



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist en Zilveren Kruis Ziektelkostenverzekeringen N.V. te Amersfoort  
Zaak : Farmaceutische zorg, Coversyl Arg® 10mg, preferentiebeleid, medische noodzaak  
Zaaknummer : 201701030  
Zittingsdatum : 24 januari 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen










- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
  - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
  - 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
- 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 UWV 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 verstrekking van de geneesmiddelen Coversyl Arg® 10 mg en Acsal Brisper Cardio®. Bij brief van 28 maart 2017 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 brief van 2 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar de nota's van het geneesmiddel Acsal Brisper Cardio® heeft vergoed.
- 3.4. Bij brief van 31 augustus 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het geneesmiddel Coversyl Arg 10 mg alsnog te vergoeden, 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 5 december 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 december 2017 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 11 december 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 januari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. Verzoeker heeft op 7 januari 2018 zijn pleitnota voor de hoorzitting aan de commissie gezonden. Een afschrift hiervan is op 9 januari 2018 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
-  3.9. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.10. Bij brief van 8 december 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 12 januari 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017056011) 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 contra-indicatie voor het gebruik van Perindopril Tert-Butylamine 8 mg. Het Zorginstituut licht zijn advies als volgt toe: *"Coversyl Arg® met 10 mg perindopril-arginine bevat 6,8 mg perindopril werkzame stof. Perindopril Tert-Butylamine is relatief lichter, een tablet met 8 mg Perindopril Tert-Butylamine bevat eveneens 6,8 mg zuivere perindopril. De hoeveelheid werkzame stof perindopril is in beide gevallen exact hetzelfde. Het geneesmiddel Coversyl Arg® bestaat overigens niet in een sterkte met 8 mg perindopril-arginine, de beschikbare sterktes zijn 2,5, 5 en 10 mg. Het gebruik van arginine in Coversyl Arg® heeft geen farmacotherapeutisch oogmerk, maar is slechts bedoeld als drager van perindopril. Dat verzoeker zelf een gunstige werking van arginine bij erectiestoornissen ervaart doet hier niet aan af en is niet wetenschappelijk aangetoond. Het dossier bevat geen informatie waaruit blijkt dat verzoeker een contra-indicatie heeft voor Tert-Butylamine (=erbumine), de drager van perindopril in het preferente geneesmiddel."* Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 15 januari 2018 aan partijen gezonden.
-  3.11. Verzoeker heeft op 7 januari 2018 aan de commissie een nadere reactie gestuurd ter voorbereiding van de hoorzitting. Een afschrift van deze brief is op 9 januari 2018 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
-  3.12. Verzoeker is op 24 januari 2018 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.13. Zoals ter zitting is afgesproken heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bij brief van 25 januari 2018 geïnformeerd over de vorm van contractering van de betreffende apotheek. Een afschrift hiervan is op 6 februari 2018 ter kennisname aan verzoeker gezonden.
-  3.14. Bij brief van 6 februari 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting, de pleitnota en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 2 maart 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen, de pleitnota en de nagekomen stukken 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. In 2008 is aan verzoeker door zijn behandelend cardioloog het geneesmiddel Coversyl Arg® 10 mg voorgeschreven, dit ter vervanging van Coversyl 8 mg. De ziektekostenverzekeraar dringt sinds mei 2017 aan verzoeker het geneesmiddel Perindopril Tert-Butylamine 8 mg op. Dit is echter de preferente vorm van Coversyl 8 mg en niet die van Coversyl Arg® 10 mg. De ziektekostenverzekeraar gaat hiermee ten onrechte op de stoel van de behandelend arts zitten. Immers, de cardioloog heeft juist om medische redenen de Coversyl 8 mg vervangen door Coversyl Arg® 10 mg. Volgens verzoeker kan het niet zo zijn dat de ziektekostenverzekeraar een wijziging aanbrengt in de door de cardioloog voorgeschreven medicatie met als doel een miniem bedrag per dag te besparen.  
Het gaat voor verzoeker niet alleen om het financiële aspect, maar ook om het feit dat de ziektekostenverzekeraar hem het gebruik van een geneesmiddel opdringt dat hij niet wenst.
- 4.2. De zoutvorm Arginine die in Coversyl Arg® 10 mg zit, is bovendien een andere stof dan de Tert-Butylamine in de Perindopril. Arginine is een aminozuur dat onder andere de slagaders soepeler maakt en werkzaam kan zijn bij erectiestoornissen. Dit is één van de redenen geweest dat de cardioloog de medicatie in 2008 heeft gewijzigd van Coversyl Arg® 8 mg naar Coversyl Arg® 10 mg. Tert-Butylamine is een ACE-remmer die gecontraïndiceerd is bij diabetes, waar verzoeker aan lijdt.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat Coversyl Arg® 10 mg vanaf 1 mei 2017 onder het preferentiebeleid valt, maar verzoeker kreeg in april 2017 reeds van zijn apotheek te horen dat dit middel niet meer voor vergoeding in aanmerking kwam.  
Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar in feite de het recept wijzigt, doordat de apotheek wordt verboden het voorgeschreven middel te leveren en hem te dwingen "goedkopere rommel" te leveren.  
Verzoeker voert aan dat de hoeveelheid werkzame stof in Coversyl Arg® 10 mg en Perindopril Tert-Butylamine 8mg - anders dan door de ziektekostenverzekeraar is gesteld - niet hetzelfde is. Uit de bijsluiters van genoemde middelen blijkt dat de werkzame stof perindopril in Coversyl Arg. 10mg 6,79 mg bedraagt, en in Perindopril Tert Butylamine 8mg bedraagt dit 6,76 mg. Dit is weliswaar geen groot verschil, maar het is niet exact gelijk aan elkaar.  
Daarnaast zijn de hulpstoffen in beide middelen verschillen. Juist deze hulpstoffen kunnen zorgen voor bijwerkingen waardoor ernstige medisch klachten kunnen ontstaan. Verzoeker benadrukt dat hij als gebruiken van een voor hem noodzakelijk middel is gebaat bij stabiliteit. Hij wil, nadat hij ruim negen jaar dit middel heeft gebruikt, niet gaan experimenteren met andere middelen voordat hij het door hem gewenste middel verstrekt kan krijgen.  
Verzoeker betoogt dat het enkele feit dat er een medische noodzaak zou kunnen bestaan voor het gebruik van Coversyl Arg® 10 mg betekent dat er een verschil is, en hierdoor niet kan worden gesproken over exact dezelfde stoffen.  
Daarnaar gevraagd heeft verzoeker verklaard dat hij destijds last heeft gehad van bijwerkingen van een ander geneesmiddel, maar dat hij niet meer goed weet welke klachten hij hierdoor heeft gehad.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Coversyl Arg® 10 mg valt vanaf mei 2017 onder het preferentiebeleid van de ziektekostenverzekeraar. De Coversyl Arg® 10 mg en de Perindopril Tert-Butylamine 8mg - die de ziektekostenverzekeraar heeft aangewezen - zijn gelijke doseringen, aangezien zij beide 6,8 mg perindopril pure stof bevatten. De apotheker weet dat als een arts Coversyl Arg® 10 mg voorschrijft, hij ook Perindopril Tert-Butylamine 8 mg kan leveren. Aangezien Coversyl Arg® 10 mg

