



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen

Zaak : Farmaceutische zorg, preferentiebeleid, atorvastatine en Nexium®, medische noodzaak

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202000301

Zittingsdatum : 28 april 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

- 
- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 
- 2.1. Op 8 november 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 maart 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op dezelfde dag aan verzoeker gezonden.
- 
- 2.3. Op 6 april 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021010240) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 7 april 2021 aan partijen gestuurd.
- 
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 april 2021 gehoord.
- 
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 4 mei 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op dezelfde dag heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 
- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 500 (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 
- 3.2. Verzoeker krijgt al jarenlang de geneesmiddelen atorvastatine 10mg van Pfizer en Nexium® 40mg van Astra Zeneca vergoed ten laste van de zorgverzekering. Op 14 januari 2020 kreeg hij van de apotheek te horen dat hij de genoemde geneesmiddelen vanaf dat moment zelf moest bekostigen.
- 
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 31 juli 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.4. Op 6 april 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

“(…)

Juridisch kader

De Zvw en aanverwante regelgeving biedt de zorgverzekeraar de mogelijkheid van preferentiebeleid bij geneesmiddelen. Preferentiebeleid is alleen mogelijk bij geneesmiddelen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem met dezelfde werkzame stof en dezelfde toedieningsvorm (oraal, dermaal, injectie) die door meer fabrikanten worden gemaakt, de zogenaamde generieke geneesmiddelen. Preferentiebeleid betekent dat de zorgverzekeraar een voorkeur heeft voor het geneesmiddel van een bepaalde fabrikant (preferent geneesmiddel), mits het geneesmiddel dezelfde werkzame stof en dezelfde toedieningsvorm heeft. De zorgverzekeraar vergoedt de preferente geneesmiddelen. Een verzekerde heeft geen recht op vergoeding van een ander geneesmiddel dan het preferente geneesmiddel, tenzij er sprake is van medische noodzaak. De voorschrijvend/behandelend arts dient de medische noodzaak te onderbouwen.

Farmacotherapeutische beoordeling

Nexium® is een merkgeneesmiddel met de werkzame stof esomeprazol. Generieke alternatieven met dezelfde werkzame stof, hoeveelheid, toedieningsvorm en met eenzelfde mate en snelheid van absorptie zouden eenzelfde effect moeten hebben. Gebruikte hulpstoffen kunnen mogelijk afwijken tussen de geneesmiddelen onderling. Dit geldt ook voor atorvastatine van Pfizer. De apotheker van verzoeker geeft aan dat er geen overgevoeligheden voor bepaalde hulpstoffen bekend zijn. Daarnaast is er geen verklaring van de huisarts waarom de wisseling naar een ander merk medisch onverantwoord wordt geacht en welke bijwerkingen in het verleden zijn opgetreden. Tevens bevat het dossier geen recepthistorie van eerder gebruikte geneesmiddelen, waardoor het niet bekend is hoelang de verschillende merken atorvastatine en esomeprazol zijn gebruikt. Het is daardoor niet duidelijk of bijwerkingen geassocieerd kunnen zijn met het gebruik van de generieke merken esomeprazol en atorvastatine of dat de bijwerkingen verklaard kunnen worden door andere oorzaken.

Verzoeker geeft aan atorvastatine van het 'merk' Aristo te hebben gebruikt. Uit de informatie op www.medicijnkosten.nl blijkt dat Prolepha de leverancier is van 'ATORVASTATINE ARISTO TABLET FILMOMHULD 10MG' en dat Aristo de registratiehouder van dit middel is. Atorvastatine van Prolepha zijn aangewezen als preferente geneesmiddelen door verweerder. De apotheker van verzoeker geeft echter aan dat er geen registratie is van het gebruik van atorvastatine van Prolepha. Het is dus niet duidelijk of verzoeker het preferente merk al wel of niet eerder heeft geprobeerd.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat er een medische noodzaak bestaat voor het gebruik van Nexium® 40 mg en atorvastatine 10 mg van Pfizer. Tevens is het onduidelijk of verzoeker het preferente middel atorvastatine 10 mg van Aristo/Prolepha eerder heeft gebruikt.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:
Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat bij verzoeker sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van Nexium® 40 mg en atorvastatine 10 mg van Pfizer. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van deze geneesmiddelen ten laste van de basisverzekering.”

