

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en
OWM CZ Groep U.A te Tilburg

Zaak : Farmaceutische zorg, preferentie beleid, medische noodzaak

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlage 1 en 2
Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021

Zaaknummer : 202101249

Zittingsdatum : 25 mei 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ Groep U.A te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 2 december 2021 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan. Op 8 december 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 16 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 22 maart 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 22 april 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022012777) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 25 april 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster heeft de commissie bij e-mailbericht van 6 mei 2022 aanvullende stukken gestuurd. Deze zijn in kopie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 mei 2022 verklaard niet te willen worden gehoord. Verzoekster is op 25 mei 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken van verzoekster van 6 mei 2022 zijn op 24 juni 2022 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 7 juli 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is op 7 juli 2022 aan partijen gezonden met de mogelijkheid hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 12 juli 2022 van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen 50+ en Tandarts (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil zodat bespreking hiervan achterwege blijft.
- 3.2. Verzoekster gebruikt de geneesmiddelen Nexium® en Movicolon®. Volgens de apotheek is er geen medische noodzaak voor het gebruik hiervan en kan zij de door de ziektekostenverzekeraar als preferent aangewezen geneesmiddelen gebruiken. Omdat verzoekster eerder klachten heeft ervaren met het gebruik van generieke geneesmiddelen heeft zij de ziektekostenverzekeraar verzocht om de kosten van Nexium® en Movicolon® te blijven vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster meegedeeld hiertoe niet over te gaan.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 23 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 20 september 2021 heeft de huisarts over verzoekster verklaard:

"Hierbij verklaar i[k] dat er sprake is van een medische noodzaak voor Nexium specialité en Movicolon specialité.

Mevrouw heeft tijdens opname in het ziekenhuis in 2012 het alternatief geprobeerd. Kreeg hierdoor pijn op de borst, waarvoor zij beoordeeld moest worden door de cardioloog [in] ivm verdenking hartinfarct. Na 3 dagen is nexium specialité herstart en zijn de klachten weggebleven. Aansluitend is in het revalidatiecentrum opnieuw een alternatief voor Nexium geprobeerd, wat opnieuw klachten gaf. Hierop is door de MDL-arts besloten dat het voor mevrouw medisch noodzakelijk is om nexium specialité te gebruiken.

Er is in 2012 eveneens een alternatief voor movicolon geprobeerd met als resultaat hardnekkige obstipatie. Moest daarom naast het alternatieve middel ook nog bisacodyl gebruiken, waardoor mevrouw incontinent werd voor ontlasting. Bij het herstarten van movicolon specialité was er geen andere medicatie meer nodig en was er geen sprake meer van incontinentie. In het revalidatiecentrum is het alternatief opnieuw geprobeerd, wat tot dezelfde problemen leidde. Alhoewel de MDL-arts al eerder aangaf dat er er sprake was van een medische noodzaak heeft mevrouw vorig jaar nogmaals het alternatief geprobeerd, wat opnieuw tot obstipatie leidde. Gezien mevrouw meerdere malen een alternatief geprobeerd heeft, wat steeds tot dezelfde problemen leidde acht ik het gebruik van movicolon specialité noodzakelijk."

- 3.5. Bij brief van 22 april 2022 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"Nexium®

Verzoekster kreeg last van pijn op de borst nadat zij tijdens een ziekenhuisopname metoprolol kreeg. Metoprolol (een bètablokker) is geen alternatief van Nexium® (een maagzuurremmer). Uit het dossier blijkt onvoldoende welk generiek geneesmiddel is gebruikt. Het Zorginstituut is van mening dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier de medische noodzaak voor Nexium® onvoldoende is onderbouwd.

Movicolon®

Verzoekster heeft verschillende generieke geneesmiddelen met de werkzame stof macrogol en elektrolyten gebruikt. Een van de generieke geneesmiddelen kwam van het merk Teva. Van Movicolon® is de naturelvariant gebruikt. Uit het dossier blijkt niet welke andere generieke geneesmiddelen met de werkzame stof macrogol en elektrolyten verzoekster heeft geprobeerd.

(...)

De werkzame stoffen zijn zowel in het preferente geneesmiddel als in het gewenste geneesmiddel gelijk. Het Zorginstituut ziet dan ook geen reden om aan te nemen dat er een verschil is in de werkzaamheid tussen beide geneesmiddelen. Movicolon® naturel bevat geen hulpstoffen. Er zijn geen aanwijzingen dat de hulpstoffen uit het preferente geneesmiddel voor obstipatie kunnen zorgen. Uit het dossier blijkt niet dat verzoekster bekend is met een allergie voor een van de hulpstoffen in het preferente geneesmiddel van Teva. De medische noodzaak voor Movicolon® is onvoldoende onderbouwd.

Conclusie

Concluderend dat de medische noodzaak voor Nexium® en Movicolon® onvoldoende is onderbouwd.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster maakt geen aanspraak op vergoeding van Nexium® en Movicolon® ten laste van de basisverzekering."

- 3.6. Bij brief van 7 juli 2022 heeft het Zorginstituut in zijn definitief advies aan de commissie het volgende verklaard:

"(...)

Uitspraak Hoge Raad

Op 9 juli 2021 heeft de Hoge Raad een uitspraak gedaan over het preferentiebeleid. In deze zaak ging het om de vraag of een zorgverzekeraar op grond van artikel 2.8 lid 3 van het Bzv bevoegd is om (slechts) één of enkele sterktes van het geneesmiddel colecalciferol (vitamine D) te vergoeden. De Hoge Raad heeft deze vraag bevestigend beantwoord: een zorgverzekeraar mag de voor vergoeding in aanmerking komende sterktes van een geneesmiddel met een bepaalde werkzame stof beperken tot één of enkele sterktes. Daarbij gaf de Hoge Raad aan dat indien de arts om medische redenen een ander geneesmiddel, sterkte of dosering voorschrijft, omdat het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel medisch niet verantwoord is, de apotheker dat [moet] verstrekken en de zorgverzekeraar dat [moet] vergoeden. De zorgverzekeraar mag daarbij geen voorwaarden of beperkingen stellen. In het licht van de uitspraak van de Hoge Raad is de vraag hoeveel ruimte er voor zorgverzekeraars is om de vergoeding van geneesmiddelen, waarvoor een medische noodzaak is afgegeven door de voorschrijver, af te wijzen. Een oordeel hierover laat het Zorginstituut aan de SKGZ. Hieronder licht het Zorginstituut toe hoe het Zorginstituut geschillen over een medische noodzaak voor een geneesmiddel beoordeelt.

