

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en Onderlinge
Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te
Leiden

Zaak : Farmaceutische zorg, magistrale receptuur, dexamfetamine, rationele
farmacotherapie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019-2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en
2.8 Bzv, 2.5 e.v. en bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende
ziektelkostenverzekering 2019-2022

Zaaknummer : 202200893

Zittingsdatum : 5 april 2023

1. Partijen

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

en

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 12 september 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 12 november 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 12 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 14 december 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 17 januari 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022051379) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op dezelfde dag aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 april 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 12 april 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 17 januari 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 19 april 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Verder is het Zorginstituut ingegaan op enkele vragen van de commissie. Een afschrift van het definitief advies van het Zorginstituut is op 19 april 2023 aan partijen gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoeker heeft, iets buiten deze termijn, bij e-mailbericht van 8 mei 2023 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 9 mei 2023 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was van 2019 tot en met 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Gemak Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Gemak en Module Buitenland (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

- 3.2. Op 23 juli 2019 is ten behoeve van verzoeker een eerste aanvraag gedaan voor vergoeding van magistraal bereide dexamfetamine. Hierop is door de ziektekostenverzekeraar bij brief van 13 augustus 2019 afwijzend beslist.
- 3.3. Bij brief van 6 april 2021 hebben de behandelend orthopedagoog en de arts JGGZ over verzoeker verklaard:

"Met betrekking tot de farmacotherapie is duidelijk geworden dat [verzoeker] goed reageert op Dexamfetamine. De huidige dosering van éénmaal daags 10 mg Dexamfetamine met gereguleerde afgifte, is fors lager dan de destijds ingestelde dosering van 40 mg Methylfenidaat.

[Verzoeker] ervaart voldoende baat bij de concentratie met deze medicatie. Ook de eetlust, en daarmee de groei, zijn hiermee fors verbeterd.

Met vader besprak ik de mogelijkheid om op termijn de medicatie af te gaan bouwen, dit leek nu nog wat voorbarig.

Het laatste recept en de laatste controles dateren van 31 maart j.l.

R/Dexamfetamine tablet met gereguleerde afgifte 10 mg; Dtd/90 stuks; S/éénmaal dag één tablet na het ontbijt innemen.

Dit medicijn wordt geleverd door de Regenboogapotheek."

- 3.4. Op 13 april 2021 heeft de vader van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar per e-mail verzocht om inzage in het medisch dossier. Bij e-mailbericht van 4 mei 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar geantwoord dat verzoeker de leeftijd van 16 jaar heeft bereikt en dat hij hiertoe zelf een verzoek kan indienen. Bij e-mailbericht van 16 juni 2021 is gevraagd om toezending van de inhoudelijke onderbouwing - door de medisch adviseur - van de afwijzing van de aanvraag voor magistraal bereide dexamfetamine. De ziektekostenverzekeraar heeft de ontvangst hiervan bevestigd op 17 juni 2021 en verwezen naar de afdeling Klachten. Hier is de vraag bij e-mailbericht van 21 juni 2021 opnieuw voorgelegd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop gereageerd bij e-mailbericht van 26 augustus 2021, waarbij hij het afwijzende standpunt heeft gehandhaafd en heeft verwezen naar de SKGZ. Hierna is er nog enig mailverkeer geweest. Bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft niet geleid tot een andere uitkomst.
- 3.5. Bij brief van 17 januari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 19 april 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van magistraal bereide dexamfetamine met betrekking tot de periode 2019 tot en met 2022 te vergoeden.
- 4.2. Verzoeker heeft hiertoe aangevoerd dat door hem strattera en "ritalinachtige" geneesmiddelen zijn gebruikt. Hierbij vergat hij vaak de tweede, kortwerkende, pil. Dit leidde tot forse bijwerkingen, met name in de vorm van niet eten en het ontstaan van een groeiachterstand. Volgens verzoeker valt magistraal bereide dexamfetamine onder de dekking van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar geeft weliswaar aan dat er binnen het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem alternatieven bestaan, maar verzoeker betwijfelt dit. Hij verwijst naar een arrest van het Hof 's-Hertogenbosch over de vergoeding van dexmethylfenidaat (ECLI:NL:GHSHE:2021:1448) en verklaart aan de hierin gestelde voorwaarden te voldoen. Zo heeft hij ADHD en is de behandeling met andere geneesmiddelen niet succesvol gebleken.