en Perindopril Tert-Butylamine 8 mg gelijk zijn aan elkaar, is het voorschrift van de cardioloog nooit door de ziektekostenverzekeraar gewijzigd.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar betaalt het merkgeneesmiddel alleen bij een medische noodzaak. De term 'medische noodzaak' is gebaseerd op artikel 2 8, vierde lid, Bzv: *"voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is."* De minister heeft bij de totstandkoming van de regelgeving de medische noodzaak als volgt toegelicht: *"De uitzondering op de aanwijzing van de zorgverzekeraar (...) 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 hierom 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 voldaan is "* Verzoeker maakt aanspraak op het geneesmiddel Coversyl Arg®. Het geneesmiddel is het spécialité voor het werkzame middel perindopril. Het ligt op de weg van de behandeld arts om te onderbouwen dat sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van het spécialité. Uit de in het dossier aanwezige stukken blijkt niet dat de behandelend arts van oordeel is dat sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van Coversyl Arg®. Verzoeker stelt evenmin dat hiervoor een medische noodzaak bestaat.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in dit verband onderscheid dient te worden gemaakt tussen een apotheek met een IDEA-contract en een apotheek met een preferentiecontract. Alleen bij apotheken met een preferentiecontract zijn de regels in mei 2017 aangescherpt. De ziektekostenverzekeraar zegt daarnaar gevraagd toe na te kijken welk contract de betreffende apotheek heeft en de commissie hierover op korte termijn te informeren.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 januari 2018 medegedeeld dat de betreffende apotheek een preferentiecontract heeft. Het verschil tussen een IDEA-contract en een contract met preferentiebeleid is dat bij een IDEA-contract de apotheker het geneesmiddelenmerk aanwijst en bij een contract met preferentiebeleid de ziektekostenverzekeraar het geneesmiddelenmerk aanwijst. Ook bij contracten met preferentiebeleid geldt dat als van een geneesmiddel meerdere identieke, onderling vervangbare varianten beschikbaar zijn en er geen medische noodzaak is het originele geneesmiddel of de andere afgeleide generieken hiervan te gebruiken, de apotheek uitsluitend het geneesmiddel mag leveren dat door de ziektekostenverzekeraar als voorkeursmiddel is aangewezen. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat gebleken is dat Coversyl Arg® 10 mg reeds met ingang van 1 januari 2017 onder het preferentiebeleid valt. Omdat in de brief van 21 juli 2017 is gesteld dat dit pas vanaf mei 2017 was, zal de ziektekostenverzekeraar de door verzoeker ter declaratie ingediende nota van 26 april 2017 ter zake van Coversyl Arg® 10 mg alsnog aan hem vergoeden.
- 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 de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en van 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 gehouden is het merkgeneesmiddel Coversyl Arg® 10 mg alsnog te vergoeden 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 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' 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.*