(...)

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Nexium®

Esomeprazol is de werkzame stof van Nexium®. Esomeprazol staat niet vermeld op bijlage B (rode categorie) of bijlage C (oranje categorie) van de leidraad 'Verantwoord Wisselen Medicijnen'. Dit betekent dat het middel in de groene categorie valt. Bij geneesmiddelen die in de groene categorie vallen is wisselen in principe mogelijk, tenzij individueel patiëntgebonden factoren een wisseling niet of slecht mogelijk maken. Een voorbeeld van zo'n individueel patiëntgebonden factor is een allergie of intolerantie voor bepaalde hulpstoffen. Ook bij patiënten waarbij een eerdere wisseling heeft geleid tot een gedocumenteerde bijwerking of verminderde werking of waarbij een ander label heeft geleid tot verkeerd gebruik, kan wisselen ongewenst zijn. Verzoekster kreeg last van pijn op de borst nadat zij tijdens een ziekenhuisopname ranitidine kreeg. Ranitidine is een

andere werkzame stof dan esomeprazol. Dit betrof derhalve geen generieke variant van Nexium®. Het feit dat verzoekster klachten kreeg toen zij ranitidine gebruikte kan geen onderbouwing zijn voor de medische noodzaak voor Nexium®.

Movicolon®

In 2021 was verzoekster verzekerd op grond van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura). In het Reglement farmacie, behorend bij de polisvoorwaarden, wordt verwezen naar de Lijst voorkeursgeneesmiddelen. Deze lijst bevat de aangewezen voorkeursmiddelen. Indien een geneesmiddel op deze lijst staat vergoedt verweerder alleen dit geneesmiddel, tenzij sprake is van een medische noodzaak. Wanneer er geen geneesmiddel met de betreffende werkzame stof op de lijst staat heeft verweerder geen preferent middel aangewezen en zijn alle geneesmiddelen met deze werkzame stof aangewezen. De werkzame stof in Movicolon® is macrogol. Macrogol wordt niet genoemd op de Lijst voorkeursgeneesmiddelen van 2021. Dit betekent dat verweerder in 2021 geen preferentiebeleid voerde voor wat betreft geneesmiddelen met de werkzame stof macrogol. Verzoekster kon derhalve in 2021 aanspraak maken op de vergoeding van Movicolon®. Het beoordelen van de medische noodzaak is niet aan de orde. Macrogol staat wel op de Lijst voorkeursgeneesmiddelen van 2022. Het is op basis van de lijst voor het Zorginstituut niet duidelijk welk geneesmiddel is aangewezen. Op de lijst staat als aangewezen geneesmiddel macrogol 13,7g van Apotex (ZI-nummer 17049504). Het Zorginstituut heeft het ZI-nummer opgezocht en kwam uit op macrogol en elektrolyten Apotex poeder voor drank sachet 13,8 g in het assortiment van Aurobindo. Vervolgens heeft het Zorginstituut in de Geneesmiddeleninformatiebank van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen gezocht naar dit geneesmiddel om de samenstelling te achterhalen. Het geneesmiddel is echter niet te vinden in de Geneesmiddeleninformatiebank. Dit zou wel moeten aangezien de Geneesmiddeleninformatiebank de officiële informatie bevat over alle geneesmiddelen die in Nederland zijn toegelaten. In de Geneesmiddeleninformatiebank zijn wel Macrogol en elektrolyten van Auro en Aurobindo opgenomen. Omdat het niet duidelijk is welk geneesmiddel het preferente middel is heeft het Zorginstituut de samenstelling van beide geneesmiddelen beoordeeld. Macrogol en elektrolyten van Aurobindo heeft bepaalde hulpstoffen: acesulfaam kalium (e 950), arabische gom (e 414) en citroensmaakstof. Macrogol en elektrolyten van Teva, het geneesmiddel dat verzoekster in 2019 heeft gebruikt, bevat naast deze hulpstoffen ook nog limoenolie. Macrogol en elektrolyten van Auro bevat de hulpstoffen arabische gom (e 414), citroen-limoensmaakstof, gluconolacton (e 575), maltodextrine, mannitol (d-) (e 421), saccharoïde natrium x-water (e 954), siliciumdioxide (e 551), sinaasappelsmaakstof, sorbitol (d-)(e 420), tocoferol, dl-alfa (e 307). Macrogol staat niet vermeld op bijlage B (rode categorie) of bijlage C (oranje categorie) van de leidraad 'Verantwoord Wisselen Medicijnen'. Dit betekent dat het middel in de groene categorie valt. Bij geneesmiddelen die in de groene categorie vallen is wisselen in principe mogelijk, tenzij individueel patiëntgebonden factoren een wisseling niet of slecht mogelijk maken. Een voorbeeld van zo'n individueel patiëntgebonden factor is een allergie of intolerantie voor bepaalde hulpstoffen. Ook bij patiënten waarbij een eerdere wisseling heeft geleid tot een gedocumenteerde bijwerking of verminderde werking of waarbij een ander label heeft geleid tot verkeerd gebruik, kan wisselen ongewenst zijn. Er zijn geen aanwijzingen dat de hulpstoffen in de genoemde geneesmiddelen voor obstipatie kunnen zorgen. Uit het dossier blijkt niet dat verzoekster bekend is met een allergie voor een van de hulpstoffen in een van de geneesmiddelen. De werkzame stoffen zijn zowel in de mogelijk aangewezen geneesmiddelen als in Movicolon® gelijk. Het Zorginstituut ziet dan ook geen reden om aan te nemen dat er een verschil is in de werkzaamheid tussen de geneesmiddelen. De medische noodzaak is verder niet onderbouwd door een voorschrijver.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat er sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van Nexium® en Movicolon®. Farmacologisch gezien is het niet onverantwoord voor verzoekster om de preferente geneesmiddelen te gebruiken. In 2021 heeft verzoekster echter wel recht op vergoeding van Movicolon® omdat verweerder in dat jaar geen preferent geneesmiddel heeft aangewezen.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Farmacologisch gezien is er geen sprake van een medische noodzaak voor het gebruik van Nexium® en Movicolon®. In 2021 kan verzoekster wel aanspraak maken op de vergoeding van Movicolon® omdat verweerder in dat jaar geen preferent geneesmiddel heeft aangewezen. "

4. **Het geschil**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar Nexium® en Movicolon® aan haar moet verstrekken, althans, zo begrijpt de commissie verzoekster, dat hij de kosten daarvan aan haar moet vergoeden.

