

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW
Zorgverzekeraar te Schiedam

Zaak : Farmaceutische zorg, Durogesic® 50 mcg/uur, medische noodzaak, hoogte vergoeding

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

Zaaknummer : 202101621

Zittingsdatum : 17 augustus 2022

1. Partijen

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

tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 15 februari 2022 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 21 maart 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 30 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 2 juni 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 16 juni 2022 respectievelijk 21 juni 2022 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.4. Bij brief van 21 juni 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022022479) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 23 juni 2022 aan partijen gestuurd. Hierbij is verzoekster gevraagd de door het Zorginstituut geadviseerde nadere informatie van de voorschrijver (dit is haar huisarts) aan te leveren.

Verzoekster heeft de verklaring van haar huisarts van 4 juli 2022 aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 6 juli 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij deze de mogelijkheid heeft gekregen te reageren op zowel de verklaring van de huisarts als op het voorlopig advies van het Zorginstituut. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 juli 2022 gereageerd op voornoemde stukken. Een kopie van deze reactie is op 19 juli 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.5. Afschriften van de verklaring van de huisarts van 4 juli 2022 en van de reactie van de ziektekostenverzekeraar van 15 juli 2022 zijn op 19 juli 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek een definitief advies uit te brengen. Bij brief van 20 juli 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 juli 2022 aan partijen gezonden, waarbij zij de mogelijkheid hebben gekregen hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 juli 2022 meegedeeld dat hij geen inhoudelijke reactie heeft op het definitieve advies. Een kopie van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 25 juli 2022 is op 1 augustus 2022 ter informatie aan verzoekster gestuurd. Verzoekster heeft binnen de gestelde termijn niet op het definitieve advies van het Zorginstituut gereageerd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is met ingang van 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Compact (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Door de apotheek en vervolgens door verzoekster zelf zijn nota's ingediend ter zake van het geneesmiddel Durogesic® 50 mcg/uur. Deze zijn door de ziektekostenverzekeraar gedeeltelijk vergoed.
- 3.3. Bij brief van 19 april 2021 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar voor de eerste maal verzocht de kosten van het geneesmiddel alsnog volledig te vergoeden. Bij brief van 10 mei 2021 reageerde de ziektekostenverzekeraar hierop afwijzend. Bij brief van 11 mei 2021 heeft verzoekster haar verzoek herhaald, waarna de ziektekostenverzekeraar haar bij brief van 12 mei 2021 antwoordde, dat hij bij het ingenomen standpunt bleef. Op 17 mei 2021 volgde een telefonisch contact. Bij e-mailbericht van die zelfde datum zond de ziektekostenverzekeraar een bevestiging van hetgeen hij telefonisch had meegedeeld. Bij brief van 21 mei 2021 vroeg verzoekster nogmaals aandacht voor de kwestie. De ziektekostenverzekeraar reageerde hierop bij brief van 11 juni 2021, onder handhaving van het reeds ingenomen standpunt.
- 3.4. Bij brief van 21 juni 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn voorlopig advies aan de commissie, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Durogesic® is een merkgeneesmiddel met de werkzame stof fentanyl. Generieke alternatieven met dezelfde werkzame stof, hoeveelheid, toedieningsvorm en met eenzelfde mate en snelheid van absorptie zouden eenzelfde effect moeten hebben. Fentanyl is niet vermeld op bijlage B (rode categorie) of bijlage C (oranje categorie) van de leidraad 'Verantwoord Wisselen Medicijnen'. Dit betekent dat fentanyl in de groene categorie valt. Bij medicijnen 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.

Gebruikte hulpstoffen kunnen afwijken tussen de geneesmiddelen onderling. Er kan een allergie bestaan voor een hulpstof, waardoor het medisch gezien onverantwoord kan zijn om een preferent middel met die hulpstof te gebruiken.

De Durogesic® pleisters en de generieke pleisters van Sandoz bevatten hulpstoffen die in de tabel hieronder zijn weergegeven. Er bestaat dus een verschil in hulpstoffen. Indien er sprake is van een allergie voor een van de hulpstoffen, zouden klachten zoals jeuk en/of roodheid kunnen optreden. (...)