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de geneesmiddelen Atorvastatine 10mg van Pfizer en Nexium® 40 mg van Astra Zeneca alsnog aan hem te vergoeden respectievelijk voortaan aan hem te verstrekken, ten laste van de zorgverzekering.

 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

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 A17 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 verzoeker

 6.2. Verzoeker heeft in 2015 een zaak over de geneesmiddelen atorvastatine 10 mg van Pfizer en Nexium 40 mg van Astra Zeneca voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. De ziektekostenverzekeraar heeft toen verklaard dat als verzoeker daar verzekerd bleef, hij deze middelen vergoed zou krijgen. Van generieke middelen krijgt verzoeker ernstige bijwerkingen. Op 14 januari 2020 vernam hij van de apotheek dat hij de genoemde geneesmiddelen voortaan zelf moest betalen. Verzoeker heeft hierop telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, waarbij een medewerker hem vertelde dat de door hem gebruikte geneesmiddelen gewoon vergoed zouden moeten worden. Verzoeker heeft vervolgens navraag gedaan bij de apotheek, maar daar weigerde men hem zijn geld terug te geven. Ook van de ziektekostenverzekeraar ontving hij, na indiening van de declaratie, geen vergoeding. Dit zou te maken hebben met het preferentiebeleid.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft al jaren een ongewijzigd preferentiebeleid. Er bestaat alleen aanspraak op een merkgeneesmiddel als vaststaat dat een verzekerde niet toe kan met een (merkloos) preferent geneesmiddel. Dat in het verleden een medische noodzaak bestond, maakt niet dat dit voor de toekomst ook automatisch het geval is. Zodra een nieuwe preferente variant wordt aangewezen dient verzoeker deze, net als alle andere verzekerden, eerst te proberen. Beide geneesmiddelen zijn vervangen door geneesmiddelen die volgens het Europees Geneesmiddelen Bureau (EMA) uitwisselbaar zijn. Verzoeker heeft de nieuwe geneesmiddelen niet gedurende veertien dagen geprobeerd, zodat hij de merkgeneesmiddelen niet vergoed krijgt ten laste van de zorgverzekering. Wel heeft de ziektekostenverzekeraar besloten hem de kosten van de merkgeneesmiddelen tot en met 31 juli 2020 coulancehalve te vergoeden.

Overwegingen

 6.4. Een zorgverzekeraar mag een preferentiebeleid voeren, mits van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Dit volgt uit artikel 2.8 Bzv. Een andere voorwaarde is dat de verzekerde recht heeft op een vervangend geneesmiddel als het gebruik van het preferente geneesmiddel medisch gezien niet verantwoord is. Uit pagina 27 van de voorwaarden van de zorgverzekering blijkt dat de ziektekostenverzekeraar een dergelijk preferentiebeleid voert.

 6.5. Op pagina 27 van de voorwaarden van de zorgverzekering verwijst de ziektekostenverzekeraar naar het 'Verzekeringsreglement' (hierna: het reglement). In het reglement wordt verwezen naar Tabel 2, die is gepubliceerd op de website van de ziektekostenverzekeraar. Uit deze tabel is per werkzame stof af te leiden welk voorkeursgeneesmiddel door de ziektekostenverzekeraar is aangewezen. De door verzoeker gebruikte middelen bevatten de werkzame stoffen atorvastatine en esomeprazol.

Voor deze werkzame stoffen zijn door de ziektekostenverzekeraar andere, generieke middelen aangewezen. Om die reden zijn de door verzoeker aangeschafte middelen aanvankelijk niet meer door de ziektekostenverzekeraar vergoed (later tijdelijk wel, op basis van coulance).

