



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea  
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist  
Zaak : Farmaceutische zorg, preferentiebeleid, Losec Mups®, gedeeltelijk vergoeding  
Zaaknummer : 201801565  
Zittingsdatum : 20 maart 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlage 1 Rzv, 6:2, 6:233 e.v. en 6:248 BW, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend DSM\*\*\*\* afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).


3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding


- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op het geneesmiddel Losec Mups® (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft via zijn 'community-forum' aan verzoeker medegedeeld dat dit geneesmiddel niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 september 2018 telefonisch aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 12 november 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, althans een gedeeltelijke vergoeding toe te kennen 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 januari 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 januari 2019 aan verzoeker gezonden, waarbij hem is gevraagd of het ingenomen standpunt ertoe leidt dat het geschil is opgelost. Bij brief van 20 januari 2019 heeft verzoeker medegedeeld dat het geschil niet is opgelost en dat hij de procedure wenst voort te zetten. Een afschrift van de reactie van verzoeker is bij brief van 22 januari 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 januari 2019 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 februari 2019 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 22 januari 2019 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 12 februari 2019 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2019003410) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is aangetoond dat sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van Losec Mups® door verzoeker. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 13 februari 2019 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen veertien dagen op dit advies te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 17 februari 2019 gereageerd op het advies van het Zorginstituut. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Van de ziektekostenverzekeraar is geen aanvullende reactie ontvangen.


#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker


- 4.1. De ziektekostenverzekeraar hanteert een preferentiebeleid ten aanzien van geneesmiddelen. Verzoeker heeft in overleg met zijn huisarts gekozen voor het geneesmiddel Losec Mups®, een ander merk dan door de ziektekostenverzekeraar is aangewezen als voorkeursmiddel. Reden hiervoor is dat de werkzame stof zeer vochtgevoelig is en het aangewezen voorkeursmiddel niet lang houdbaar is gedurende de reizen die verzoeker maakt naar onder andere Zuid-Oost Azië en de Verenigde Staten.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar mag binnen het wettelijke kader een preferentiebeleid voeren ten aanzien van geneesmiddelen. Een dergelijk beleid mag niet zodanig worden ingevuld dat dit onredelijk bezwarend of onbillijk is jegens de consument. Als dit wél gebeurt, is een dergelijk beleid (of een onderdeel daarvan) niet rechtsgeldig. In de onderhavige situatie acht verzoeker het onder andere onredelijk dat de ziektekostenverzekeraar het beleid zo heeft ingericht dat aan verzoeker niet eens een vergoeding op het kostenniveau van het generieke middel wordt gegeven.
- 4.3. Verzoeker wijst erop dat het preferente middel niet equivalent is ten opzichte van het merkgeneesmiddel. De ziektekostenverzekeraar baseert zich ten onrechte alleen op het chemisch identieke ingrediënt, terwijl het inmiddels genoegzaam bekend is dat naast het ingrediënt ook de formulering van belang is. De formulering van het merkgeneesmiddel is sterk afwijkend van het preferente geneesmiddel, zelfs in die mate dat de Europese Octrooiraad bereid is geweest hierop een nieuw octrooi te verlenen, naast het octrooi dat reeds voor het preferente middel is afgegeven. De aangeboden geneesmiddelen zijn dus niet gelijk aan elkaar.
- 4.4. Volgens het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) heeft de ziektekostenverzekeraar de plicht het merkgeneesmiddel te vergoeden, ten minste tot de hoogte van de vergoeding die voor het preferente geneesmiddel geldt. Het voeren van een preferentiebeleid kan er niet tot leiden dat geen enkele vergoeding wordt toegekend. Daarmee wordt namelijk afgeweken van de vergoeding die op grond van het GVS is bepaald. Hiermee handelt de ziektekostenverzekeraar in strijd met de wet. Het preferentiebeleid en de verzekeringsvoorwaarden gaan niet voor de wettelijke bepalingen. Een beroep hierop door de ziektekostenverzekeraar kan om die reden niet slagen.