Nader onderzoek

Het dossier bevat aanwijzingen dat verzoekster allergisch is voor één of meerdere hulpstoffen. De medische noodzaak is echter niet onderbouwd door de voorschrijver of eventueel op basis van een allergietest. Om te kunnen beoordelen of verzoekster aanspraak kan maken op de vergoeding van fentanylpleisters van het merk Durogesic® dient een nadere informatie van de voorschrijver over de medische noodzaak toegevoegd te worden aan het dossier."

- 3.5. De huisarts van verzoekster heeft op 4 juli 2022 het volgende verklaard:

"Ik wil bij deze aangeven dat dit echt niet het werk van een huisarts is. Mijn werk bestaat uit patiënten ondersteunen en dat is soms ook met medicijnen. Als een patiënte mij vertelt dat ze last heeft van een bepaald middel, probeer ik patiënte altijd te over[t]uigen het nogmaals te proberen. Als zij mij vervolgens aangeeft hier blijvend last van te hebben, dan ga ik er vanuit dat de patiënte de waarheid vertelt.

Ik heb meerdere malen patiënte aangegeven dat ik niet meer kan doen dan medische noodzaak opschrijven om dat ze er last van heeft. Dit heb ik dan ook gedaan. Hier hebben we soms discussie over gehad, om dat zij telkens brieven kreeg van [de] verzekering of [de] geschillencommissie waarin stond dat ik als huisarts dan weer iets moest doen.

Dit heeft onze arts-patiënt relatie behoorlijk onder druk gezet een tijdlang, omdat ik telkens aangaf dat ik geen bewijs kan leveren waarom ze er last van heeft (precies welke hulpstof precies welke reactie geeft). Zij heeft dat opgevat dat ik dat dus niet WIL doen.

Het is geen kwestie van niet willen. Het is een kwestie van de verkeerde vraag aan de verkeerde persoon en gebaseerd op wantrouwen.

Daarom heb ik [naam verzoekster] gebeld nav het gesprek met de (overigens zeer vriendelijke) medewerker van SKGZ en besloten om dit briefje gezamenlijk te schrijven. En te ondertekenen met een dikke paarse krokodil.

Meer kunnen we niet doen. Meer ga ik ook niet meer doen. Zowel zij als ik zijn hier al maanden af en aan mee bezig. En zij is slechts 1 van mijn patiënten."

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 juli 2022, in reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut, het volgende verklaard:

"Allereerst schrijft het Zorginstituut bovenaan pagina 2 van 4: "Verzoekster krijgt derhalve sinds mei 2021 geen vergoeding meer voor de Durogesic® pleisters". Voorgaande is onjuist. De kosten worden en zijn conform de zorgovereenkomst (indien de apotheek rechtstreeks bij ons declareert) of de polisvoorwaarden (indien de verzekerde bij ons declareert) vergoed. [Naam verzoekster] declareert de Durogesic® pleisters sinds mei 2021 bij ons en heeft hiervoor een (cluster)vergoeding ontvangen. Deze vergoeding is gelijk aan hetgeen de apotheker heeft en zou hebben ontvangen ook indien de apotheker van oordeel was dat er wel een - onderbouwde/bewezen - medische noodzaak was.

(...)

Wij hanteren echter geen preferentiebeleid en hebben geen geneesmiddelen aangewezen. Wij maken ook geen afspraken van dergelijke strekking in onze contracten met apothekers. Derhalve is het genoemde arrest niet van toepassing op onze zorgverzekering en op de onderhavige situatie van [naam verzoekster]. Bovendien hebben wij in de onderhavige situatie ook geen beslissing genomen ten aanzien van de medisch noodzaak."

- 3.7. Bij brief van 20 juli 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn definitieve advies aan de commissie, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:

"(...) Verweerder beoordeelt de medische noodzaak niet zelf en laat het oordeel over een eventuele medische noodzaak over aan de apotheker. Verzoekster krijgt derhalve sinds mei 2021 een gedeeltelijke vergoeding voor de Durogesic® pleisters.

