

## **Bijlage 1. Medische noodzaak in het preferentiebeleid**

### *Preferentiebeleid zorgverzekeraars*

Wanneer meer geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof beschikbaar zijn, kunnen zorgverzekeraars zelf bepalen welk variant zij vergoeden. Dit is het preferentiebeleid. Zorgverzekeraars kiezen er dan bijvoorbeeld voor om alleen de lager geprijsde generieke versie van een bepaald geneesmiddel aan te wijzen en daarmee te vergoeden (het preferente middel). Het vaak duurdere merkgeneesmiddel vergoeden zij dan niet (het niet-preferente middel van de zorgverzekeraar).

### *Medische noodzaak*

Soms is het gebruik van het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel (het preferente geneesmiddel) voor een specifieke patiënt niet medisch verantwoord. Bijvoorbeeld omdat een patiënt overgevoelig is voor een bepaalde hulpstof. Artsen maken dit duidelijk door 'medische noodzaak' op het recept te schrijven. De apotheker dient dan het voorgeschreven product aan de patiënt te verstrekken, ook als dit het niet-preferente product van de zorgverzekeraar is. De apotheker kan overleggen met arts en patiënt als zij vanuit haar rol en expertise alternatieven kan aandragen ter heroverweging van 'medische noodzaak'. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als er ook een generiek product zonder hulpstof beschikbaar is. Meestal vinden zij op deze manier een passende oplossing voor de patiënt. De arts heeft hierin het laatste woord.

### *Vergoeding bij medische noodzaak*

Zorgverzekeraars beslissen over de vergoeding van geneesmiddelen. Het verstrekken van een geneesmiddel door een apotheker aan een patiënt op grond van 'medische noodzaak' betekent niet per definitie dat de zorgverzekeraar het geneesmiddel vergoedt. Hierbij spelen de polisvoorwaarden een rol. Daarin kan bijvoorbeeld staan dat 'medische noodzaak' op een bepaalde manier gemotiveerd moet worden voordat de zorgverzekeraar overgaat tot vergoeding. De zorgverzekeraar kan de toepassing van 'medische noodzaak' dan wel controleren, maar zal met inhoudelijke argumenten of met een second opinion moeten komen om het voorgeschreven geneesmiddel niet te vergoeden. Wanneer de polisvoorwaarden geen uitsluitel bieden, zal de zorgverzekeraar het recept met 'medische noodzaak' in beginsel respecteren en het middel vergoeden alsof het wel was aangewezen.

De arts besluit dus of er 'medische noodzaak' is om een specifiek geneesmiddel voor te schrijven. Als een apotheker dit op een recept aantreft, moet die het voorgeschreven middel verstrekken. De arts gaat echter niet over de vergoeding. Dat is bepaald in de relatie tussen verzekeraar en verzekerde en vastgelegd in de polisvoorwaarden. Deze invulling is in lijn met de reactie van mijn voorganger minister Schippers op de motie van het lid Van Gerven (SP) uit 2013, met de antwoorden op Kamervragen van de leden Leijten en Van Gerven (SP) uit 2015 en met mijn uitspraken tijdens het notaoverleg Geneesmiddelenbeleid/Hulpmiddelenbeleid van 15 oktober 2020.<sup>1,2,3,4</sup>

---

<sup>1</sup> Handelingen II, vergaderjaar 2012-2013, nr. 96

<sup>2</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2012-2013, 29477 nr. 250

<sup>3</sup> Aanhangsel van de Handelingen II, vergaderjaar 2014-2015 nr. 2870

<sup>4</sup> Kamerstukken II, vergaderjaar 2020-2021, 29477 nr. 685