- 6.6. De commissie overweegt dat het aan verzoeker is te onderbouwen dat het medisch onverantwoord is de door de ziektekostenverzekeraar aangewezen voorkeursgeneesmiddelen te gebruiken. In dit verband heeft verzoeker een recept van zijn huisarts overgelegd. Hieruit blijkt dat het merkgeneesmiddel Nexium® al vele jaren door de ziektekostenverzekeraar wordt vergoed, en dat verzoeker voorheen diverse varianten van de generieke esomeprazol heeft gebruikt, waarvan hij bijwerkingen ondervond. Bij het middel atorvastatine van Pfizer staat slechts dat hiervoor een medische noodzaak bestaat. Uit de verklaring volgt echter niet welke geneesmiddelen door verzoeker zijn gebruikt en welke bijwerkingen hij toen heeft ervaren. Evenmin is onderbouwd waarom het medisch onverantwoord zou zijn die middelen nog langer te gebruiken. Ook als dit in het verleden is geconcludeerd ten aanzien van de toenmalige preferente middelen, is niet komen vast te staan dat die conclusie tevens opgaat voor de (nieuwe) preferente middelen die door de ziektekostenverzekeraar zijn aangewezen, terwijl voorts niet is gebleken dat verzoeker die laatste middelen al eerder heeft geprobeerd. Dit betekent dat verzoeker er niet in is geslaagd aannemelijk te maken dat voor het gebruik van de beide niet-preferente geneesmiddelen in zijn geval een medische noodzaak bestaat, zodat hij geen aanspraak kan maken op Nexium® en atorvastatine van Pfizer, op grond van de zorgverzekering. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 6 april 2021.

- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 mei 2021,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

4 Nadere Voorwaarden geneesmiddelen

Op menzis.nl staan 4 tabellen met geneesmiddelen. U kunt deze tabellen ook opvragen bij de Menzis Klantenservice op 088 222 40 40. Menzis stelt voor deze geneesmiddelen aanvullende voorwaarden.

Welke voorwaarden gelden er?

Welke voorwaarden gelden er voor de geneesmiddelen in tabel 1?

Voor de geneesmiddelen opgenomen in Tabel 1 gelden de volgende voorwaarden. Alleen als aan deze voorwaarden voldaan is, is er recht op vergoeding van het betreffende geneesmiddel:

- het geneesmiddel voldoet aan de voorwaarden die de Minister heeft opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering, en
- het geneesmiddel moet zijn voorgeschreven door een medisch specialist met specifieke deskundigheid voor dit geneesmiddel zoals aangegeven op de artsverklaring die van toepassing is, en
- de behandelend medisch specialist moet vooraf schriftelijke toestemming van Menzis hebben verkregen, en
- indien u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat moet Menzis in alle gevallen vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven, en
- het geneesmiddel moet op basis van de landelijke artsverklaring door de farmaceutisch zorgaanbieder ter hand worden gesteld.

Tabel 1 vindt u op menzis.nl. U kunt deze ook opvragen bij de Menzis Klantenservice op 088 222 40 40. De artsverklaring vindt u op znformulieren.nl.

Welke voorwaarden gelden er voor de geneesmiddelen in tabel 2?

Voor de geneesmiddelen opgenomen in Tabel 2 geldt de volgende voorwaarde. Alleen als aan deze voorwaarde voldaan is, is er recht op vergoeding van het betreffende geneesmiddel:

- voor de terhandstelling en/of toediening van geneesmiddelen genoemd in Tabel 2 die parenteraal worden toegediend, is voorafgaande toestemming van Menzis vereist, als terhandstelling en/of toediening plaatsvindt met het oog op terhandstelling en/of toediening anders dan in een ziekenhuis.

Onder 'ziekenhuis' wordt verstaan een krachtens artikel 5 van de Wet toelating Zorginstellingen (WTZi) als algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis of academisch ziekenhuis toegelaten instelling voor medisch specialistische zorg.

Onder terhandstelling en/of toediening anders dan in een ziekenhuis wordt in ieder geval verstaan:

- terhandstelling en/of toediening bij de verzekerde thuis, bij de huisarts, of in een ZBC, en
- terhandstelling en/of toediening in een ZBC, infusiekliniek of –ziekenhuis, via een voor toediening van geneesmiddelen opgerichte organisatie.