5. **Bevoegdheid van de commissie**

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. **Beoordeling**

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over farmaceutische zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij in het verleden andere varianten van Movicolon® en Nexium® heeft geprobeerd. Bij gebruik van een generieke variant van Nexium® tijdens een ziekenhuisopname in 2012 kreeg zij pijn op haar borst en traden tekenen van een hartinfarct op. Nadat op aanwijzing van verzoekster en haar echtgenoot de generieke variant van het geneesmiddel was vervangen door Nexium® was het probleem opgelost. Onder verwijzing naar het verpleegkundig dossier heeft verzoekster aangegeven dat het om het middel rantidine ging. In het revalidatiecentrum waar verzoekster na de ziekenhuisopname in 2012 verbleef, kreeg zij opnieuw een generieke variant van Nexium®. Zij weet niet meer welke variant dit was. Zij kreeg dezelfde klachten als eerder in het ziekenhuis, waarop zij weer is overgegaan op Nexium®, waarna de klachten verdwenen. Bij het gebruik van een generieke variant van Movicolon® in 2012 kreeg verzoekster obstipatie. Dit probleem werd direct opgelost bij het hervatten van Movicolon®. In 2019 heeft zij nog een generieke variant van Teva gebruikt, waarvan zij ook klachten kreeg. Verzoekster voelt zich een proefkonijn nu zij wordt gedwongen andere medicatie te proberen. Movicolon® en Nexium® werken in haar geval goed en zij wenst deze geneesmiddelen te blijven gebruiken. Dit wordt bevestigd door de huisarts, die de beide geneesmiddelen voorschrijft in verband met een medische noodzaak. Verzoekster stelt dat de apotheker, als de arts 'medische noodzaak' op het recept zet, telefonisch contact moet opnemen met de arts voordat ze besluit het betreffende medicijn te vervangen door een alternatief.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij een preferentiebeleid voert. Merkgeneesmiddelen vergoedt hij enkel bij een medische noodzaak. De voorschrijver moet dit op het recept aangeven en onderbouwen. De apotheek stelt de medische noodzaak vervolgens vast en declareert de kosten rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar volgt in dit geval

het besluit van de apotheker en ziet geen aanleiding om aan te nemen dat sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van de geneesmiddelen Nexium® en Movicolon®. Er is niet gebleken welke merkloze middelen in het verleden door verzoekster zijn geprobeerd en hierdoor is niet komen vast te staan dat er een medische noodzaak is voor de beide merkgeneesmiddelen. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk bij brief van 20 oktober 2021, in het kader van de bemiddeling door de Ombudsman, verklaard dat voor het geneesmiddel met de werkzame stof macrogol vanaf 1 mei 2021 (artikel)preferentie geldt. In zijn reactie van 16 maart 2022 aan de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar evenwel verklaard dat in 2021 voor de werkzame stof macrogol geen preferent geneesmiddel was aangewezen, maar dat dit vanaf 1 januari 2022 wel het geval is.

Overwegingen commissie

- 6.4. Een verzekeraar mag op grond van artikel 2.8, eerste lid, onder a, in verband met artikel 2.8, derde lid, Bzv een zogeheten preferentiebeleid voeren. Voert de verzekeraar een dergelijk beleid, dan vormt dit een wezenlijk onderdeel van de overeenkomst van zorgverzekering. In het kader van de transparantie moet daarom, bij het aangaan of de verlenging van deze overeenkomst, het bestaan van een dergelijk beleid via de verzekeringsvoorwaarden kenbaar worden gemaakt. Tevens moeten kenbaar worden gemaakt de consequenties van dit beleid voor de verzekerde, met name door publicatie van een lijst met door de verzekeraar als preferent aangewezen geneesmiddelen. Elke wijziging hierin lopende een verzekeringsjaar moet tijdig aan de verzekeringnemers worden medegedeeld, een en ander overeenkomstig artikel 19 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) van de Nederlandse Zorgautoriteit.
- 6.5. Een verzekeraar kan het preferentiebeleid, mede tegen de achtergrond van de Nota van Toelichting bij artikel 2.8 Bzv, op geen andere wijze vormgeven dan zoals nader uitgewerkt in artikel 2.8 Bzv. In dit verband moet de verzekeraar een bewuste keuze maken, waarbij hij door de minister aangewezen geregistreerde onderling vervangbare geneesmiddelen mag uitsluiten van verstrekking of vergoeding, mits hij van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste één geneesmiddel aanwijst (het 'preferente geneesmiddel') dat voor de verzekerde beschikbaar is. Bij het maken van zijn keuze moet de verzekeraar zorgvuldig te werk gaan en rekening houden met de belangen van al zijn verzekerden (zie ook gerechtshof Arnhem-Leeuwarden van 26 april 2022 (ECLI:NL:GHARL:2022:3265)). In dat verband kan het nodig zijn binnen een groep geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof meer dan één preferent geneesmiddel aan te wijzen om te voorkomen dat een substantiële groep verzekerden buiten de boot valt. Een verzekeraar kan daartoe echter ook om andere redenen besluiten. Eventuele afspraken tussen een verzekeraar en een apotheek over de terhandstelling van de goedkoopste variant van een geneesmiddel vallen buiten het preferentiebeleid, zoals hiervoor beschreven. Dergelijke afspraken kunnen een verzekerde dan ook niet worden tegengeworpen, zelfs niet als hiernaar wordt verwezen in de verzekeringsvoorwaarden. Zodanige afspraken vormen immers een feitelijke beperking van de uit het Bzv en de Rzv voortvloeiende aanspraak op geneesmiddelen.
- 6.6. Indien de verzekeraar een preferent geneesmiddel heeft aangewezen, dan geldt - als hoofdregel - dat de apotheek dit middel aan de verzekerde ter hand stelt. Hierop wordt alleen een uitzondering gemaakt als de behandeling met het preferente geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is. In dat geval, zo blijkt ook uit het arrest van de Hoge Raad van 9 juli 2021 (ECLI:NL:HR:2021:1111), heeft de verzekerde op grond van artikel 2.8, vierde lid, Bzv aanspraak op verstrekking van het aan hem voorgeschreven geneesmiddel zonder dat hij eerst nog het preferente geneesmiddel moet proberen.
- 6.7. Behandeling met het preferente geneesmiddel kan medisch niet verantwoord zijn, indien een allergie of overgevoeligheid voor een bepaalde vul- of hulpstof is vastgesteld dan wel als het wisselen van geneesmiddel voor betrokkene een risico oplevert, vanwege onder meer therapietrouw. De Leidraad Verantwoord Wisselen Medicijnen biedt hiervoor handvatten.

