



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Farmaceutische zorg, simvastatine, preferentiebeleid, bejegening

Zaaknummer : 201701522

Zittingsdatum : 21 februari 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 13 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: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,  
tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster 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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend ZilverSchild 3 sterren 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op simvastatine 40 mg van Sandoz (hierna: de aanspraak). Bij brief van 1 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 15 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 brief van 4 oktober 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 januari 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 januari 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 januari 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 januari 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar op 13 februari 2018 telefonisch medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. 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.
- 3.9. Bij brief van 4 januari 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 31 januari 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018000752) aan de commissie medegedeeld dat hij geen adviesbevoegdheid heeft in de onderhavige kwestie, omdat het geschil geen betrekking heeft op de te verzekeren prestaties. Een afschrift van de brief van het Zorginstituut is op 2 februari 2018 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 21 februari 2018 in persoon gehoord. Zij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend internist heeft simvastatine 40 mg voorgeschreven aan verzoekster. Verzoekster heeft eerst de simvastatine van Sandoz gebruikt. Op enig moment kreeg zij door haar apotheek de simvastatine 30 mg van Accord afgeleverd. Zij is door de ziektekostenverzekeraar niet voorafgaand geïnformeerd over deze wijziging. Verzoekster heeft naar aanleiding hiervan telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Door drie verschillende medewerkers is haar verteld dat beide geneesmiddelen dezelfde werkzame stof hebben. Er is hierbij echter niet gesproken over de door de fabrikanten gebruikte hulpstoffen.
- 4.2. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar zich niet houdt aan de verplichtingen zoals deze zijn opgelegd door de "*Wet Financiële Transactie*". Eén van deze verplichtingen is het bijhouden van een deugdelijke klachtenadministratie. De ziektekostenverzekeraar heeft toegegeven dat geen aantekeningen zijn gemaakt van met name het laatste telefoongesprek. De functie klachtenbehandelaar doet evenwel tenminste vermoeden dat op die afdeling een degelijke administratie wordt gevoerd, zoals voorgeschreven in de betreffende wet. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar de zorgplicht op grond van voornoemde wet geschonden, door verzoekster terug te verwijzen naar de behandelend arts om de simvastatine van Accord weer te kunnen verkrijgen. Verzoekster vindt het ridicul dat een door de ziektekostenverzekeraar aangewezen preferent geneesmiddel bepaalde hulpstoffen kan bevatten waarop zij negatief zou kunnen reageren. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar niet voldoet aan de zorgplicht en het klantbelang op grond van artikel 2, derde lid, onder b, c en d, van de door haar genoemde wet.
- 4.3. Verzoekster maakt voorts bezwaar tegen de bewoordingen die de ziektekostenverzekeraar gebruikt in zijn brief van 27 september 2017 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. Verzoekster schrijft hierover: "*Verder bedient de verzekeraar in haar antwoord zich van termen als "het is goed mogelijk dat.." en "daarvan zijn geen aantekeningen" en "de verzekeraar heeft met de meeste..", dit is [een] uiterst zwak verweer. Hieruit blijkt dat kennelijk de verzekeraar het onvoldoende urgent vindt serieus met deze klacht om te gaan en geen echt standpunt heeft."*

Daarnaast vindt verzoekster het buitengewoon storend dat de ziektekostenverzekeraar spreekt over "verzekerde" en niet over "cliënt".