Bij toediening anders dan in een 'ziekenhuis' wordt toestemming verleend als aan 2 voorwaarden is voldaan:

- a. dat gewaarborgd is dat het geneesmiddel op verantwoorde wijze zal worden toegediend, en
- b. dat behandeling met het geneesmiddel in een 'ziekenhuis' niet mogelijk is binnen een straal van 30 kilometer van de woonplaats van de verzekerde.

U kunt Tabel 2 vinden op [menzis.nl](https://www.menzis.nl). U kunt deze tabel ook opvragen bij de Menzis Klantenservice op 088 222 40 40.

Welke voorwaarden gelden er voor de geneesmiddelen in tabel 3?

Voor de geneesmiddelen opgenomen in Tabel 3 geldt de volgende voorwaarde:

- Menzis beschouwt de behandeling met de geneesmiddelen opgenomen in Tabel 3 als zodanig specialistisch dat terhandstelling en/of toediening altijd plaats dient te vinden in of door een ziekenhuis door of onder directe verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Terhandstelling en/of toediening anders dan in een ziekenhuis is niet toegestaan.

Onder 'ziekenhuis' wordt verstaan een krachtens artikel 5 van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) als algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis of academisch ziekenhuis toegelaten instelling voor medisch specialistische zorg.

Onder terhandstelling en/of toediening anders dan in een ziekenhuis wordt in ieder geval verstaan:

- terhandstelling en/of toediening bij de verzekerde thuis, bij de huisarts of in een ZBC, en
- terhandstelling en/of toediening in een ZBC, infusiekliniek of ziekenhuis, via een voor toediening van geneesmiddelen opgerichte organisatie.

Menzis koopt niet alle geneesmiddelen in alle ziekenhuizen in. Menzis volgt veelal de adviezen van een beroepsgroep van artsen als het gaat om toepassing van geneesmiddelen in een beperkt aantal ziekenhuizen of expertisecentra. Daarmee wordt de kwaliteit van zorg verhoogd.

Tabel 3 kan gedurende het jaar wijzigen. U kunt het meest recente overzicht vinden op [menzis.nl](https://www.menzis.nl). U kunt het overzicht ook opvragen bij de Menzis Klantenservice op 088 222 40 40.

Welke voorwaarden gelden er voor geneesmiddelen in tabel 4?

In tabel 4 staan doorgeleverde- en apotheekbereidingen, waarvan Menzis van oordeel is dat ze geen verzekerde zorg betreffen. Het betreft producten waarvan niet is aangetoond dat er sprake is van rationele farmacotherapie. Deze eis ligt aan eigen bereidingen ten grondslag volgens artikel 2.8 lid 1 van het Besluit Zorgverzekering. Omdat over deze producten veel vragen worden gesteld hebben we ze in een afzonderlijke tabel opgenomen.

Tabel 4 kan gedurende het jaar wijzigen. U kunt het meest recente overzicht vinden op [menzis.nl](https://www.menzis.nl). U kunt het overzicht ook opvragen bij de Menzis Klantenservice op 088 222 40 40.

4.1 Preferente geneesmiddelen

Op [menzis.nl](https://www.menzis.nl) vindt u een actueel overzicht van de werkzame stoffen waarvoor Menzis preferente geneesmiddelen heeft aangewezen en welke geneesmiddelen dat zijn. U kunt het overzicht ook opvragen bij de Menzis Klantenservice op 088 222 40 40. U hebt alleen recht op vergoeding van het door ons aangewezen preferente geneesmiddel.

Tussentijdse uitbreiding

Menzis kan tussentijds in een kalenderjaar voor andere geneesmiddelen besluiten preferentiebeleid te gaan voeren, bijvoorbeeld als een geneesmiddel uit patent gaat.

Medische noodzaak

Identieke geneesmiddelen van andere leveranciers komen niet voor vergoeding in aanmerking, tenzij er volgens de behandelend arts sprake is van een medische noodzaak om u met een niet-preferent middel te behandelen. Dan wordt ook dat geneesmiddel volledig vergoed. Hiervoor dient de arts 'MN' op een recept te schrijven.