- 6.8. Het is aan degene die het recept afgeeft (de 'voorschrijver') om gemotiveerd aan te geven dat de behandeling met het preferente geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is. Is de apotheek hiervan niet overtuigd, dan dient deze contact te zoeken met de voorschrijver. Indien dit niet tot overeenstemming leidt, dan ligt het op de weg van de apotheker om farmacologisch te onderbouwen waarom het gebruik van het preferente geneesmiddel door de verzekerde volgens hem niet medisch onverantwoord is.
- 6.9. Indien de verzekeraar voor een bepaalde werkzame stof meer dan één geneesmiddel als preferent heeft aangewezen, dan kan hij van de verzekerde in redelijkheid vergen dat deze, in geval van een allergie of overgevoeligheid voor een bepaalde vul- of hulpstof, eerst één of meer andere preferente geneesmiddelen probeert die de desbetreffende stof niet bevatten, alvorens aanspraak te kunnen maken op het voorgeschreven geneesmiddel.
- 6.10. Het voorgaande brengt de commissie in het aan haar voorgelegde geval tot het volgende. De door verzoekster gebruikte geneesmiddelen vallen in de categorie 'groen' volgens de Leidraad Verantwoord Wisselen Medicijnen. Dit houdt in dat bij verzoekster behandeling met de voorkeursgeneesmiddelen in beginsel mogelijk is. In artikel B.15 van de voorwaarden van de zorgverzekering wordt voor meer informatie over het preferentiebeleid van de ziektekostenverzekeraar verwezen naar het 'Reglement Farmacie' (hierna: het reglement). In artikel 2 van het reglement staat dat de ziektekostenverzekeraar preferente geneesmiddelen kan aanwijzen. Dit heeft hij gedaan op de 'Lijst Voorkeursgeneesmiddelen'. Het door verzoekster gebruikte geneesmiddel Nexium® bevat de werkzame stof esomeprazol. Voor deze werkzame stof is door de ziektekostenverzekeraar het geneesmiddel van Sun Pharmaceutical Industries Europe B.V. als preferent aangewezen. Het geneesmiddel Movicolon® bevat de werkzame stof macrogol. Voor deze werkzame stof heeft de ziektekostenverzekeraar voor 2021 geen preferente variant aangewezen, en voor 2022 het geneesmiddel van Apotex Europe B.V.
- 6.11. Verzoekster maakt aanspraak op andere geneesmiddelen dan door de ziektekostenverzekeraar zijn aangewezen als preferente geneesmiddelen. Daarom is het aan haar te onderbouwen dat het in haar geval medisch niet verantwoord is de preferente geneesmiddelen te gebruiken. Het betreft hier in de eerste plaats de generieke variant met de werkzame stof esomeprazol die de ziektekostenverzekeraar voor 2021 en 2022 heeft aangewezen. De huisarts van verzoekster heeft in dit verband in zijn verklaring van 20 september 2021 verklaard dat verzoekster in 2012 twee keer een alternatief voor Nexium® heeft gebruikt, dat zij hiervan pijn op haar borst kreeg, en werd beoordeeld door een cardioloog op verdenking van een hartinfarct. Uit deze verklaring noch uit het dossier blijkt welke generieke variant van Nexium® verzoekster toen heeft gebruikt. Uit de stukken komt naar voren dat zij een geneesmiddel met de werkzame stof ranitidine heeft gekregen. Dit is echter een andere werkzame stof dan esomeprazol en is dan ook geen alternatief van Nexium®. Voor Movicolon® geldt dat verzoekster naar haar zeggen in 2012 en 2019 een alternatief heeft geprobeerd met hardnekkige obstipatie tot gevolg. Uit de stukken blijkt alleen dat verzoekster macrogol van de fabrikant Teva heeft gebruikt. Ten aanzien van beide geneesmiddelen geldt dat enige onderbouwing in de vorm van een verwijzing naar een allergie of overgevoeligheid voor een specifieke hulpstof ontbreekt. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 7 juli 2022 geconcludeerd dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van Nexium® en Movicolon® ten laste van de basisverzekering omdat een medische noodzaak ontbreekt. Hierbij wordt met betrekking tot het preferente geneesmiddel aangetekend dat geen variant van macrogol van Apotex Europe B.V. werd gevonden. Waarschijnlijk betreft het Auro of Aurobindo. De commissie ziet geen aanleiding van het advies af te wijken en oordeelt dat door verzoekster niet aannemelijk is gemaakt dat het medisch niet verantwoord is de preferente varianten van beide geneesmiddelen te gebruiken. Wel tekent zij nog aan dat in het kader van het preferentiebeleid een deugdelijke aanwijzing van het preferente geneesmiddel dient plaats te vinden, zie in dit verband het onder 6.4. gestelde over de transparantie. Dat de apotheker geen contact heeft gezocht met de huisarts kan in dit geval niet tot een ander oordeel leiden.

6.12. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat voor het jaar 2021 geen preferent geneesmiddel is aangewezen met de werkzame stof macrogol. Nu geen sprake was van aanwijzing van een preferent geneesmiddel in 2021 mocht verzoekster besluiten Movicolon® te laten afleveren, ook als dit binnen het cluster van onderling vervangbare geneesmiddelen niet het geneesmiddel met de laagste prijs was, zoals hiervoor is overwogen onder 6.5.. Het Zorginstituut stelt in het advies van 7 juli 2022 dat verzoekster recht heeft op vergoeding van Movicolon®. De commissie volgt dit advies en bepaalt dat verzoekster ter zake aanspraak heeft op een vergoeding op basis van de vergoedingslimiet van het desbetreffende cluster.

6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist als volgt:

- (i) verzoekster heeft voor 2021 aanspraak op vergoeding van Movicolon® op basis van de vergoedingslimiet van het desbetreffende cluster;
- (ii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen
- (iii) de ziektekostenverzekeraar moet aan verzoekster het entreegeld van € 37,- vergoeden;

Zeist, 22 september 2022,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
 - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
 - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
 - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet,
 - 3°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners,
 - 4°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
 - 5°. artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de

- Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;
- c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

2. Farmaceutische zorg omvat geen:

- a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
- b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
- c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.

3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.

4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.