 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op geen enkele wijze onderbouwd dat het preferentiebeleid leidt tot een kostenbesparing. Nu deze onderbouwing ontbreekt, dient dit standpunt te worden gepasseerd. En zelfs al zou het gebruik van niet preferente geneesmiddelen een negatief gevolg hebben voor de kosten, dan heeft de ziektekostenverzekeraar niet onderbouwd dat het effect ervan op het afgesproken tarief in een redelijke verhouding staat tot de last die dit veroorzaakt voor verzoeker als verzekerde. Ook hier hult de ziektekostenverzekeraar zich in wollige onbewezen stellingen.


 4.6. Bij brief van 17 februari 2019 heeft verzoeker gereageerd op het advies dat het Zorginstituut heeft uitgebracht in deze procedure. Verzoeker merkt op dat het Zorginstituut in zijn advies niet is ingegaan op alle argumenten die hij heeft aangedragen, in het bijzonder niet over de wijze waarop de ziektekostenverzekeraar vorm en inhoud geeft aan zijn preferentiebeleid. Verder merkt verzoeker op dat uit het advies van het Zorginstituut volgt dat een preferentiebeleid alleen mogelijk is bij geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en dezelfde toedieningsvorm. Van dit laatste is geen sprake omdat Losec Mups® in tabletvorm wordt geleverd en het aangewezen voorkeursmiddel in capsules. Verder benadrukt verzoeker nogmaals dat de Europese Octrooiraad een octrooi heeft verleend voor Losec Mups®. Hieruit is af te leiden dat dit middel nieuw en inventief is ten opzichte van het aangewezen voorkeursmiddel en om die reden niet als een farmaceutisch equivalent middel kan worden aangemerkt.


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


 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. De bepalingen voor vergoeding van geneesmiddelen staan in het 'Reglement Farmaceutische Zorg 2018'. In artikel 3 van het reglement staat: *“Als er van een geneesmiddel meerdere identieke, onderling vervangbare varianten beschikbaar zijn en er geen medische noodzaak is om het originele geneesmiddel te gebruiken, moet u, indien u uitsluitend dit originele middel wilt gebruiken, dit geneesmiddel zelf betalen. Wij vergoeden de nota's die hierop betrekking hebben niet.”*

Het criterium 'medische noodzaak' wordt beschreven in de begrippenlijst van het reglement: *“Er is sprake van medische noodzaak, als het voor u medisch onverantwoord is wanneer u behandeld wordt met het voorkeursmiddel. Dat kan in uitzonderlijke gevallen voorkomen wanneer de samenstelling, dosering of toedieningsvorm van een geneesmiddel zo bijzonder is, dat er voor u maar één bepaald (merk)geneesmiddel in aanmerking komt. De huisarts of specialist mag alleen medische noodzaak op het recept noteren, als het medisch onverantwoord is, wanneer u behandeld wordt met het voorkeursmiddel.”*

 Desgevraagd dient de voorschrijver te kunnen onderbouwen waarom er sprake is van een medische noodzaak als hiervoor beschreven.

 5.2. De apotheek van verzoeker levert aan hem het voorkeursmiddel dat door de ziektekostenverzekeraar is aangewezen. Op 2 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact gehad met de apotheker om na te gaan of het gebruik van het aangewezen voorkeursmiddel voor verzoeker medisch onverantwoord is. Dit is volgens de apotheker niet het geval, waarbij dient te worden opgemerkt dat verzoeker het aangewezen middel nog nooit heeft gebruikt.

 5.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij is aangewezen op een ander middel dan het voorkeursmiddel, omdat dit laatste niet goed houdbaar zou zijn. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat beide middelen in een flesje zitten en in de originele afgesloten verpakking moeten worden bewaard vanwege de vochtgevoeligheid. Dit blijkt uit de informatie van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG).

Voor de dagen dat verzoeker op reis is, bestaat de mogelijkheid dat hij enkel de benodigde hoeveelheid meeneemt naar het buitenland en de rest van het middel thuis bewaart. De apotheker kan verzoeker hierin faciliteren door uitsluitend originele verpakkingen mee te geven, in plaats van eigen verpakkingen. Daarnaast kan verzoeker de apotheker vragen om voor het aantal dagen dat hij in het buitenland verblijft het voorkeursmiddel te leveren in een verpakkingsgrootte van 30 stuks, in plaats van 90 stuks.