U heeft alleen recht op een spécialité (merkgeneesmiddel) als vaststaat dat u niet met één ander generieke (merkloos) geneesmiddel anders dan het preferente geneesmiddel behandeld kunt worden.

Als u een niet-preferent geneesmiddel wenst te gebruiken, zonder dat daarvoor een medische noodzaak is vastgesteld, dan moet u de volledige kosten daarvan zelf betalen.

4.2 Dieetpreparaten voor medisch gebruik

Dieetvoeding voor medisch gebruik wordt vergoed als de verzekerde recht heeft op verstrekking volgens de voorwaarden genoemd in uw Basisverzekering Menzis Basis (zie verzekeringsvoorwaarden en de voorwaarden van de artsenverklaring.)

Niet-geregistreerde allergenen worden niet vergoed tenzij na machtiging vooraf van de zorgverzekeraar. Hierbij gelden de volgende voorwaarden:

- het niet-geregistreerde allergeen mag in de handel zijn van de IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg), en
- de arts geeft een toelichting waarom verzekerde niet behandeld kan worden met een geregistreerd product, en
- de arts levert bij zijn aanvraag 2 wetenschappelijke artikelen aan waaruit de werkzaamheid van het betreffende product blijkt.

handelsvergunning nodig. Die vergunning wordt alleen verleend als het (merk- of merkloze) geneesmiddel voldoet aan strenge kwaliteitseisen.

Welke zorg

Geregistreerde geneesmiddelen

Met uitzondering van de uitgesloten middelen bedoeld onder het kopje 'Preferentiebeleid', heeft u recht op alle geneesmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke geneesmiddelen dat zijn, is te vinden in Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op overheid.nl. Als u wilt weten of een bepaald geneesmiddel op deze lijst staat, kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Niet geregistreerde geneesmiddelen

U heeft recht op geneesmiddelen die in de apotheek zelf zijn bereid. Ook heeft u recht op geneesmiddelen die uw arts voor gebruik door u bestelt, als dit geneesmiddel in Nederland is bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, 1^e lid, onder mm van de Geneesmiddelenwet. Indien het gaat om een bestelling van een geneesmiddel dat in Nederland niet in de handel is maar wel in een ander land, is dit slechts toegestaan als u lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. In alle gevallen moet het gaan om rationele farmacotherapie. Dat wil zeggen dat behandeling plaatsvindt met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en de effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering.

Advies en begeleiding

In deze zorg is het advies van en de begeleiding door degene die u het geneesmiddel ter hand stelt, inbegrepen.

Let op

Er gelden beperkingen ten aanzien van: preferentiebeleid, indicatie, plaats van toediening en maximale periode.

Preferentiebeleid

Ieder geneesmiddel heeft een werkzame stof. U heeft recht op alle werkzame stoffen die voorkomen in de geneesmiddelen in bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. Vaak zijn er verscheidene geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof op de markt. Bij sommige geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en dezelfde toedieningsvorm heeft u alleen recht op die geneesmiddelen die door Menzis zijn aangewezen. Dit zijn de zogenaamde preferente geneesmiddelen. Voor welke werkzame stoffen preferente geneesmiddelen zijn aangewezen en welke geneesmiddelen dat zijn, vindt u in het Verzekeringsreglement. In uitzonderingsgevallen kan het voorkomen dat behandeling met een preferent geneesmiddel medisch niet verantwoord is. Dan heeft u recht op een ander geneesmiddel uit Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op overheid.nl.

Let op

U heeft alleen recht op een spécialité (merkgeneesmiddel) als vaststaat dat u niet met een generiek (merkloos) geneesmiddel anders dan het preferente geneesmiddel behandeld kunt worden. U hoeft niet meer dan 2 generieke geneesmiddelen te proberen.