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het onmogelijk is alle verzekerden persoonlijk op de hoogte te stellen van wijzigingen ter zake van de preferente geneesmiddelen. Verzoekster is het hier niet mee eens. Volgens haar moet het mogelijk zijn een selectie te maken op verzekerde, geneesmiddel en merk, en per verzekerde in 'Mijn Zilveren Kruis' een bericht achter te laten.
- 4.5. Verzoekster wil in het vervolg voorafgaand worden geïnformeerd in geval van een wijziging ter zake van een aan haar af te leveren geneesmiddel. Tevens vordert zij de feitelijke levering van het eerder door de behandelend arts aan haar voorgeschreven geneesmiddel. Daarnaast vordert verzoekster (i) een uitgebreid excuus van de ziektekostenverzekeraar wegens het onprofessionele gedrag, (ii) invoering van een deugdelijk klachtenregistratiesysteem, en (iii) naleving van de regels inzake zorg- en informatieplicht.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat er gezondheidsrisico's zijn verbonden aan het gebruik van hulpstoffen. De voorbeelden uit de geestelijke gezondheidszorg zijn schrijnend. Verzoekster wil de nadruk leggen op de WFT en de daaruit voortvloeiende zorgverplichtingen. Daarnaast gevraagd heeft verzoekster verklaard dat geen bijwerkingen heeft ondervonden van de simvastatine van Accord.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Op grond van artikel 5 van de 'verzekerde zorg basisverzekering' van de zorgverzekering bestaat aanspraak op verstrekking van geneesmiddelen. De ziektekostenverzekeraar voert een preferentiebeleid, hetgeen inhoudt dat per geneesmiddel meestal maar één leverancier wordt vergoed. Indien sprake is van een medische noodzaak, kan een andere variant dan het preferente geneesmiddel worden vergoed. De medische noodzaak moet door de behandelend arts worden vermeld op het recept. Als iemand overgevoelig of allergisch is voor een bepaalde hulpstof, zal de apotheker eerst de merkloze geneesmiddelen proberen waar de betreffende hulpstof niet in zit.
- 5.2. Verzoekster gebruikt simvastatine. De ziektekostenverzekeraar heeft simvastatine van Accord aangewezen als preferent geneesmiddel. Verzoekster wenst de simvastatine van Sandoz te gebruiken. Er is evenwel niet gebleken van een medische noodzaak voor het gebruik van de variant van Sandoz. Daarom komt dit middel niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft twee soorten contracten afgesloten met de apothekers. Indien een apotheek een zogenoemd IDEA-contract heeft, mag deze zelf het merk van het geneesmiddel kiezen.
- 5.4. Het is voor de ziektekostenverzekeraar niet mogelijk alle verzekerden persoonlijk op de hoogte te stellen van het feit dat een preferent geneesmiddel is gewijzigd. Op grond van de polisvoorwaarden bestaat aanspraak op het aangewezen geneesmiddel, tenzij sprake is van een medische noodzaak. In het Reglement Farmaceutische Zorg 2017 wordt het preferentiebeleid uitgelegd. En op de website van de ziektekostenverzekeraar is de lijst met preferente geneesmiddelen gepubliceerd.
- 5.5. Ten aanzien van de informatieplicht aan cliënten waarbij verzoekster zich beroept op de Wft, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij ervan uitgaat dat met de Wft wordt bedoeld de Wet op het financieel toezicht. Eén van de verplichtingen voortvloeiend uit de Wft is volgens verzoekster het bijhouden van een deugdelijke klachtenadministratie. Daarin is de ziektekostenverzekeraar volgens verzoekster tekort geschoten omdat er geen aantekeningen zijn van het telefoongesprek. Als hiermee wordt bedoeld op het telefoongesprek van 1 augustus 2017, dan is met de schriftelijke bevestiging van de inhoud van dit gesprek voldaan aan de vastlegging van het contactmoment. Het

maakt immers niet uit op welke wijze de vastlegging van het gesprek plaatsvindt. Dit kan door een aantekening in de interne systemen of een schriftelijke bevestiging aan degene met wie het gesprek is gevoerd.

5.6. 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, welk artikel op grond van de aanhef van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op deze verzekering, 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 verzoekster aanspraak heeft op verstrekking van simvastatine 40 mg van Sandoz, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Voorts is in geschil of de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoekster voorafgaand aan een wijziging in het preferentiebeleid persoonlijk te informeren, haar zijn excuses aan te bieden, een deugdelijke klachtenregistratiesysteem in te voeren, en de regels inzake zorg- en informatieplicht na te leven.