5.4. De ziektekostenverzekeraar kent enkel een vergoeding toe voor verzekerde en daadwerkelijk geleverde zorg. Dit betekent dat geen vergoeding wordt toegekend tot het bedrag van het aangewezen voorkeursmiddel, indien een merkgeneesmiddel wordt afgenomen. Dat gaat namelijk aan het doel van de regeling en het streven naar beheersing van kosten voorbij.

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

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van algemene voorwaarden van de zorgverzekering 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, althans een vergoeding toe te kennen tot het bedrag van het aangewezen voorkeursmiddel, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 40 van de zorgverzekering.

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

*"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 Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.*

*(...)*

*Voorwaarden voor het recht op geneesmiddelen en dieetpreparaten*

*(...)*

*1 De geneesmiddelen 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 apotheek moet de geneesmiddelen leveren. Dieetpreparaten mogen ook geleverd worden door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.*

*3 Zijn er identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan heeft u alleen recht op de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op een niet aangewezen geneesmiddel. Namelijk als het medisch niet verantwoord is om u te behandelen met het geneesmiddel dat wij hebben aangewezen. De voorschrijver (zie onder 1) moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen. Meer informatie hierover leest u in de Begrippenlijst van het Reglement Farmaceutische Zorg. (...)"*

- 8.4. In artikel 3 van het 'Reglement Farmaceutische Zorg 2018' van de ziektekostenverzekeraar zijn nadere voorwaarden gesteld aan de aanspraak op geneesmiddelen. Het artikel luidt, voor zover hier van belang:

*"3.4 Contract met preferentiebeleid: wij bepalen het geneesmiddelmerk  
Voor deze contractvorm geldt het volgende:*

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

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

*c de apotheek declareert de geleverde farmaceutische zorg rechtstreeks bij ons. (...)"*

- 8.5. In artikel 4.2 van het 'Reglement Farmaceutische Zorg 2018' van de ziektekostenverzekeraar zijn de vergoedingsregels voor geregistreerde geneesmiddelen opgenomen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*"Preferente geneesmiddelen*

*Een aparte groep binnen de onderling vervangbare geneesmiddelen zijn de identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen. In deze groep geneesmiddelen hebben wij een aantal voorkeursmiddelen aangewezen. Dit zijn de preferente geneesmiddelen.*

*Neemt u uw geneesmiddelen af bij een apotheek zonder contract? Of bij een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten? Dan heeft u binnen de groep identieke middelen uitsluitend aanspraak op vergoeding van de geneesmiddelen die wij als preferent hebben aangewezen. Is er geen medische noodzaak om een niet-aangewezen geneesmiddel te gebruiken en wilt u dit toch? Dan moet u dit geneesmiddel zelf betalen.*

*Wilt u weten welke geneesmiddelen wij als preferent hebben aangewezen? Een overzicht van deze middelen vindt u op de website van uw Zorgverzekeraar. Het kan nodig zijn om de lijst aangewezen middelen tussentijds te wijzigen. In dat geval wordt hierover op tijd informatie verstrekt. (...)"*

- 8.6. Artikel 5 van de zorgverzekering en het 'Reglement Farmaceutische Zorg 2018' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast

zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv.

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

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

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

- 9.1. In de eerste plaats is in geschil 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. Met betrekking hiertoe geldt dat uit de polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende regelgeving - met name artikel 2.8, eerste, derde en vierde lid, Bzv - 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.
- 9.2. Uit artikel 5 van de zorgverzekering en het 'Reglement Farmaceutische Zorg 2018' van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat alleen aanspraak bestaat op een niet door de ziektekostenverzekeraar aangewezen geneesmiddel als sprake is van een medische noodzaak voor gebruik van het merkgeneesmiddel. Er bestaat een medische noodzaak als het medisch onverantwoord is dat een verzekerde wordt behandeld met het voorkeursmiddel, hetgeen kan voorkomen wanneer de samenstelling, dosering of toedieningsvorm van een geneesmiddel zo bijzonder is dat er voor een verzekerde maar één bepaald (merk)geneesmiddel in aanmerking komt. Eén en ander dient te worden beoordeeld door de voorschrijvende arts en de apotheker.
- 9.3. Bij brief van 17 februari 2019 heeft verzoeker kenbaar gemaakt dat hij zich niet beroept op de aanwezigheid van een 'medische noodzaak'. Het staat om die reden vast dat geen sprake is van een medische noodzaak - als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden - en verzoeker heeft reeds om die reden geen aanspraak op het door hem gekozen (merk)geneesmiddel. Overigens is ook anderszins niet gebleken van een medische noodzaak. Met name ontbreekt een verklaring van de voorschrijvend arts of apotheker hieromtrent.