Preferente geneesmiddelen

Als behandeling met een preferent geneesmiddel niet medisch verantwoord is en u dus een ander, niet-preferent, geneesmiddel wilt gebruiken, heeft u voorafgaande toestemming nodig. Als u naar een apotheker gaat waarmee Menzis een overeenkomst heeft gesloten, geeft deze apothek u het geneesmiddel meteen mee als u een door een arts ondertekend recept inlevert waarop de arts ‘medisch noodzakelijk’ of MN heeft geschreven. Of als u samen met het recept een door uw huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts, ingevulde verklaring inlevert. Gaat u naar een apotheker waarmee Menzis geen overeenkomst heeft gesloten dan vraagt u met het Aanvraagformulier farmaceutische zorg toestemming aan Menzis. Bij dit formulier moet u een gemotiveerde toelichting van uw arts sturen. Als het gaat om medicatie die u voor het eerst gebruikt, heeft u de 1^e 15 dagen ook zonder toestemming van Menzis recht op het geneesmiddel. U moet dan wel binnen die 15 dagen een aanvraag voor toestemming bij Menzis indienen. Als u de aanvraag niet tijdig indient, of als gebruik van het preferente middel volgens Menzis wel medisch verantwoord is, heeft u na de 15^e dag geen recht meer op het niet-preferente geneesmiddel.

Indicatie

Op sommige geneesmiddelen heeft u alleen recht als u een indicatie heeft die in de wettelijke regeling is omschreven. U vindt deze geneesmiddelen en indicaties in Bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op overheid.nl. Voor sommige geneesmiddelen die op Bijlage 2 staan gelden ook andere voorwaarden, die u vindt in het Verzekeringsreglement. U kunt het Verzekeringsreglement vinden op menzis.nl of opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Plaats van toediening

Sommige geneesmiddelen mogen alleen in een ziekenhuis worden toegediend en/of ter hand gesteld, tenzij Menzis toestemming heeft gegeven voor toediening en/of terhandstelling elders. In tabel 2 in het Verzekeringsreglement staan deze geneesmiddelen vermeld. De geneesmiddelen die in tabel 3 van het Verzekeringsreglement staan, mogen alleen in een ziekenhuis worden toegediend en/of ter hand gesteld. Toediening of terhandstelling buiten het ziekenhuis is niet verzekerd. In het Verzekeringsreglement staat ook wat onder een ziekenhuis wordt verstaan.

Minimale- en maximale afleverperiode voor geneesmiddelen

Het recept van de arts en de voorgeschreven hoeveelheid geneesmiddel is leidend voor de hoeveelheid geneesmiddelen die afgeleverd wordt door uw apothek, tenzij deze boven de onderstaande hoeveelheden uitkomen. Een andere reden kan zijn dat de houdbaarheid van een geneesmiddel ervoor zorgt dat u slechts een deel meekrijgt. De apotheker zal dit altijd met u overleggen.

- Een nieuw voorgeschreven geneesmiddel krijgt u voor 15 dagen mee. Of u krijgt de kleinste geneesmiddelenverpakking. Als het gaat om een geneesmiddel waarvoor het preferentiebeleid geldt, krijgt u de kleinste verpakking van dat preferente geneesmiddel mee.
- Voor de anticonceptiepil geldt een aflevertermijn van 3 maanden voor een nieuw voorgeschreven geneesmiddel. Daarna geldt een termijn van 6 of 12 maanden naar keuze van de verzekerde in overleg met de apotheker of apothekersassistente.
- Bij geneesmiddelen die duurder zijn dan € 1.000 per maand wordt na de 1^e uitgifte maximaal voor een periode van 1 maand afgeleverd. Bij hiv-medicatie geldt dat na een instelperiode van 3 maanden voor een periode van maximaal 3 maanden mag worden afgeleverd.
- Tenminste 3 maanden en ten hoogste 6 maanden voor alle geneesmiddelen, die u langdurig moet gebruiken (voor chronisch gebruik). Tenminste 3 maanden en ten hoogste 12 maanden voor merkloze geneesmiddelen en geneesmiddelen die in het Menzis preferentiebeleid zijn opgenomen (voor chronisch

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.