- 4.3. Verzoeker merkt op dat de aanvraag individueel moet worden getoetst en dat de afwijzing inhoudelijk moet zijn beoordeeld door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Ook moet er een terugkoppeling naar de behandelaar hebben plaatsgevonden, aangezien diens visie leidend is bij de diagnose. Dit alles is aan verzoeker meegedeeld door de apotheek. De apotheek heeft hem ook verteld dat zorgverzekeraars erop gokken dat verzekerden geen gerechtelijke procedure starten, zelfs niet als zij in hun recht staan. Verzoeker meent dat dit in zijn situatie niet anders is.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij allerlei soorten medicatie had in verband met ADHD, waarvan hij ernstige bijwerkingen kreeg, waaronder een stagnatie in de groei. Uiteindelijk werd uitgekomen op langwerkende dexamfetamine. De kortwerkende versie was voor hem niet aangewezen, omdat hij dan vergat zijn tweede tablet in te nemen, en aan het eind van de middag lastig werd en de klas uit werd gestuurd. Voor 12 uur 's middags kreeg hij al erge honger vanwege het uitwerken van het tablet, en hij werd dan onhanteerbaar. De 5 mg was ook geen dexamfetamine, maar gewone amfetamine. Hij had dus twee vormen van bijwerkingen. Hij heeft ook Concerta en Strattera gebruikt. Deze middelen hadden erg vervelende bijwerkingen. Hij heeft met verschillende medici gesproken. Hiervan zijn ook stukken overgelegd. De Regenboogapothek heeft de argumentatie van de ziektekostenverzekeraar ook bekeken en vond deze niet terecht. Verzoeker kan zich niet voorstellen dat één tablet van 10 mg duurder is dan twee tabletten van 5 mg. Hij wil graag met terugwerkende kracht een vergoeding.
- 4.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.
- 4.6. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 8 mei 2023, in reactie op het definitief advies van het Zorginstituut, nog opgemerkt het hiermee niet eens te zijn. Hij heeft het gevoel dat drogredenen door elkaar worden gebruikt en dat Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut elkaar de hand boven het hoofd houden. Het gaat om juristen en beleidsmedewerkers die iets roepen over inhoudelijk medisch handelen waarvan zij geen verstand hebben.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard geen aanleiding te zien voor vergoeding van de magistraal bereide dexamfetamine. In dat verband heeft hij gesteld dat de overheid bepaalt welke zorgkosten ten laste van de zorgverzekering moeten worden vergoed. Het is hem niet toegestaan een ruimere dekking te bieden.
- 5.2. Gelet op artikel 19 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem. Hiertoe behoren ook bepaalde varianten van dexamfetamine, die verzoeker zou kunnen gebruiken. De verwijzing, door verzoeker, naar het arrest van het hof 's-Hertogenbosch, treft geen doel, daar dit betrekking heeft op dexmethyلفenidaat. In voorkomend geval wordt door de ziektekostenverzekeraar conform dit arrest gehandeld. De aanvraag en het dossier tonen niet aan dat verzoeker niet uit kan met een gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat is gekeken of het medicijn met gereguleerde afgifte kan worden vergoed. Er worden nu nieuwe bijwerkingen genoemd, zoals het niet goed groeien. Dit zijn inderdaad bijwerkingen van methyلفenidaat. Dat dit ook de bijwerkingen zijn van dexamfetamine is nieuw, maar misschien gaat het dan om de bijwerkingen van één keer 10 mg. De stap van twee keer 5 mg is niet gezet. Het geregistreerde alternatief is daarmee niet geprobeerd. De prijs van het medicijn is onderdeel van de vraag of sprake is van rationele farmacotherapie. Aan die vraag is de ziektekostenverzekeraar nog niet toegekomen, omdat verzoeker redelijkerwijs niet is aangewezen op langwerkende dexamfetamine. Uit het dossier blijkt niet van een farmacologische reden om te kiezen voor de langwerkende

variant. Het hebben van ADHD betekent niet automatisch dat iemand niet twee keer per dag een tablet zou kunnen slikken.

- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 17 januari 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) De informatie in het dossier is farmacotherapeutisch en juridisch beoordeeld.

Verzoeker gebruikt sinds mei 2019 dexamfetamine voor de indicatie ADHD. Bij de behandeling van ADHD kan ter ondersteuning medicatie worden overwogen. Methylfenidaat is dan de eerste keus. Bij onvoldoende effect of hinderlijke bijwerkingen komt dexamfetamine in aanmerking. Dexamfetamine is een opwekkend middel dat ervoor zorgt dat de aandacht beter kan worden vastgehouden.

Bijlage 2 voorwaarde

Verzoeker heeft jarenlang methylfenidaat gebruikt waarbij hij hinderlijke bijwerkingen ervaarde. Hiermee voldoet verzoeker aan de voorwaarde van bijlage 2 bij de Rzv voor geregistreerde geneesmiddelen met dexamfetamine.

Geregistreerde alternatieven

Er zijn geregistreerde geneesmiddelen met dexamfetamine (merknaam Tentin®) beschikbaar in de sterktes 5 mg, 10 mg en 20 mg.

Het beschikbare geregistreerde alternatief is tweemaal daags dexamfetamine 5 mg. Verzoeker heeft dit alternatief niet geprobeerd.

De vertegenwoordiger van verzoeker geeft in een e-mail d.d. 30 juni 2022 aan dat verzoeker bijwerkingen ervaart en dat verzoeker vergeet om een tweede pil in te nemen. In de brief van de orthopedagoog en arts JGGZ wordt aangegeven dat verzoeker baat heeft bij dexamfetamine 10 mg tabletten met gereguleerde afgifte en dat de bijwerkingen verminderd zijn. De beschreven bijwerkingen betreffen echter de bijwerkingen van de behandeling met methylfenidaat waarvoor verzoeker is omgezet naar dexamfetamine. Verder was het effect bij de start van de behandeling met dexamfetamine nog niet naar behoren en is de dosering daarom verhoogd van 5 mg per dag (tweemaal daags 2,5 mg) naar 10 mg per dag. In deze stap is direct overgestapt op de apotheekbereiding met gereguleerde afgifte. In de brief van de orthopedagoog en arts JGGZ wordt niet onderbouwd waarom verzoeker behandeld dient te worden met tabletten met gereguleerde afgifte in plaats van de geregistreerde tabletten van 5 mg met een directe afgifte.

Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt dat verzoeker wel eens vergeet de tabletten in te nemen, er wordt zelfs gesproken van een gebruik van drie tabletten per week. Op basis van deze informatie lijkt verzoeker niet altijd therapietrouw te zijn. Het is echter onduidelijk of er is geprobeerd de therapietrouw te bevorderen en op welke manier(en).

Verzoeker heeft het beschikbare geregistreerde alternatief, tweemaal daags dexamfetamine 5 mg, niet uitgetest. De onderbouwing in het dossier is niet voldoende om te concluderen dat het alternatief niet effectief is of dat de bijwerkingen niet getolereerd worden. Er wordt verder niet toegekomen aan de vraag of sprake is van rationele farmacotherapie.

Conclusie

Apotheekbereidingen worden alleen ingezet wanneer er geen geregistreerd (nagenoeg) gelijkwaardig geneesmiddel beschikbaar is. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier

kan niet geconcludeerd worden dat het beschikbare geregistreerde alternatieve geneesmiddel niet effectief is gebleken of dat de bijwerkingen niet getolereerd worden. Verzoeker is derhalve niet redelijkerwijs aangewezen op dexamfetamine 10 mg tablet met gereguleerde afgifte en kan geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op de vergoeding van dexamfetamine 10 mg tablet met gereguleerde afgifte ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 19 april 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) Uit het verslag komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd in te gaan op de stelling van de vertegenwoordiger van verzoeker dat de eerder geprobeerde tabletten van 5 mg pas na een uur gingen werken en al een uur niet meer werkten, voordat de tweede tablet kon worden ingenomen. De verwachting was dat dit met de variant van dexamfetamine 5 mg ook zou gebeuren.

Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op. De tabletten die verzoeker eerder heeft geprobeerd, betreffen tabletten met 5 mg methylfenidaat. Ondanks de vergelijkbare effecten van methylfenidaat en dexamfetamine, zijn dit verschillende geneesmiddelen met een andere werkzame stof. Deze geneesmiddelen hebben verschillende chemische eigenschappen. De aanname omtrent de duur van het effect van methylfenidaat kan daarom niet zonder meer overgenomen worden voor dexamfetamine. Het is van belang dat de behandeling eerst uitgeteerd wordt, alvorens hierover een conclusie te trekken.

Verder heeft de commissie het Zorginstituut gevraagd in te gaan op het probleem van de therapietrouw en de hongerklop als de eerste tablet is uitgewerkt. De problematiek van de therapietrouw en hongerklop zijn uit de gegeven informatie van toepassing geweest bij de behandeling met tweemaal daags methylfenidaat 5 mg. Zoals hierboven aangegeven kunnen de ervaren problemen met tweemaal daags methylfenidaat 5 mg niet als argument dienen voor het niet uitproberen van het geregistreerde product met dexamfetamine. De onderbouwing is niet voldoende om te concluderen dat het geregistreerde alternatief (tweemaal daags dexamfetamine 5 mg) niet effectief is of dat de bijwerkingen niet getolereerd worden.

De 'hongerklop' is overigens geen bijwerking, maar een effect dat plaats kan vinden wanneer het geneesmiddel (waarvan onderdrukking van het hongergevoel een bijwerking is) is uitgewerkt. Een snelle daling in de bloedspiegels door ADHDmedicijnen kunnen dit versterken. Hoe de sterkte van dit ongewenste effect zich verhoudt tussen dexamfetamine en methylfenidaat is onbekend en verschilt per persoon. Verder lijken er op basis van de beschikbare informatie geen maatregelen te zijn getroffen om therapietrouw te bevorderen. (...)"

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 4.6 (2019-2022) van de Algemene voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. 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.
- 8.2. Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen die in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) zijn opgenomen alsmede bepaalde niet-onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen die door de minister zijn aangewezen, komen voor vergoeding in aanmerking. Dit volgt uit artikel 2.8, eerste lid, onder a, Bzv. Deze geneesmiddelen zijn vermeld op bijlage 1 en bijlage 2 Rzv.
Niet geregistreerde geneesmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als het gaat om (i) geneesmiddelen die zijn bereid door een apotheek of (ii) geneesmiddelen die op verzoek van een arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm van de Geneesmiddelenwet of (iii) geneesmiddelen die in de handel zijn in een ander land en bestemd zijn voor een patiënt die lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Verder geldt de eis dat sprake moet zijn van rationele farmacotherapie. Dit houdt in de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënte geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering. Dit laatste volgt uit artikel 2.8, eerste lid, onder b, Bzv en is opgenomen in de 'Begripsomschrijvingen' van de voorwaarden van de zorgverzekering (2019-2022).
- 8.3. Verzoeker gebruikt magistraal bereide dexamfetamine 10 mg met vertraagde afgifte. Door de ziektekostenverzekeraar is, onder verwijzing naar artikel 19.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering en informatie op www.medicijnkosten.nl, gesteld dat verzoeker gebruik kan maken van tabletten of capsules met dezelfde werkzame stof in een sterkte van 5 mg, die zijn opgenomen in het GVS. Verzoeker heeft dit bestreden, waarbij de commissie zijn stelling zo begrijpt dat hij regelmatig vergeet een tweede tablet per dag in te nemen, en dat hij om die reden is aangewezen op éénmaal daags een tablet van 10 mg met vertraagde afgifte. De commissie is van oordeel dat dit argument van verzoeker - het vergeten een tweede tablet of capsule met een sterkte van 5 mg in te nemen - niet kan overtuigen. Daarbij is de apotheekbereiding veel duurder dan de in het GVS opgenomen varianten van 5 mg - die overigens door verzoeker niet zijn geprobeerd - en voldoet deze om die reden niet aan de eis dat het geneesmiddel ook het meest economisch moet zijn voor de zorgverzekering. Het voorgaande wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 17 januari 2023.
- 8.4. De verwijzing naar het arrest van het Hof 's-Hertogenbosch treft geen doel, aangezien dit betrekking heeft op magistraal bereide dexmethyfenidaat. Verzoeker gebruikte dit geneesmiddel met een sterkte van 40 mg in 2019, tot hij werd overgezet op dexamfetamine. Uit de brief van 6 april 2021 van de orthopedagoog en de arts JGGZ blijkt dat verzoeker goed heeft gereageerd op het overzetten naar het geneesmiddel met een andere werkzame stof en in een fors lagere sterkte. Een medische reden voor gebruik van tabletten met gereguleerde afgifte valt hieruit echter niet op te maken.
- 8.5. Wat verzoeker heeft aangevoerd over de motivering van de afwijzing en de terugkoppeling naar de behandelaar mist onderbouwing, en kan ook overigens niet leiden tot een andere uitkomst. Uit artikel 19.2, onder f, van de voorwaarden van de zorgverzekering (2019-2022) blijkt dat een apotheekbereiding wordt vergoed als geen gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel bestaat. De ziektekostenverzekeraar mag dit beoordelen, heeft dit feitelijk ook gedaan, en hij heeft de uitkomst hiervan teruggekoppeld naar verzoeker, zoals in het voorgaande is toegelicht.