- 9.4. Verzoeker heeft aangevoerd dat uit het advies van het Zorginstituut blijkt dat een preferentiebeleid enkel mogelijk is bij geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en dezelfde toedieningsvorm. Aan deze laatste voorwaarde wordt volgens verzoeker niet voldaan, omdat het (merk)geneesmiddel in tabletvorm wordt geleverd en het aangewezen voorkeursmiddel in capsulevorm. Anders dan verzoeker lijkt te veronderstellen wordt met de toedieningsvorm bedoeld op welke wijze het geneesmiddel moet worden ingenomen (oraal, dermaal of per injectie) en niet in welke vorm het geneesmiddel wordt geleverd. Het staat vast dat het merkgeneesmiddel en het aangewezen voorkeursmiddel beide oraal moeten worden ingenomen. De stelling van verzoeker treft om die reden geen doel.
- 9.5. Verzoeker heeft gesteld dat hij is aangewezen op het door hem gewenste (merk)geneesmiddel, omdat het aangewezen voorkeursmiddel onvoldoende lang houdbaar is gedurende zijn reizen in Zuid-Oost Azië en de Verenigde Staten. De ziektekostenverzekeraar heeft dit betwist en aangevoerd dat zowel het (merk)geneesmiddel als het aangewezen voorkeursmiddel in hun originele gesloten verpakking moeten worden bewaard ter bescherming tegen vocht. Daarbij is het voor verzoeker mogelijk aan zijn apotheker te vragen het aangewezen voorkeursmiddel uitsluitend in de originele verpakking te leveren, als ook om een aangepaste verpakkingsgrootte te vragen. Naar het oordeel van de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar hiermee aannemelijk gemaakt dat verzoeker, ook wat betreft de houdbaarheid van het geneesmiddel, kan uitkomen met het aangewezen voorkeursmiddel.
- 9.6. Verzoeker heeft de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan hem ten minste de kosten van het aangewezen voorkeursmiddel vergoedt, omdat de ziektekostenverzekeraar deze kosten ook zou moeten vergoeden indien hij het aangewezen voorkeursmiddel zou gebruiken. Het ontzeggen van een dergelijke vergoeding is onredelijk en onbillijk, aldus verzoeker. De commissie stelt vast dat de zorgverzekering niet de mogelijkheid kent van substitutie van kosten, in die zin dat kosten van niet-verzekerde zorg worden vergoed op basis van een aanspraak van zorg die wel is verzekerd. Verder is het preferentiebeleid erop gericht een zekere kostenbesparing teweeg te brengen. Als preferent middel wordt namelijk het geneesmiddel aangewezen dat tegen de meest gunstige prijs op de markt wordt gebracht. Dit leidt ertoe dat producenten van geneesmiddelen met elkaar de concurrentie aangaan en hun geneesmiddel zo goedkoop mogelijk op de markt willen brengen. Dit leidt er immers toe dat hun middel kan worden aangewezen als preferent middel en zij daarmee een zeker marktaandeel verwerven. Indien een (gedeeltelijke) vergoeding wordt toegekend voor een niet-preferent middel wordt dit beoogde effect van het preferentiebeleid teniet gedaan.
- 9.7. De commissie merkt voor de volledigheid op dat volgens de Hoge Raad in bijzondere omstandigheden moeten worden afgeweken van het gevoerde preferentiebeleid (ECLI:NL:HR:2014:3679). Er moet dan sprake zijn van een situatie die door wetgever niet is voorzien, terwijl daarnaast moet zijn voldaan aan een vijftal criteria die door de Hoge Raad in het arrest zijn geformuleerd. De commissie oordeelt dat een dergelijke situatie hier niet aan de orde is, omdat de wetgever deze situatie wel degelijk heeft voorzien. Het verzoek kan op dit punt dan ook niet worden toegewezen.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.



**Conclusie**

9.9. 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 maart 2019,

G.R.J. de Groot