Verzoekster en haar huisarts hebben in reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut d.d. 4 juli 2022 aangegeven dat het niet de taak is van een huisarts om te bewijzen dat verzoekster

allergisch is voor een bepaalde hulpstof. Verzoekster heeft aangegeven dat zij last heeft van een bepaald middel en de huisarts gaat ervan uit dat zij de waarheid spreekt.

In het voorlopig advies is het Zorginstituut er vanuit gegaan dat verweerder een preferentiebeleid voert. Dit is echter niet het geval. Verweerder heeft in de brief van 15 juli 2022 aangegeven dat verweerder geen preferentiebeleid hanteert en dat er geen geneesmiddelen zijn aangewezen. Verweerder geeft verder aan dat de vergoeding niet is afgewezen en dat geen beslissing is genomen over de medische noodzaak.

Juridisch kader

De Zvw en aanverwante regelgeving biedt de zorgverzekeraar de mogelijkheid van preferentiebeleid bij geneesmiddelen. In dat geval vergoedt de zorgverzekeraar enkel het aangewezen geneesmiddel, tenzij sprake is van een medische noodzaak. Als een zorgverzekeraar geen preferentiebeleid voert dan komen alle geneesmiddelen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) voor vergoeding in aanmerking tot [de] (wettelijk bepaalde) vergoedingslimiet. Eventueel moet een verzekerde voor een duurder geneesmiddel (prijs hoger dan vergoedingslimiet) een eigen bijdrage betalen.

Zorgverzekeraars kunnen met apothekers bepaalde prijsafspraken maken. Zo kan een zorgverzekeraar met een apotheker afspreken dat de zorgverzekeraar alleen de prijs van het goedkoopste middel vergoedt. Dit wordt ook wel de laagste prijs garantie genoemd. Het hanteren van de laagste prijs garantie beoogt bij te dragen aan het doelmatiger voorschrijven van geneesmiddelen. Door de prijs van het goedkoopste middel te vergoeden, wordt aangestuurd op afname van het goedkoopste middel.

Beoordeling

De informatie in het dossier is juridisch beoordeeld.

Verweerder voert [aan] geen preferentiebeleid [te voeren] maar heeft in 2021 prijsafspraken gemaakt met apothekers. Verweerder heeft voor groepen van geneesmiddelen een vergoedingsprijs vastgesteld, dit is volgens verweerder geen beperking van de aanspraak.

Aangezien verweerder geen preferentiebeleid voert is de beoordeling van de medische noodzaak niet aan de orde. Durogesic® pleisters zijn opgenomen in het GVS en komen voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Verweerder heeft de pleisters gedeeltelijk vergoed. Het Zorginstituut kan gelet op zijn adviestaak echter niet adviseren over de hoogte van de vergoeding.

Naar aanleiding van de prijsafspraken tussen verweerder en de apotheker merkt het Zorginstituut het volgende op. Als de apotheker een ander (duurder) middel ter hand stelt aan een verzekerde, is het de apotheker (en dus niet de verzekerde) die verlies lijdt. De apotheker draait in dat geval op voor het verschil tussen de prijs van het goedkoopste middel en de prijs van het duurdere middel. Afspraken tussen zorgverzekeraars en apothekers kunnen niet aan een verzekerde worden tegengeworpen. De aanspraak op farmaceutische zorg wordt bepaald in het Besluit zorgverzekering. Afspraken tussen zorgverzekeraars en apothekers vallen daarbuiten.

Conclusie

Verweerder voert geen preferentiebeleid en Durogesic® pleisters zijn opgenomen in het GVS. Verzoekster kan daarom aanspraak maken op de vergoeding van Durogesic® pleisters ten laste van de basisverzekering. Het Zorginstituut kan niet adviseren over de hoogte van de vergoeding."