Slotsom

8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 mei 2023,

H.A.J. Kroon

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

18.4.3 Orthodontie in bijzondere gevallen

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op orthodontische hulp in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Wat zijn de voorwaarden?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist;
- de aanvraag voor toestemming van Zorg en Zekerheid bevat ook een schriftelijke motivatie van de orthodontist of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de behandeling orthodontie in bijzondere gevallen is geen eigen bijdrage verschuldigd.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een vergoeding voor orthodontie in het algemeen tot 18 jaar. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij mondzorg.

18.5 Medisch noodzakelijk verblijf

Verblijf in de laagste klasse van een ziekenhuis gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals omschreven in artikel 18 al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg:

- een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen;
- in afwijking van het gestelde onder a tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

18.6 Tandheelkundige implantaten jonger dan 23 jaar

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen (kronen en bruggen) en tandheelkundige implantaten ter vervanging van:

- ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die in het geheel niet zijn aangelegd;
- Of;
- als direct gevolg van een ongeval ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden.

Wat zijn de voorwaarden?

- de verzekerde is jonger dan 23 jaar;
- de noodzaak van de zorg is vastgesteld voordat de verzekerde 18 jaar is geworden;
- er is geen sprake van "Mondzorg in bijzondere gevallen" zoals bedoeld in artikel 18.4.1.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voorafgaand aan de implantaatbehandeling is schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag voor toestemming van Zorg en Zekerheid dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie van de behandelaar en een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de behandeling is geen eigen bijdrage verschuldigd.

Artikel 19 Farmaceutische zorg

19.1 Farmaceutische zorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op farmaceutische zorg conform het Besluit en de Regeling Zorgverzekering en het Farmaceutisch Reglement zoals terug te vinden is op zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden. Deze zorg omvat levering van geneesmiddelen en advies en begeleiding zoals apothekers, apotheekhoudende huisartsen en overige medisch gespecialiseerde leveranciers (hierna: apotheker) die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen. Hier valt onder:

- de terhandstelling van een geneesmiddel waar een recept voor vereist is;
- de terhandstelling en een begeleidingsgesprek voor een geneesmiddel dat voor u nieuw is en waar een recept voor vereist is;
- instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een geneesmiddel waar een recept voor vereist is. Maximaal 1 instructie per hulpmiddel, met uitzondering van geconstateerd foutief gebruik;
- beoordeling van medicatie van chronisch recept plichtig geneesmiddelengebruik. Maximaal 1 beoordeling per jaar;

- uitgifte in een week doseerverpakking indien er een geldige medische indicatie is van de huisarts. De apotheker toetst in dit kader of er sprake is van noodzakelijke en doelmatige zorg;
- farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek;
- farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname en in verband met ontslag uit het ziekenhuis. Beide maximaal 1 keer.

Wat zijn de voorwaarden?

