recht op heeft. Deze bijlage heeft een onderdeel A en een onderdeel B.*

*In onderdeel A staan alle geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet is vastgesteld. Als u een geneesmiddel gebruikt dat meer kost dan de vergoedingslimiet, moet u het gedeelte dat hoger is dan de limiet zelf betalen. Dit geldt ook als het geneesmiddel dat u gebruikt is bereid uit een geneesmiddel dat meer kost dan de vergoedingslimiet. Als het geneesmiddel dat u gebruikt in onderdeel B staat, is er geen vergoedingslimiet (...)"*

8.4. In het Verzekeringsreglement is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

*"3.1 Preferente geneesmiddelen*

*Op [www.anderzorg.nl](http://www.anderzorg.nl) vindt u een overzicht van de werkzame stoffen waarvoor Anderzorg preferente geneesmiddelen heeft aangewezen en welke geneesmiddelen dat zijn. Voor de duidelijkheid zijn de niet-aangewezen geneesmiddelen daar ook genoemd. (...)*

*3.2 Vergoedingen niet-gecontracteerde leveranciers.*

*Indien u naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat, worden de geneesmiddel- en zorgkosten op de volgende manier vergoed.*

*Deel I: De te declareren kosten van geneesmiddelen*

*Geneesmiddelen vallend onder de WMG*

*Anderzorg vergoedt de kosten van het afgeleverde geneesmiddel volgens de A.I.P. van het geneesmiddel in de geldende prijslijst (de Z index tax) van de betreffende maand onder aftrek van een korting van 10% met een maximum van € 10,00 per declaratieregel vermeerderd met 6% BTW. Indien in de tax geen prijs van een product is opgenomen, geldt de prijs uit de Z-indextaxe van de maand oktober 2011, of indien de prijs uit de tax hoger is dan de WGP limiet op het moment van declareren, tegen de WGP prijs op het moment van declareren. (...)"*

8.5. De voorwaarden van de zorgverzekering en het Verzekeringsreglement zijn volgens het bepaalde op bladzijden 4 en 6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringwet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 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.  
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op vergoeding indien de verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de zorgverzekeraar 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 de eerste plaats is in geschil of de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar tot een dergelijk beleid gerechtigd is, zolang voor de verzekerde van elke werkzame stof steeds een geneesmiddel beschikbaar is, en de verzekerde recht heeft op een vervangend geneesmiddel indien het preferente geneesmiddel medisch gezien niet verantwoord is.
- 9.3. Vast staat dat door verzoeker niet het preferente geneesmiddel is gebruikt, dat voor het betreffende geneesmiddel een preferente variant beschikbaar was, en dat bij hem geen medische noodzaak bestond voor gebruik van een ander dan het preferente middel. Dat verzoeker het geneesmiddel heeft afgenomen bij een apotheker die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd, brengt hierin geen verandering. Niet de apotheker, maar verzoeker is immers gebonden aan de voorwaarden van de zorgverzekering en daarmee aan het preferentiebeleid van de zorgverzekeraar.
- 9.4. Voor zover verzoeker een beroep doet op artikel 13 Zw, geldt het volgende. Genoemd artikel ziet op de situatie dat een verzekerde die heeft gekozen voor een naturapolis zorg krijgt die is gedekt onder de zorgverzekering, en deze zorg betreft van een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd. De wetgever heeft - in lijn met Europese regelgeving op dit gebied - het vrije verkeer van diensten willen waarborgen, zodat ook bij zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder door de zorgverzekeraar een vergoeding dient te worden verleend die zodanig is dat deze geen hinderpaal vormt. Deze vergoeding mag evenwel lager zijn dan de vergoeding die wordt verleend indien wordt gekozen voor een gecontracteerde zorgaanbieder. Deze situatie doet zich echter bij verzoeker niet voor. De reden dat hij geen vergoeding ontvangt, is immers niet erin gelegen dat hij zorg betreft van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, maar in het feit dat hij een geneesmiddel heeft afgenomen dat niet door de zorgverzekeraar is aangewezen als preferent geneesmiddel. Ook indien hij ditzelfde middel had afgenomen van een gecontracteerde apotheker, zou hij geen aanspraak hebben op verstrekking ten laste van de zorgverzekering.

### **Conclusie**

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 september 2015,

P.J.J. Vonk