4. Het geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van het geneesmiddel Durogesic® 50 mcg/uur alsnog volledig 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 14, derde lid, 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 geneesmiddelen 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 toegelicht dat zij op 17 mei 1997 een bedrijfsongeval in de zorg heeft gehad. Zij lijdt aan de chronische ziekte Complex Regionaal Pijnsyndroom (CRPS) en heeft hevige zenuwpijnen. Sinds ongeveer 2012 gebruikt zij op voorschrift van de anesthesioloog het geneesmiddel Durogesic® 50 mcg/uur. De kosten, inclusief de terhandstellingskosten, bedragen thans € 76,44 voor tien pleisters. Eén pleister kan gedurende drie dagen worden gebruikt. De ziektekostenverzekeraar vergoedt per aflevering maar € 12,53. Op jaarbasis blijft een bedrag van € 769,38 voor rekening van verzoekster.
- Volgens verzoekster hanteert de ziektekostenverzekeraar bij de bepaling van de vergoeding de Laagste Prijs Garantie. De vergoeding is hierbij gelijk aan de laagste clusterprijs.
- Verzoekster verklaart dat voor het gebruik van het merkgeneesmiddel een medische noodzaak bestaat. Dit blijkt uit stukken van medisch specialisten die door haar zijn overgelegd, uit een verklaring van de voorschrijvend huisarts van 21 oktober 2021, en wordt onderschreven door de apotheker.
- Volgens verzoekster heeft zij eerder de generieke variant van fentanyl gebruikt. Dit was tijdens een ziekenhuisopname in 2017, onder gecontroleerde omstandigheden. Zij kreeg toen rode vlekken op de huid en werd dol van "de effecten in haar hoofd". Deze bijwerkingen zijn onacceptabel en zijn beschreven in een uitspraak van de Geschillencommissie Ziekenhuizen.
- Verzoekster verklaart dat zij sinds 1 januari 2021 bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd. Bij haar vorige zorgverzekeraar had zij deze problemen niet en werden de kosten van het geneesmiddel volledig vergoed.
- Verzoekster meent dat haar verzoek moet worden beoordeeld vanuit een ethische houding en dat de ziektekostenverzekeraar moet kiezen voor artsen en zijn verzekerde. Hierbij verwijst zij naar de eed van Hippocrates. De ziektekostenverzekeraar gedraagt zich als een financieringsmaatschappij, is naar haar toe niet respectvol, gedraagt zich als een "kwelgeest", en toont geen compassie. Waar dit toe kan leiden blijkt uit de toeslagenaffaire. In dit verband haalt verzoekster publicaties aan van diverse auteurs, zoals Ahrendt, Luther, Omtzigt en Smalhout.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn bijwerkingen meestal toe te schrijven aan de werkzame stof in een geneesmiddel. Bij uitzondering wordt de allergie of overgevoeligheid veroorzaakt door een hulpstof. In dat geval kan de apotheker een alternatief geneesmiddel ter hand stellen. Hierbij is het uitgangspunt dat de arts voorschrijft op basis van de werkzame stof. Een afwijking is mogelijk in geval van een medische noodzaak. Bestaat een dergelijke noodzaak, dan geeft de apotheker het merkgeneesmiddel. De kosten declareert hij rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar. Wordt het merkgeneesmiddel ter hand gesteld zonder medische noodzaak, dan betaalt de verzekerde de kosten zelf en kan hij daarna de van de apotheek ontvangen nota zelf indienen bij de ziektekostenverzekeraar.
- De polisvoorwaarden, waarin het voorgaande is vastgelegd, zijn niet gewijzigd. Wel is er een wijziging geweest in de met de apotheken gemaakte afspraken. Met ingang van 2021 zijn voor groepen geneesmiddelen vergoedingsprijzen vastgesteld. Anders dan verzoekster stelt, zijn deze

niet per definitie gelijk aan de laagste clusterprijs. Binnen deze systematiek zijn de werkelijke kosten soms lager, en dan 'verdient' de apotheker erop. In een ander geval zijn de kosten hoger en legt hij erop toe. Volgens de ziektekostenverzekeraar kan dit ertoe hebben geleid dat de apothekers strikter zijn gaan beoordelen. In de situatie van verzoekster bestaat volgens de apotheker geen medische noodzaak voor Durogesic® 50 mcg/uur.

Naar aanleiding van de correspondentie met de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het niet op zijn weg ligt contact op te nemen met de voorschrijver van het merkgeneesmiddel. De huisarts van verzoekster kan de medische noodzaak desgewenst bespreken met de apotheker.