De farmaceutische zorg heeft betrekking op geneesmiddelen die voor vergoeding in aanmerking komen.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet gecontracteerde zorgverlener ga?

Ten aanzien van farmaceutische zorg geleverd door een niet-gecontracteerde apotheker, apotheekhoudend huisarts of medisch gespecialiseerde farmaceutische leverancier, vindt een kostenvergoeding plaats van 75% van de vergoedingsprijs van het geneesmiddel en het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 75% van het in de markt gebruikelijke tarief.

Dit betreft de kostenvergoeding voor geneesmiddelen en de (deel)prestatieerhandstelling van een UR-geneesmiddel (uitsluitend recept geneesmiddel) en/of de instructie UR-geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel, medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik, farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname, farmaceutische begeleiding bij ontslag uit het ziekenhuis en farmaceutische begeleiding dagbehandeling/polikliniekbezoek, zoals omschreven in de geldende beleidsregel Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg door de NZa.

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners is in te zien op zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker en wordt desgewenst toegestuurd door Zorg en Zekerheid. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825.

19.2 Geneesmiddelen

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- de levering van de in de Regeling Zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover aangewezen door Zorg en Zekerheid. Maakt u gebruik van een ander middel dan het aangewezen geneesmiddel, dan vergoeden wij dit niet, tenzij uw voorschrijvend arts aangeeft dat het om medische noodzaak gaat. Onder medische noodzaak wordt het volgende verstaan:
De verzekerde moet – indien beschikbaar - minimaal 2 merkloze geneesmiddelen uitprobeerde hebben en er moet aantoonbaar door de arts geconstateerd zijn dat een hulpstof in een of meerdere merkloze geneesmiddelen zodanige effecten heeft dat het medisch niet verantwoord is om deze geneesmiddelen te gebruiken. Als de apotheker twijfelt over medische noodzaak, zal hij dit afstemmen met de voorschrijver.

In het farmaceutisch reglement van Zorg en Zekerheid vindt u een lijst met voorkeursgeneesmiddelen die Zorg en Zekerheid voor vergoeding heeft aangewezen. Deze zijn afkomstig uit bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Dit houdt in dat wij binnen de betreffende productcategorie van onderling uitwisselbare geneesmiddelen, op werkzame stof, sterkte en vergelijkbare toedieningsvorm, één voorkeursgeneesmiddel hebben aangewezen voor vergoeding. U hebt uitsluitend aanspraak op deze voorkeursgeneesmiddelen.

Voor de levering van geneesmiddelen uit de overige productcategorieën met onderling uitwisselbare geneesmiddelen (generieke geneesmiddelen), waar het voorkeursbeleid niet van toepassing is, geldt een maximale vergoeding gebaseerd op de laagste prijs met een bandbreedte van 3% aan de zorgaanbieder. Indien van toepassing geldt dit ook voor geneesmiddelen die met een verklaring medische noodzaak worden geleverd. Spécialité geneesmiddelen vallen niet onder het laagste prijsbeleid. Uitsluitend de voorkeursgeneesmiddelen zijn vrijgesteld van het verplicht en vrijwillig eigen risico;

Wij kunnen de lijst met voorkeursgeneesmiddelen op ieder moment wijzigen. U kunt de meest recente lijst vinden in het farmaceutisch reglement op zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

- op recept bereide geneesmiddelen als er nagenoeg geen gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel is zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub a van de Geneesmiddelenwet, voor zover het rationele farmacotherapie is. Voor een aantal apotheekbereidingen gelden specifieke voorwaarden. Deze kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/geneesmiddelen en bij de apotheek opvragen;
- doorgeleverde apotheekbereidingen met de laagste prijs zoals vermeld in de openbare prijslijst, of een doorgeleverde bereiding die niet meer afwijkt dan 3% van die laagste prijs;
- niet-geregistreerde geneesmiddelen, voor zover het rationele farmacotherapie is. Het bereide geneesmiddel komt alleen voor vergoeding in aanmerking als er geen gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel vergoed wordt vanuit de basisverzekering. Op de landelijke vergoedingenlijst staat vermeld welke geneesmiddelen

- voldoen aan bovenstaande voorwaarden. Deze landelijke vergoedingenlijst kunt u vinden op zorgzekerheid.nl/geneesmiddelen onder de doorverwijzing naar de website van de KNMP;
- e. een geneesmiddel zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, en bereid in Nederland bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning, voor zover het rationele farmacotherapie is;
 - f. geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, voor zover het rationele farmacotherapie is, die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar zijn ingevoerd binnen Nederland en bestemd zijn voor de verzekerde die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners;
 - g. een geneesmiddel, zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub 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;
 - h. een geneesmiddel, zoals bedoeld in 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.