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 e.v. van de 'verzekerde zorg basisverzekering' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 5 van de 'verzekerde zorg basisverzekering' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneesmiddelen 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.*

*(...)*

*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**

*(...)*

*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 2017 van de ziektekostenverzekeraar is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

**"3.1 Soorten contracten met leveranciers farmaceutische zorg**

Om farmaceutische zorg te kunnen leveren aan verzekerden, sluiten wij contracten af met apotheken. Er zijn 2 soorten contracten: IDEA-contracten en contracten met preferentiebeleid. Behalve met apotheken sluiten wij ook contracten af met andere medisch gespecialiseerde leveranciers om dieetpreparaten te leveren. Het kan voorkomen dat wij geen contract hebben afgesloten met een apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier. Dit kan gevolgen hebben voor uw vergoeding. Dit leest u in artikel 3.5.

**3.2 Deze voorwaarden voor uw vergoeding gelden altijd**

Of wij nu wel of geen contract hebben met een apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier, de volgende regels gelden altijd:

1 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, moet u dit geneesmiddel zelf betalen. Wij vergoeden de nota's die hierop betrekking hebben niet.

2 u heeft aanspraak op vergoeding van het geneesmiddel en/of dieetpreparaat tot de vergoedingslimiet (zie ook artikel 4.1) en uitsluitend als aan eventuele aanvullende vergoedingsvoorwaarden is voldaan.

3 de geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegd verpleegkundige.

4 dieetpreparaten voor de behandeling van (het risico op) ondervoeding moeten zijn voorgeschreven door een diëtist, medisch specialist of jeugdarts.

**3.3 IDEA-contract: de apotheek bepaalt het geneesmiddelmerk**

Onder de contractvorm IDEA (Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apothekers) geldt het volgende:

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

2 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.

3 wij spreken geen voorkeursmiddel of –merk af met de apotheek. Wij vergoeden het geneesmiddelmerk dat de apotheek heeft bepaald conform de afspraken in het IDEA-contract.

4 de apotheek declareert de geleverde farmaceutische zorg rechtstreeks bij ons.

**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 2017 van de ziektekostenverzekeraar is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

"(...)



### **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.*

*Daarnaast vindt u op de website van uw Zorgverzekeraar ons preferentiebeleid. (...)"*

- 8.6. Artikel 5 van de 'verzekerde zorg basisverzekering' van de zorgverzekering en het Reglement Farmaceutische Zorg 2017 van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringwet (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 dient te worden beoordeeld 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. 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 gebruik van het preferente geneesmiddel medisch gezien niet verantwoord is.

- 9.2. In het laatste geval dient, zo blijkt uit artikel 5 van de 'verzekerde zorg basisverzekering' van zorgverzekering in relatie met het Reglement Farmaceutische Zorg 2017 van de ziektekostenverzekeraar, de voorschrijver op het recept te vermelden dat een medische noodzaak bestaat voor het voorgeschreven - niet preferente - middel en moet hij deze noodzaak tevens desgevraagd kunnen onderbouwen. De commissie constateert dat de voorschrijvend internist op het recept "*simvastatine 40 mg*" heeft vermeld. Er is hierbij geen merk of leverancier genoemd. Ook anderszins heeft de voorschrijver geen melding gemaakt van overgevoeligheid of allergie voor bepaalde hulpstoffen bij verzoekster. Overigens heeft ook verzoekster niet aangevoerd dat zij bijwerkingen heeft ondervonden door de (hulpstoffen in) simvastatine van Accord. De commissie is derhalve niet gebleken van een medische noodzaak voor het gebruik van simvastatine van Sandoz. Daarom heeft verzoekster geen aanspraak op deze variant van het middel.

### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

### Registratie klacht

- 9.4. Anders dan verzoekster stelt, heeft de commissie geen aanwijzingen dat de ziektekostenverzekeraar geen behoorlijke klachtenregistratie voert. Het feit dat een telefoongesprek niet is geregistreerd is althans onvoldoende om die conclusie te kunnen dragen. Onder de gegeven omstandigheden bestaat geen grond de ziektekostenverzekeraar te verplichten tot het aanbieden van zijn excuses aan verzoekster.

### Voorafgaand informeren

- 9.5. Verzoekster wenst voorafgaand te worden geïnformeerd indien iets wijzigt ter zake van een geneesmiddel dat zij gebruikt. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband aangevoerd dat het voor hem onmogelijk is al zijn verzekerden persoonlijk op de hoogte te stellen van het feit dat een preferent geneesmiddel is gewijzigd. De commissie overweegt dat van de ziektekostenverzekeraar niet mag worden verwacht dat hij bij iedere wijziging ter zake van een preferent geneesmiddel zijn administratie controleert om na te gaan welke verzekerden dit middel gebruiken, wie van hen dit middel afneemt bij een gecontracteerde apotheek die geen IDEA-contract heeft, en ieder van hen persoonlijk te informeren. Door de ziektekostenverzekeraar is in dit verband aangevoerd dat hij een lijst met alle preferente geneesmiddelen heeft gepubliceerd op zijn website. Een en ander is conform de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten die ter zitting ter sprake is gekomen. Dit is door verzoekster niet weersproken, zodat de commissie dit als vaststaand aanneemt. Verzoekster had derhalve tijdig kunnen weten dat in 2017 de simvastatine van Accord als preferent geneesmiddel was aangewezen door de ziektekostenverzekeraar. De commissie tekent hierbij nog aan dat in geval een preferent geneesmiddel wijzigt in het algemeen noch de voorschrijver noch de patiënt of de afleverende apotheek bekend zal zijn met het mogelijk optreden van bijwerkingen als gevolg van andere hulpstoffen. Een allergie of overgevoeligheid zal eerst bij gebruik van het - nieuw - aangewezen middel blijken, tenzij de medische noodzaak al eerder werd vastgesteld. In dat geval zal echter dit alternatief als voorheen worden afgeleverd door de apotheek.

### WFT

- 9.6. Verzoekster heeft verwezen naar de "*Wet Financiële Transactie*". Een zodanige wet is bij de commissie niet bekend. Mogelijk doelt zij op de Wet op het financieel toezicht (Wft). Verzoekster



beroept zich op de zorgplicht en het klantbelang, en verwijst in dit verband naar artikel 2, derde lid, onder b, c en d. De commissie constateert dat het artikel, zoals door verzoekster is genoemd, niet is opgenomen in de Wft. Mogelijk bedoelt verzoekster artikel 2:3 of de artikelen 2:3b, 2:3c en 2:3d Wft. Artikel 2:3 Wft betreft evenwel de situatie dat indien de Autoriteit Financiële Markten een vergunning heeft verleend, hij ook ontheffing kan verlenen van de regels uit Deel 3 Wft. De artikelen 2:3b en 2:3c betreffen de vergunningplicht en -eisen voor betaaldienstverleners met een zetel in Nederland. En artikel 2:3d betreft de mogelijkheid van vrijstelling van artikel 2:3a, eerste lid Wft. Genoemde artikelen hebben derhalve geen betrekking op de door verzoekster gestelde zorgplicht en klantbelang. De commissie begrijpt de verwijzing van verzoekster naar deze artikelen daarom niet en laat dit punt verder rusten.

De door verzoekster aangehaalde zorgplicht op basis van de Zvw bestaat er bij een naturapolis in dat de zorgverzekeraar er voor zorgt dat de verzekerde zorg en overige diensten voor de verzekerde beschikbaar zijn. Dat de bestaande zorgplicht zou zijn geschonden, is de commissie niet gebleken. Zij kan de simvastatine 40 mg van Accord immers afgeleverd krijgen.

### Conclusie

9.7. 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,

A.I.M. van Mierlo