Overwegingen commissie

- 6.4. In de eerste plaats dient te worden beoordeeld of de ziektekostenverzekeraar een preferentiebeleid voert waarbij hij bepaalde geneesmiddelen aanwijst, waardoor hij andere (al dan niet goedkopere) alternatieven met dezelfde werkzame stof uitsluit van vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Uit het bepaalde in artikel 34 van de voorwaarden van de zorgverzekering blijkt dat de ziektekostenverzekeraar geen geneesmiddelen heeft aangewezen, en dus geen preferentiebeleid als bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onder a, in samenhang met artikel 2.8, derde lid, Bzv, voert.
- In lid 2.5 van artikel 34 van de verzekeringsvoorwaarden is evenwel bepaald dat de apotheker het goedkoopste merkloze geneesmiddel aflevert, tenzij de apotheker van mening is dat op basis van het recept van de voorschrijvend arts een ander generiek geneesmiddel dan wel merkgeneesmiddel moet worden afgeleverd.
- Zoals door het Zorginstituut in het definitieve advies van 20 juli 2022 wordt opgemerkt, kunnen afspraken tussen zorgverzekeraars en apothekers, anders dan in het kader van het wettelijk preferentiebeleid als hiervoor bedoeld, niet aan een verzekerde worden tegengeworpen. Dit betekent dat al hetgeen partijen hebben aangevoerd over de medische noodzaak – welk begrip uitsluitend relevant is in relatie tot het wettelijk preferentiebeleid – voor kennisgeving wordt aangenomen. Overigens is in dit verband door de ziektekostenverzekeraar in de brief van 15 juli 2022 verklaard dat zijnerzijds géén beslissing is genomen over de medische noodzaak in het geval van verzoekster.
- Aan verzoekster is door de apotheker het merkgeneesmiddel ter hand gesteld en het geschil betreft daarom alleen nog de hoogte van de vergoeding voor dat geneesmiddel. Met betrekking hiertoe geldt het volgende.
- 6.5. Durogesic® 50mcg/uur is een geregistreerd geneesmiddel, dat door de minister van VWS is opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) en daarmee is aangewezen als een te vergoeden geneesmiddel in de zin van artikel 2.8, eerste lid, onder a, Bzv. In het kader van het GVS zijn geneesmiddelen ingedeeld in clusters, waarbij per cluster een vergoedingslimiet is bepaald.
- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 juli 2022 toegelicht dat ongeacht door wie wordt gedeclareerd – dat wil zeggen hetzij door de apotheker rechtstreeks hetzij door de verzekerde – met ingang van het jaar 2021 steeds “de (cluster) vergoeding” wordt verleend, ook als sprake is van terhandstelling van het (duurdere) merkgeneesmiddel vanwege een medische noodzaak. In dit geval zou dat niet anders zijn. Verzoekster heeft dit bestreden en gesteld dat de ziektekostenverzekeraar uitgaat van de Laagste Prijs Garantie, in de praktijk de laagste prijs van een geneesmiddel binnen een bepaald cluster.
- 6.7. Zoals hiervoor is overwogen, voert de ziektekostenverzekeraar geen preferentiebeleid en kunnen de door hem met de apotheker gemaakte afspraken verzoekster niet worden tegengeworpen. Dit betekent dat zij aanspraak heeft op vergoeding van het merkgeneesmiddel tot het bedrag van de vergoedingslimiet van het desbetreffende cluster, een en ander overeenkomstig het bepaalde in artikel 34 lid 2.3 onder a van de verzekeringsvoorwaarden. Het eventuele meerdere komt, in de vorm van een eigen bijdrage, dan voor rekening van verzoekster.

Onduidelijk is echter of door de ziektekostenverzekeraar hieraan toepassing is gegeven. Op grond van artikel 34 lid 2.5 wordt namelijk de prijs van het goedkoopste geneesmiddel in het cluster vergoed, en deze kan lager zijn dan het bedrag van de vergoedingslimiet. Dit laatste is ook feitelijk door verzoekster gesteld en door de ziektekostenverzekeraar niet gemotiveerd bestreden. De commissie moet er daarom rekening mee houden dat aan verzoekster mogelijk een te laag bedrag is vergoed. Voor zover dit aan de orde is, dient de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een aanvullende vergoeding te verlenen, tot het bedrag van de vergoedingslimiet van het desbetreffende cluster.