5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

In die ministeriële regeling wordt tevens de aanvraagprocedure voor de aanwijzing geregeld, worden regels gesteld met betrekking tot de systematiek van de indeling in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en worden regels gesteld met betrekking tot de vaststelling van een vergoedingslimiet voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.

6. In afwijking van het vijfde lid kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat voor bij die regeling aangewezen groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen de vergoedingslimiet kan worden herberekend of buiten werking kan worden gesteld.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.5

1. In bijlage 1 bij deze regeling worden genoemd:

- a. de op grond van artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
- b. de op grond van artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen.

2. In bijlage 2 bij deze regeling worden vermeld:

- a. categorieën van geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, waarvoor de farmaceutische zorg slechts aflevering van dat geneesmiddel omvat indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde criteria;
- b. de voorwaarden waaronder en de termijn gedurende welke de farmaceutische zorg, bedoeld in de aanhef van artikel 2.8, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering de geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat.

3. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten behoren slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van bijlage 2 van deze regeling.
4. In bijlage 3, onderdelen A en B, bij deze regeling worden genoemd de geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een beslissing als bedoeld in artikel 2.50, vijfde lid, niet zijn aangewezen, geregistreerde geneesmiddelen ten aanzien waarvan het voornemen tot aanwijzing als bedoeld in artikel 2.50, achtste lid, niet is uitgevoerd en geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een wijziging van bijlage 1 niet meer zijn aangewezen.
5. Farmaceutische zorg, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel b, onder 1°, van het Besluit zorgverzekering, omvat geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan:
 - a. een geregistreerd UR-geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet waarover blijkt bijlage 1 en 3 bij deze regeling geen besluit over de aanwijzing, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering, is genomen;
 - b. een in bijlage 3, onderdeel A, bij deze regeling genoemd niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet, mits aan daarbij vermelde criteria wordt voldaan.

behoud van de tand klein is.

Uit de behandelhistorie moet blijken dat het ongeval voor het 18e jaar is vastgesteld en het resterende worteldeel of de teruggeplaatste fronttand moet voor het 23e jaar worden verwijderd, direct voorafgaand aan het plaatsen van een implantaat;

- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts meer dan € 650,- per kaak bedragen;
- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandprotheticus meer dan € 600,- per kaak bedragen;
- de volledige boven- en/of onderprothese (al dan niet op tandheelkundige implantaten) binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Dit geldt niet voor de tijdelijke uitneembare volledige gebitsprothese (noodkunstgebit).

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan moet u ook vooraf bij ons een akkoordverklaring hebben aangevraagd als:

- het gaat om het vaste gedeelte van de suprastructuur (voor bevestiging van de uitneembare prothese op implantaten) en de uitneembare prothese (het klikgebit). Daarbij geldt dat u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt.
- het gaat om reparatie en/of rebasing van een uitneembare prothese op implantaten (het klikgebit).
- het gaat om reparatie of vervanging van het vaste gedeelte van de suprastructuur op de implantaten en/of het deel van de suprastructuur in de prothese.

Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.15. Medicijnen

B.15.1. Medicijnen algemeen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat (het leveren van en adviseren over) medicijnen (geneesmiddelen) die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Daarbij gaat het om bijlage 1 en bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de web-

site van de overheid: wetten.overheid.nl.

(zoek in de titel op 'Regeling zorgverzekering', klik deze regeling vervolgens aan en scroll dan links onder hoofdstuk 8 naar bijlage 1 of 2)

Het Reglement Farmacie is onderdeel van deze voorwaarden. In dit Reglement staat de lijst Medicijnen van bijlage 2 Regeling zorgverzekering.

Het Reglement Farmacie en de Lijst voorkeursgeneesmiddelen kunt u vinden op onze website of telefonisch bij ons opvragen.

Waar wij het begrip "geneesmiddel(en) of medicatie" gebruiken, bedoelen wij medicijn(en) en andersom.

B.15.1.a. Medicijnen

De minister van VWS heeft het Geneesmiddelen-Vergoedingssysteem (GVS) opgesteld. Dat is een lijst met alle geregistreerde medicijnen (bijlage 1) en geregistreerde medicijnen met nadere voorwaarden (bijlage 2) waar u voor verzekerd bent. Bijlagen 1 en 2 vindt u op wetten.overheid.nl in de Regeling zorgverzekering.

In het GVS is geregeld of een medicijn volledig vergoed wordt of dat er een wettelijke eigen bijdrage voor geldt.

Soms worden er aan een medicijn nadere voorwaarden gesteld. Bijvoorbeeld met betrekking tot de indicatie. Dit geldt voor de geregistreerde medicijnen met nadere voorwaarden (bijlage 2) en voor de niet-geregistreerde medicijnen. Zie hiervoor het Reglement Farmacie.

Niet-geregistreerde medicijnen zijn bijvoorbeeld een apotheekbereiding (magistrale bereiding) (zie ook B.15.4.), of uit het buitenland ingevoerde medicijnen. Er moet sprake zijn van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een medicijn in de vorm die voor u geschikt is. Uit wetenschappelijk onderzoek moet zijn gebleken dat het middel werkzaam en effectief is. Ook moet het middel het meest economisch zijn voor de zorgverzekering.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Sommige medicijnen worden door de GVS-limiet niet volledig vergoed. Het niet vergoede deel is de wettelijke eigen bijdrage. U hebt een wettelijke eigen bijdrage van maximaal € 250,- per jaar.

Voorbeeld:

Uw medicijn kost € 100,- waarvan € 25,- een eigen bijdrage is. De overige € 75,- wordt verzekerd met uw eigen risico. U hebt (als u geen

andere medicijnen met een eigen bijdrage gebruikt), 10x een eigen bijdrage: 10x € 25,- = € 250,-. Na 10x worden de volledige kosten van het medicijn (€ 100,-) verrekend met een eventueel nog openstaand eigen risico.

Als de zorgverzekering in de loop van het jaar begint of eindigt worden de al ingediende nota's naar evenredigheid herberekend en afgerond op hele euro's. U betaalt dan alleen een evenredig deel van de wettelijke eigen bijdrage voor dat deel van het jaar dat de zorgverzekering liep.

Voorbeeld van herberekening:

U bent op 1 januari bij ons verzekerd en uw verzekering eindigt op 1 maart. In die periode hebt u in totaal € 50,- aan eigen bijdragen GVS- medicijnen betaald.