**U heeft recht op 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 apotheek die met ons een IDEA-contract 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 Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheek zonder contract;*

*(...)*

*Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Een omschrijving van deze (deel)prestaties vindt u in het 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 als "preferent".*

*Uiteraard kunt u deze informatie ook 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. Artikel 4 van het 'Reglement Farmaceutische Zorg 2017' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

*"(...)  
4.2 Onderling vervangbare geneesmiddelen  
(...)"*

**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; (...)"*

- 8.5. In de Begrippenlijst van het 'Reglement Farmaceutische Zorg 2017' van de ziektekostenverzekeraar is het begrip 'medische noodzaak' omschreven. Deze omschrijving luidt als volgt:

**"Medische noodzaak**

*Bij identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen vergoeden wij alleen de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen, of bij een IDEA-contract het geneesmiddel dat de apotheek heeft aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op vergoeding van een niet-aangewezen geneesmiddel. 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. Op het moment dat de (huis)arts het niet medisch noodzakelijk acht, komt u niet in aanmerking voor vergoeding van dit middel. Als de apotheek twijfelt over de medische noodzaak, zal de apotheek dit afstemmen met de voorschrijver van het geneesmiddel. De (huis)arts mag alleen medische noodzaak op het recept noteren, als het medisch onverantwoord is, wanneer u behandeld wordt met het voorkeursmiddel; (...)"*

- 8.6. Artikel 5 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' en het 'Reglement Farmaceutische Zorg 2017' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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.

8.9. In artikel 13 van de 'Vergoedingen' van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op geneesmiddelen opgenomen, en dit luidt, voor zover hier van belang:

**"13.4 Geregistreerde geneesmiddelen en apothekbereidingen die niet vanuit de basisverzekering vergoed worden**

*Wij vergoeden de kosten van een beperkt aantal geregistreerde geneesmiddelen en apothekbereidingen die niet vergoed worden vanuit de basisverzekering.*

*Wij vergoeden de geneesmiddelen en apothekbereidingen in één van de volgende gevallen:*

*a als ze niet, niet meer of nog niet in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) voor vergoeding zijn opgenomen;*

*b als apothekbereidingen niet vanuit de basisverzekering vergoed worden.*

**Voorwaarden voor vergoeding**

*1 Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.*

*2 Er is in uw situatie geen vergoedbaar alternatief.*

*3 Het geneesmiddel moet worden gebruikt bij een aandoening die, in combinatie met dat geneesmiddel, voorkomt op een lijst die wij hebben opgesteld. Op deze lijst staan geregistreerde geneesmiddelen en apothekbereidingen in combinatie met aandoeningen. Deze kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen;(..."*

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 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 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' en het 'Reglement Farmaceutische Zorg 2017' van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat alleen aanspraak bestaat op een niet door de ziektekostenverzekeraar aangewezen geneesmiddel als sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van het spécialité. Er bestaat een medische noodzaak als het medisch niet



verantwoord is als de patiënt wordt behandeld met het aangewezen middel, bijvoorbeeld in verband met de samenstelling, dosering of toedieningsvorm van het middel. De voorschrijvend arts dient op het recept te vermelden dat een zodanige medische noodzaak bestaat, en moet dit ook kunnen onderbouwen.

De commissie constateert dat uit het dossier niet blijkt dat de voorschrijvend arts heeft toegelicht waarom hij vindt dat het voor verzoeker medisch noodzakelijk is Coversyl Arg® 10 mg te gebruiken. Aldus is door verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat hij geen gebruik kan maken van Perindropil Tert-Butylamine. Ook is door hem - behoudens de enkele stelling - niet aannemelijk gemaakt dat hij volgens de behandelend cardioloog is aangewezen op Arginine in plaats van Tert-Butylamine. Uit het advies van het Zorginstituut van 28 december 2017 valt op te maken dat Arginine en Tert-Butylamine enkel de dragers zijn van de werkzame stof perindropil, en dat de gunstige werking van Arginine bij erectiestoornissen een wetenschappelijke onderbouwing ontbeert. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op Coversyl Arg® 10mg. Hetgeen door hem is aangevoerd met betrekking tot de samenstelling en de dosering van het geneesmiddel, kan niet leiden tot een andere uitkomst. Bovenstaande wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut van 12 januari 2018.

### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Op grond van artikel 13.4 van de 'Vergoedingen' van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op geregistreerde geneesmiddelen die niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed indien deze niet, niet meer of nog niet zijn opgenomen in het geneesmiddelenvergoedingensysteem (hierna: GVS). Dit is in de onderhavige situatie evenwel niet aan de orde. Het geneesmiddel Coversyl Arg® 10 mg is immers wèl opgenomen in het GVS, maar komt als gevolg van het door de ziektekostenverzekeraar gevoerde preferentiebeleid alleen voor vergoeding in aanmerking indien sprake is van een (vastgestelde) medische noodzaak voor het gebruik van dit geneesmiddel, welke noodzaak echter ontbreekt. Derhalve bestaat geen aanspraak op Coversyl Arg® 10 mg ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

### Conclusie

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

### 10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 maart 2018,

H.A.J. Kroon