6.8. Gezien de onduidelijkheid die is gerezen rond het vergoedingenbeleid, acht de commissie termen aanwezig om te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld ad € 37,- aan verzoekster moet vergoeden, ook indien zou blijken dat aan haar wél de correcte vergoeding is verleend.

6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster, voor zover aan de orde, een aanvullende vergoeding moet verlenen tot het bedrag van de vergoedingslimiet van het cluster waarin Durogesic® 50 mcg/uur is opgenomen;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 25 augustus 2022,

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

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 blijkens 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.

ARTIKEL 34 FARMACIE

LID 1 INLEIDING

Wij onderscheiden:

- a. farmaceutische zorg (zie lid 3 van dit artikel);
- b. geneesmiddelen (zie lid 4 tot en met 9 van dit artikel).

Geneesmiddelen zijn onderverdeeld in:

- a. geregistreerde geneesmiddelen (niet zijnde zelfzorggeneesmiddelen, zie lid 5 van dit artikel);
- b. zelfzorggeneesmiddelen (zie lid 6 van dit artikel);
- c. geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt (zie lid 7 van dit artikel);
- d. niet (in Nederland) geregistreerde geneesmiddelen (zie lid 8 van dit artikel);
- e. dieetpreparaten (zie lid 9 van dit artikel).

LID 2 ALGEMENE INFORMATIE

LID 2.1 REGLEMENT FARMACIE

Wij hanteren voor de nadere voorwaarden met betrekking tot de toegang tot farmaceutische zorg een Reglement Farmacie. Het Reglement maakt deel uit van deze polisvoorwaarden. Meer informatie vindt u op onze website.

LID 2.2 GENEESMIDDELEN VERGOEDINGENSYSTEEM (GVS)

De overheid heeft bepaald welke geneesmiddelen onder welke voorwaarden en bij welke medische indicatie voor vergoeding in aanmerking komen. Het GVS regelt de vergoeding van geregistreerde geneesmiddelen. Op deze lijst zijn alle geneesmiddelen geplaatst die zorgverzekeraars kunnen vergoeden. Deze lijst wordt Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemd.

Het GVS is zodanig opgesteld dat voor alle verzekerden geschikte geneesmiddelen beschikbaar zijn zonder dat zij hiervoor zouden moeten bijbetalen. Voor sommige geneesmiddelen in het GVS geldt een eigen bijdrage (zie lid 2.3 van dit artikel). Daarnaast kennen sommige geneesmiddelen extra voorwaarden (zie lid 2.4 van dit artikel).

LID 2.3 EIGEN BIJDRAGE

Het GVS maakt onderscheid tussen geneesmiddelen die onderling vervangbaar zijn (a) en geneesmiddelen die niet onderling vervangbaar zijn (b).

a. *Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen*

Deze geneesmiddelen zijn in groepen verdeeld volgens bepaalde criteria en opgenomen in Bijlage 1a van het GVS. Voor elke groep (cluster) geneesmiddelen heeft de overheid een vergoedingslimiet vastgesteld (de maximale vergoeding die u kunt krijgen). Is het geneesmiddel dat u krijgt voorgeschreven uit die groep duurder, dan betaalt u zelf de kosten boven de vergoedingslimiet als eigen bijdrage. De eigen bijdrage geldt ook voor een magistrale bereiding (apotheekbereiding) van een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage geldt. Per kalenderjaar betaalt u voor deze geneesmiddelen maximaal een eigen bijdrage van € 250,-.

b. *Niet onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen*

Deze geneesmiddelen staan in het GVS in Bijlage 1b en worden volledig vergoed. Hiervoor geldt dus geen eigen bijdrage.

LID 2.4 EXTRA VOORWAARDEN

In Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering is een overzicht van geneesmiddelen opgenomen waarvoor extra voorwaarden gelden die te maken hebben met de aandoening waarvoor het geneesmiddel wordt gebruikt. Ook voor dieetpreparaten zijn in voornoemde Bijlage 2 voorwaarden opgenomen.