- 2021 heeft 365 dagen. 1 Januari tot en met 1 maart 2021 heeft 60 dagen
- € 250,- : 365 = € 0,6849 eigen bijdrage per dag
- € 0,6849 x 60 dagen = € 41,09. Dit bedrag ronden wij af. Uw eigen bijdrage van 1 januari tot en met 1 maart is dus € 41,-.
- U hebt al € 50,- betaald. € 50,- minus € 41,- = € 9,-. U krijgt dus van ons € 9,- terug.

• De zorg omvat niet:

1. alternatieve (homeopathische en antroposofische) medicijnen;
2. medicijnen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland;
3. medicijnen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd medicijn dat niet in het GVS is opgenomen, behalve als bij ministeriële regeling anders is bepaald. Zie artikel B.15.4.;
4. zelfzorggeneesmiddelen en intramurale geneesmiddelen, voor zover zij volgens de Regeling zorgverzekering niet onder uw zorgverzekering vallen;
5. medicijnen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
6. medicijnen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onder f van de Geneesmiddelenwet;
7. medicijnen die op een andere manier gefinancierd worden, bijvoorbeeld vanuit een volksverzekering of overheidsfinanciering of die onder een subsidie(regeling) vallen;
8. medicijnen waarvoor wij geen voorkeur hebben. Zie de toelichting op voorkeursgeneesmiddelen in het Reglement Farmacie

- en onze "Lijst voorkeursgeneesmiddelen";
9. medicijnen die voor andere indicaties gebruikt worden dan vermeld in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Dit geldt ook als niet aan de extra voorwaarden wordt voldaan. Zie de toelichting in dit artikel onder Voorwaarden, Akkoordverklaring: Nadere voorwaarden;
10. verzorgingsproducten en cosmetische producten zoals tandpasta's, zepen, desinfectiemiddelen, shampoos, badoliën, balsems, lotions, haargroeimiddelen en Vichy producten;
11. bijkomende kosten zoals administratie-, import- en/of verzendkosten;
12. vitamines en voedingssupplementen;
13. medicijnen waarbij na falen van de (aan hulp- of verbruiksartikel gerelateerde) toedieningsvorm een beroep gedaan kan worden op fabrieksgarantie of andere tegemoetkomingregelingen;
14. niet-geregistreerde medicijnen waaronder niet-geregistreerde allergenen. Een apothekerbereiding of een geneesmiddel dat wel geregistreerd is in het buitenland kan onder bepaalde voorwaarden wel voor vergoeding in aanmerking komen;
15. medicijnen die zijn voorgeschreven door een alternatief arts, of andere zorgverleners die niet in dit artikel worden genoemd.

Let op!

In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg en/of de wettelijke eigen bijdrage (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

B.15.1.b. Leveren van medicijnen en advisering

De zorg omvat het leveren van medicijnen en de advisering en begeleiding die horen bij het ter handstellen.

Voor de levering van medicijnen gelden de volgende regels:

- Levering mag uitsluitend aan de verzekerde voor wie het medicijn is bestemd, zijn verzorger, of de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de toediening;
- Als een medicijn voor een langere periode is voorgeschreven, zijn deelleveringen per een, twee of drie weken mogelijk. Dit geldt alleen als daarvoor een medische noodzaak is.

De bijbehorende advisering omvat ten minste:

- het begeleidingsgesprek bij een nieuw medicijn (1^e uitgifte) of - als u een medicijn langer dan

12 maanden niet gebruikt hebt - een extra begeleiding bij een 2e uitgifte van een medicijn;

- uitleg als u een medicijn gebruikt waarvoor ook een hulpmiddel nodig is;
- farmaceutische begeleiding bij poliklinisch bezoek, ziekenhuisopname of -ontslag;

Meer informatie over advisering vindt u in het Reglement Farmacie op onze website.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg wordt verrekend met het eigen risico, behalve als het gaat om levering van en advisering over medicijnen of nicotinevervangende middelen als onderdeel van een Stoppen-met-roken (SMR)-programma en als deze zijn voorgeschreven door een gecontracteerde zorgverlener SMR.

Onder deze zorg valt niet:

- voorlichting en advies bij:
 - zelfzorggeneesmiddelen (die niet vergoed worden volgens artikel B.15.3.) en
 - medicijnen ter voorkoming van ziekten bij reizen naar het buitenland;
- levering en instructie van hulpmiddelen als de bijbehorende medicijnen voor rekening van het ziekenhuis zijn;
- instructie van hulpmiddelen die nodig zijn bij medicijnen, als deze hulpmiddelen geleverd zijn door een andere zorgverlener dan een apotheker of apotheehoudend huisarts;
- de extra kosten voor het aanbieden van recepten en ophalen van medicijnen buiten reguliere openingstijden om. Deze vallen alleen onder uw zorgverzekering als sprake is van een spoedsituatie.

Voorwaarden

Voorkeursgeneesmiddelen

Binnen de groep onderling vervangbare geneesmiddelen, wijzen wij op basis van de laagste prijs één of meerdere middelen aan als voorkeursgeneesmiddel. U bent dan binnen deze groep alleen verzekerd voor dat voorkeursgeneesmiddel.

Er is altijd minstens één medicijn met de voorgeschreven werkzame stof in de geschikte sterkte en toedieningsweg beschikbaar voor u. Zie voor verdere toelichting het Reglement Farmacie, hoofdstuk 2.3.

Onze voorkeursgeneesmiddelen staan op de "Lijst voorkeursgeneesmiddelen". Wij kunnen deze lijst tussendoor aanpassen. Als wij dit doen plaatsen wij een bericht op onze website.

Van medicijnen die niet op onze Lijst voorkeurs-

geneesmiddelen staan wordt de laagste marktprijs vergoed of een prijs die niet meer dan 5% afwijkt van de laagste prijs. Het gaat om de marktprijs die op dat moment geldt binnen een groep onderling vervangbare geneesmiddelen. Wij noemen dit de Laagste Prijs Garantie of Prijspreferentie. Dit is onderdeel van doelmatige zorg.

Zorgverlener

De medicijnen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheehoudend huisarts.

Dit mag ook in het buitenland zijn. Hierbij geldt dat:

- de werkzame stof, dosering en toedieningsvorm van het medicijn moet zijn opgenomen in het Nederlandse GVS;
- de vergoeding plaatsvindt volgens de vergoedingslimiet die in Nederland geregeld is (zie Reglement Farmacie in hoofdstuk 2.1.);
- de verdere voorwaarden gelden zoals benoemd in dit artikel (B.15.1.).

