

Overzicht zorgverzekeraars en preferentiebeleid

Zoals u op de pagina 'Preferentiebeleid' hebt kunnen lezen, zijn er veel verzekeraars die een voorkeursbeleid hanteren ten aanzien van zorgverleners en geneesmiddelen. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen 'labelpreferentie' en 'prijspreferentie', waarbij voor de laatste optie weer onderscheid gemaakt kan worden tussen 'laagste prijsgarantie' en het 'pakjesmodel'.

Om het voor u eenvoudig te maken, volgt hieronder een overzicht (2015) van zorgverzekeraars en het preferentiebeleid dat zij hanteren. Let er op dat dit kan wijzigen, dus controleer altijd goed de voorwaarden van uw huidige zorgverzekeraar of van de zorgverzekeraar waar u mogelijk naar wilt overstappen.

Geen preferentiebeleid:

IZA (restitutie), ONVZ, PNOzorg, VvAA

Labelpreferentie (waarbij geen eigen risico geldt voor voorkeursmedicijnen):

Bewuzt, IZA (natura), IZZ, Univé, Zekur, UMC, VGZ

Laagste prijsgarantie:

De Amersfoortse, De Friesland, Ditzo, DSW, Energiek, Kiemer, Salland, Stad Holland, Zorg en Zekerheid

Pakjesmodel of labelpreferentie (keuze van apotheker):

Agis, Avéro Achmea, FBTO, Interpolis, OZF Achmea, Pro Life, Zilveren Kruis Achmea

Deels laagste prijsgarantie, deels labelpreferentie:

AnderZorg, Azivo, CZ, CZdirect, Delta Lloyd, Menzis, OHRA

Preferentiebeleid

Veel zorgverzekeraars hanteren een preferentiebeleid (of voorkeursbeleid). Dit is ingevoerd om de medicijnprijzen omlaag te krijgen en hoge bonussen die apothekers kregen van fabrikanten tegen te gaan. Sinds de komst van het nieuwe zorgstelsel concurreren zorgverzekeraars met elkaar en is het preferentiebeleid een methode om gunstigere tarieven te kunnen hanteren voor de patiënt.

Er zijn twee modellen voor het preferentiebeleid: labelpreferentie en prijspreferentie. Het verschilt per verzekeraar of er een preferentiebeleid gehanteerd wordt en zo ja, welk model.

Labelpreferentie (zorgverzekeraar bepaalt)

Zorgverzekeraars onderhandelen met fabrikanten van geneesmiddelen om tot een lagere prijs voor hun producten te komen. Het gaat hierbij om producten met dezelfde werkzame stof. De fabrikant met de laagste prijs zal door de zorgverzekeraar worden gekozen. Het betreffende product zal dan worden aangemerkt als voorkeursmedicijn. Voorkeursmedicijnen worden door de zorgverzekeraar volledig vergoed, terwijl geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof maar van een ander merk niet of deels worden vergoed. Wanneer er dus een niet-preferent medicijn wordt voorgeschreven, zal de rekening hiervoor bij de patiënt terechtkomen. Dit geldt echter niet wanneer er sprake is van 'medische noodzaak': wanneer een arts een niet-preferent middel voorschrijft en daarbij vermeldt dat het gaat om medische noodzaak, dan zal de zorgverzekeraar dit middel toch vergoeden.

De gemaakte afspraken tussen producenten en zorgverzekeraars gelden meestal voor een periode van een half jaar tot een jaar. Daarna worden er weer nieuwe afspraken gemaakt. Hierdoor kan het voorkomen dat er dan een andere producent met de beste aanbieding komt. Voor de patiënt betekent dit dat hij of zij in de apotheek een ander geneesmiddel meekrijgt dan tot dan toe gebruikelijk was. Dit middel zal dan wel dezelfde werkzame stof bevatten. Toch kan het wisselen van medicijn vanwege het preferentiebeleid leiden tot verwarring bij de patiënt en zelfs gevolgen hebben voor het succes van de behandeling.

Een aantal zorgverzekeraars hanteert een speciaal beleid ten aanzien van voorkeursmedicijnen: wanneer er gebruik gemaakt wordt van deze preferente geneesmiddelen, zullen de kosten hiervoor niet (of in mindere mate) ingehouden worden op het eigen risico. Dit geldt niet voor alle verzekeraars, dus het kan de moeite waard zijn om na te gaan of uw zorgverzekeraar op dit gebied een bepaald beleid hanteert. Een overzicht van verzekeraars die geen eigen risico hanteren bij voorkeursmedicijnen, vindt u op deze pagina.

Prijspreferentie (apotheker bepaalt)

In het geval van prijspreferentie zijn er twee mogelijkheden:

- Laagste prijsgarantie: zorgverzekeraars stellen een vaste declaratieprijs in en geven apothekers de kans om zelf in te kopen. Het inkooprisico ligt dan bij de apotheker. Lukt het de apotheker om een voorgeschreven geneesmiddel in te kopen voor een lagere prijs dan de afgestemde declaratieprijs, dan maakt hij winst. Koopt hij echter een middel duurder in, dan maakt hij verlies. Dit verlies mag niet worden doorberekend aan de klant. De afspraken tussen apotheek en leverancier gelden vaak langere tijd. De apotheker bepaalt dus welke medicijnen worden ingekocht, de verzekeraar staat erbuiten.
- Pakjesmodel: Zorgverzekeraars kunnen ook met de apothekers een vaste vergoeding per verpakking afspreken, ongeacht het soort medicijn, merk, inkoopprijs en medische noodzaak. Die afspraak geldt voor 2 jaar en wordt het pakjesmodel genoemd. Wanneer de apotheker scherp inkoopt, kan hij geld verdienen. Op zeldzame en dure medicijnen legt hij toe.