In het Reglement Farmacie van DSW staat vermeld bij welke geneesmiddelen van deze Bijlage 2 wij vooraf toetsen of u aan die voorwaarden voldoet. Deze lijst kan tussentijds worden aangepast door wijzigingen in de wet- en regelgeving. De wijzigingen worden geplaatst op onze website.

LID 2.5 MEDISCHE NOODZAAK

Naast merkgeneesmiddelen (*spécialités*) zijn er ook merkloze (generieke) geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, dezelfde sterkte en dezelfde toedieningsvorm. De apotheker zal het goedkoopste merkloze geneesmiddel afleveren, tenzij de apotheker van mening is, dat er op basis van het recept van de voorschrijvend arts een ander generiek geneesmiddel dan wel merkgeneesmiddel moet worden afgeleverd.

Uw apotheker weet dus welk middel hij u kan leveren. Als u zonder dat medische noodzaak is aangetoond, toch het duurdere merkgeneesmiddel of een duurder merkloos geneesmiddel neemt, moet u zelf de kosten van dit geneesmiddel voorschieten. U kunt deze nota bij ons indienen en krijgt u van ons de prijs van het goedkoopste geneesmiddel in het cluster vergoed.

LID 3 FARMACEUTISCHE ZORG

Farmaceutische zorg omvat de terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de onder lid 1 genoemde geneesmiddelen.

LID 3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden de terhandstelling van geneesmiddelen zoals beschreven in lid 4 tot en met 8 van dit artikel.

LID 3.2 ZORG VAN APOTHEKER OF APOTHEEKHOUDEND HUISARTS ZONDER OVEREENKOMST*Vrije tarieven*

Wanneer u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts gaat waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten, dan vergoeden wij de farmaceutische zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 4 ALGEMENE VOORWAARDEN GENEESMIDDELEN*Voorschrift*

De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door de behandelend arts, kaakchirurg, tandarts, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. Bij dieetpreparaten kan de voorschrijver ook een diëtist zijn.

Zorgaanbieder

De geneesmiddelen zijn ter hand gesteld door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

LID 4.1 ZORG VAN APOTHEKER OF APOTHEEKHOUDEND HUISARTS ZONDER OVEREENKOMST*Vrije tarieven*

Wanneer u naar een apotheker of apothekhoudend huisarts gaat waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten, dan vergoeden wij de geneesmiddelen tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 5 GEREISTREERDE GENEESMIDDELEN BEHALVE ZELFZORGGENEESMIDDELEN**LID 5.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN**

Wij vergoeden de geregistreeerde geneesmiddelen zoals beschreven in lid 2 van dit artikel.

LID 5.2 VOORWAARDEN*Algemeen*

Het gaat om geregistreeerde geneesmiddelen in het GVS.

Machtiging

Voor geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden (zie lid 2.4 van dit artikel) gelden, is een machtiging nodig. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden en het Reglement Farmacie.

LID 5.3 UITSLUITINGEN

Niet vergoed worden:

- a. geneesmiddelen die volgens de Regeling zorgverzekering niet vergoed mogen worden;
- b. maagzuurremmers die u korter dan zes maanden gebruikt;
- c. de eerste uitgifte van maagzuurremmers die u langer dan zes maanden gebruikt;
- d. anticonceptiva voor een verzekerde van 21 jaar en ouder;
- e. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreeerd geneesmiddel dat niet in het GVS zit tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- f. vitaminen, mineralen en paracetamol waarvoor een gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig alternatief bestaat in de vrije verkoop;
- g. homeopathische en antroposofische producten en geneesmiddelen;
- h. voedingssupplementen en niet als geneesmiddel geregistreeerde vitaminen;
- i. geneesmiddelen en inenting en die tot doel hebben een ziekte te voorkomen in verband met een reis;
- j. geneesmiddelen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
- k. geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub f van de Geneesmiddelenwet;
- l. andere kosten (zoals administratie- of verzendkosten).