Medicijnen uit het buitenland

Rekeningen van medicijnen die in het buitenland zijn gekocht moeten leesbaar en volledig zijn. Staat de naam van het geneesmiddel, de hoeveelheid, de sterkte en de toedieningsvorm niet volledig op de rekening? Stuur dan de bijsluiter, het doosje en/of etiketten ook op (mag ook een foto zijn), samen met de rekening.

Behandelvoorstel

Algemeen

De medicijnen zijn voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, arts gespecialiseerd in infectieziekten verbonden aan een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD), medisch specialist, tandarts, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundig specialist of verloskundige (rekening houdend met hun voorschrijfbevoegdheid en hun deskundigheidsgebied). De volledige informatie hierover staat in artikel 36 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze vindt u via wetten.overheid.nl op de titel 'beroepen individuele gezondheidszorg' en artikel 36. Voor de aanvullende voorwaarden ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid van de physician assistant en de verpleegkundig specialist verwijzen wij u naar de Handreiking voorschrijfbevoegdheid verpleegkundig specialisten en physician assistants van de NVZA en de KNMP. Zie ook de omschrijving in artikel A.1.

Voor welke periode mag een medicijn worden geleverd?

De zorg omvat uitsluitend de levering van medicijn-

nen op voorschrift (behandelvoorstel) of recept. Een recept geldt voor een bepaalde periode. Hoe lang die periode is, kan per medicijn anders zijn. De leveringsperiodes die per voorschrift (behandelvoorstel) of recept gelden, zijn:

- 15 dagen of de kleinste handverpakking voor een medicijn dat nieuw voor u is;
- 15 dagen voor een medicijn ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie;
- 30 dagen voor slaapmiddelen (hypnotica) en voor medicijnen die angst en onrust verminderen (anxiolytica);
- maximaal 30 dagen voor medicijnen die zijn opgenomen in de Opiumwet met uitzondering van de ADHD middelen. Hiervoor geldt een maximale aflevertermijn van 3 maanden;
- 3 maanden voor medicijnen voor de behandeling van een chronische ziekte, of tot 12 maanden als wij hierover afspraken hebben gemaakt met de apotheek;
- 12 maanden voor "de pil" (orale anticonceptiemiddelen);
- 1 maand voor medicijnen die per maand meer dan € 1.000,- kosten. Als u na een aaneengesloten periode van 6 maanden goed ingesteld bent, mogen deze dure medicijnen per 3 maanden geleverd worden.

Als een medicijn in meerdere groepen valt, geldt de kortste periode.

Geen herhaalrecept

Voor:

- "de pil" (orale anticonceptiemiddelen) en
- insuline voor de behandeling van suikerziekte ("diabetes mellitus")

geldt geen maximale geldigheidsduur per recept. Deze medicijnen hoeft u maar 1x voorgeschreven te krijgen en vervolgens is er geen herhaalrecept nodig. Onder uw zorgverzekering valt per jaar niet meer dan voor het gebruik tijdens 12 maanden noodzakelijk is. Als het middel, de sterkte en/of het gebruik van het middel verandert, hebt u wel een nieuw recept nodig.

Akkoordverklaring

Voor sommige medicijnen uit het GVS gelden extra voorwaarden of is een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) nodig. Deze voorwaarden staan in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: wetten.overheid.nl.

In ons Reglement Farmacie vindt u de "Lijst geneesmiddelen met toetsing vooraf". Daarin kunt u per medicijn (werkzaam bestanddeel) zien wat nodig is voor de toetsing en wie de controle uit-

voert.

Vooraf wordt door ons of door de zorgverlener namens ons, getoetst of u aan de voorwaarden voldoet. De minister kan de lijst in de Regeling zorgverzekering tussentijds aanpassen. Als dat gebeurt, plaatsen wij een nieuw reglement met de gewijzigde lijst op internet.

Uit het buitenland ingevoerde, niet in Nederland geregistreerde medicijnen

Overeenkomstig artikel 2.8 lid 1 onder b van het Besluit zorgverzekering geldt voor deze medicijnen dat de voorschrijver vooraf een akkoordverklaring bij ons moet aanvragen met als voorwaarde dat:

- deze bestemd moeten zijn voor een patiënt die een ziekte heeft die in Nederland niet vaker dan 1:150.000 inwoners voorkomt; en
- er geen behandeling mogelijk is met een in Nederland geregistreerd medicijn of magistrale bereiding; en
- de behandeling, preventie of diagnostiek in een voor u geschikte vorm wordt ingezet; en
- de werkzaamheid en effectiviteit bewezen moeten zijn in wetenschappelijke literatuur; en
- de behandeling het meest economisch is voor u en de zorgverzekering.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.15.2. Medicatiebeoordeling bij chronisch medicijngebruik

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat minimaal 1x per 12 maanden een medisch en farmaceutisch noodzakelijke, periodieke evaluatie bij meervoudig chronisch medicijngebruik, een zogenaamde medicatiebeoordeling. In het Reglement Farmacie vindt u verdere toelichting.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.

Voorwaarden

Algemeen

Er wordt voldaan aan de voorwaarden die wij in het Reglement Farmacie in artikel 1.6. hebben aangegeven.

Zorgverlener

De zorg wordt uitsluitend geleverd door een apo-

Daarnaast bent u verzekerd voor nieuwe facultatieve (deel)prestaties die gedurende de looptijd van uw verzekering worden ontwikkeld en waar uw apotheker met ons afspraken voor heeft gemaakt.

2. Vergoeding van geregistreerde medicijnen

In het GVS komen onderling vervangbare en niet onderling vervangbare medicijnen voor.

2.1 Onderling vervangbare medicijnen

Dit zijn medicijnen die:

- op dezelfde manier worden toegediend; en
- bij dezelfde soort indicatie worden ingezet; en
- voor mensen uit dezelfde leeftijdscategorie zijn bedoeld.

Zo kan een arts voor een patiënt kiezen uit twee of meer onderling vervangbare medicijnen. De overheid heeft voor elke groep van onderling vervangbare medicijnen een maximum vergoeding (vergoedingslimiet) vastgesteld. Is uw voorgeschreven middel uit die groep duurder, dan komt de meerprijs als 'eigen bijdrage' voor uw rekening.

U moet deze eigen bijdrage ook betalen als een apotheek zo'n duurder medicijn verwerkt in een magistrale bereiding (een door de apotheker zelf gemaakt medicijn).

Op www.medicijnkosten.nl kunt u de prijs van het medicijn met daarbij de eigen bijdragen van medicijnen vinden.

2.2 Niet onderling vervangbare medicijnen

Dit zijn bijlage 1B (niet geclusterde medicijnen op basis van therapeutische vergelijkbaarheid) medicijnen die verschillen in de hierboven genoemde eigenschappen, zoals werking en indicatie waarbij het middel wordt gebruikt. Deze medicijnen hebben geen eigen bijdrage en vergoeden wij volledig.

2.3 Voorkeursgeneesmiddelen

Binnen een groep onderling vervangbare medicijnen (zie artikel B.15.1.b. in de verzekeringsvoorwaarden) wijzen wij onder andere op basis van de laagste prijs één of meerdere middelen aan als voorkeursgeneesmiddel. U hebt dan binnen deze groep alleen recht op dat voorkeursgeneesmiddel. Er is altijd minstens één medicijn met de voorgeschreven werkzame stof, in de geschikte sterkte en toedieningsweg beschikbaar voor u.

De werkzame stof die in een medicijn zit, bepaalt de werking van een medicijn. Vaak zijn er meerdere medicijnen met dezelfde werkzame stof, in de geschikte sterkte en dezelfde manier van toedienen. Deze medicijnen hebben een andere prijs, maar dezelfde werking. Voor sommige stofnamen bepalen wij op basis van de prijs welk medicijn wordt vergoed.

Ondervindt u problemen?

Het kan voorkomen dat u andere bijwerkingen heeft van het zelfde medicijn in de geschikte sterkte, maar dan van een andere fabrikant. Dit kan komen door bijvoorbeeld bepaalde hulpstoffen zoals kleurstoffen of vulmiddelen. Deze bijwerkingen kunnen na een paar dagen over gaan. Als na gebruik van 15 dagen de vervelende, onacceptabele bijwerkingen niet over zijn, moet u contact opnemen met uw apotheker. Als u de bijwerkingen hebt besproken met uw apotheker neemt deze, indien nodig, contact op met uw behandelend arts om een oplossing voor u te vinden.

Als de onacceptabele bijwerkingen aanhouden nadat u het voorkeursgeneesmiddel hebt geprobeerd, onderzoekt uw apotheker eventueel samen met uw arts, of het voorkeursgeneesmiddel voor u medisch gezien misschien niet geschikt is. Hieronder wordt verstaan dat de behandeling met het door ons aangewezen medicijn, aantoonbaar medisch, niet verantwoord is (zie ook Besluit Zorgverzekering, artikel 2.8, lid 3 en 4). Uw apotheker bepaalt samen met uw huisarts of medisch specialist of het medisch nodig is dat u een ander medicijn uit het GVS gebruikt dan een voorkeurs-geneesmiddel. U hebt dan recht op dat andere medicijn met dezelfde werkzame stof, geschikte sterkte en manier van toedienen.

Dit is meestal niet het originele merkmedicijn. Dit andere medicijn mag niet onnodig duur zijn.

Onze voorkeursgeneesmiddelen staan in de Lijst 'Voorkeursgeneesmiddelen' op onze internetsite.

Bij onderling vervangbare medicijnen die geen onderdeel zijn van het voorkeursbeleid, hebt u alleen recht op het medicijn met de laagste prijs, of een medicijn dat niet meer dan 5% afwijkt van de laagste prijs.

Voor medicijnen die niet op de Voorkeurslijst staan, vergoeden wij de laagste marktprijs die op dat moment geldt binnen een groep onderling vervangbare medicijnen. (Wij noemen dit de Laagste Prijs Garantie of Prijspreferentie.)

Dit is onderdeel van doelmatige zorg, Zie Verzekeringsvoorwaarden artikel A.3.2.

3. Lijst Voorkeursgeneesmiddelen

Binnen een groep onderling vervangbare medicijnen wijzen wij op basis van de laagste prijs één of meerdere middelen aan als voorkeursgeneesmiddel. U hebt dan binnen deze groep alleen recht op dat voorkeursgeneesmiddel. Er is altijd minstens één medicijn met de voorgeschreven werkzame stof, in de geschikte sterkte en toedieningsweg beschikbaar voor u. De Lijst voorkeursgeneesmiddelen staat apart op onze internetsite. Wij kunnen deze lijst tussendoor aanpassen. Als dit gebeurt, plaatsen wij een bericht en een nieuwe Lijst Voorkeursgeneesmiddelen op internet.

4. Vergoeding van magistrale bereidingen

Magistrale bereidingen: medicijnen die de apotheek zelf maakt

Uw arts schrijft een medicijn voor dat de apotheek speciaal voor u maakt omdat het medicijn in de gewenste vorm of geschikte sterkte niet in de handel verkrijgbaar is. Dit heet een (*magistrale*) *bereiding*. In dit artikel leest u meer over de vergoeding ervan als toelichting op artikel B.15.4. in uw verzekeringsvoorwaarden.

Wat is het verschil tussen een magistrale bereiding en een 'doorgeleverde bereiding'?

Een (magistrale) bereiding is een medicijn dat de apotheek speciaal voor u maakt. Bijvoorbeeld omdat de geschikte sterkte of vorm van een bestaand medicijn niet geschikt is voor u. Een bereiding is een niet-geregistreerd medicijn, dat wil zeggen dat het geen handelsvergunning heeft. Als uw apotheek het door hen gemaakte medicijn aan u aflevert, is geen handelsvergunning nodig.

Als uw apotheek het medicijn niet zelf maakt, maar het door een andere apotheek laat maken, noemen wij dit een "*doorgeleverde bereiding*". Het medicijn wordt dan niet door de apotheek die het maakt aan u geleverd. Een doorgeleverde bereiding mag alleen geleverd worden als er sprake is van een uitzonderlijke situatie.

Wanneer krijgt u een bereiding vergoed?

Volgens het Besluit zorgverzekering is vergoeding van een magistrale bereiding mogelijk als er sprake is van rationele farmacotherapie. Dit betekent dat de bereiding:

- een voor de patiënt geschikte vorm moet hebben. Bijvoorbeeld een drankje voor een kind dat nog geen tablet kan doorslikken;
- bewezen werkzaam en effectief is. Dit betekent dat er voldoende wetenschappelijk onderzoek naar het medicijn is gedaan, dat het werkt tegen de klacht of ziekte en dat de werkzaamheid en effectiviteit wetenschappelijk zijn aangetoond;
- het voordeligst en meest economisch moet zijn voor de zorgverzekering. Het is bijvoorbeeld niet duurder dan vergelijkbare medicijnen die net zo goed of beter werken.