Wat zijn de voorwaarden?

- a. tenzij anders afgesproken met een apotheker/apotheekhoudend huisarts door Zorg en Zekerheid, dienen geneesmiddelen te zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige en dienen ter hand gesteld te worden door een apotheker/apotheekhoudende huisarts;
- b. voor een aantal geneesmiddelen zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gelden aanvullende voorwaarden en mogelijk een toestemmingsvereiste. Dit is te vinden op: znformulieren.nl. Aan de hand van een ingevulde artsverklaring door uw voorschrijver, toetst de apotheek direct of u voldoet aan de gestelde voorwaarden. De artsverklaring dient u tegelijk met het recept in bij de apotheek of kunt u uit privacyoverwegingen rechtstreeks naar Zorg en Zekerheid sturen;
- c. voor vergoeding van Totale Parenterale Voeding (TPV) bestaat alleen recht op vergoeding als het wordt geleverd door een Medisch gespecialiseerde leverancier en er vooraf toestemming is afgegeven door Zorg en Zekerheid
- d. per voorschrift van een geneesmiddel bestaat slechts aanspraak op farmaceutische zorg voor een periode van:
 - maximaal 30 dagen indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
 - maximaal 15 dagen indien het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie betreft;
 - maximaal één maand indien de kosten per geneesmiddel per maand meer dan € 1.000,00 inclusief BTW bedragen of de kleinste handelsverpakking indien de kosten per handelsverpakking meer dan € 1.000,00 inclusief BTW bedragen, tenzij anders is overeengekomen met de apotheker. Met uitzondering van verblijf in buitenland tot maximaal 3 maanden;
 - minimaal 3 maanden en voor maximaal 12 maanden indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten (te bepalen door de voorschrijver). Indien het betreffende geneesmiddel ter behandeling van chronische ziekten echter meer kost dan € 1.000,00 inclusief BTW per maand of indien het benzodiazepinen, hypnotica, anxiolytica betreft, dan bestaat per voorschrift aanspraak voor een periode van maximaal één maand;
 - maximaal 12 maanden indien het orale anticonceptiva betreft. Indien u voor de eerste maal orale anticonceptiva gebruikt, is de maximale termijn 3 maanden;
 - maximaal 1 maand in overige gevallen;
 - maximaal 6 maanden indien er sprake is van langdurig verblijf in het buitenland (langer dan 3 maanden) en er sprake is van een chronische indicatie.
- e. voor insuline en de anticonceptiepil is alleen bij de eerste levering een recept nodig.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- farmaceutische zorg wat geen verzekerde zorg is zoals bedoeld in de Regeling zorgverzekering;
- voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroepen;
- advies farmaceutische zelfzorg;
- advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis;
- advies ziekterisico bij reizen;
- preventieve reisgeneesmiddelen en reisvaccinaties;
- geneesmiddelen voor onderzoek zoals bedoeld in artikel 40, lid 3, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel wat niet door VWS is aangewezen;
- geneesmiddelen als bedoeld in art 40, lid 3, onder f van de Geneesmiddelenwet met uitzondering van geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 19.2 onder d.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- voor geneesmiddelen die gedurende het jaar worden toegevoegd aan bijlage 2 en voor nieuw geïntroduceerde geneesmiddelen geldt een toestemmingsvereiste van Zorg en Zekerheid en kunnen bijkomende voorwaarden worden gesteld. Wanneer geen toestemming nodig is vermelden wij dit op onze website. De bijkomende voorwaarden kunt u terugvinden op zorgenzekerheid.nl/geneesmiddelen.
- voor een aantal geneesmiddelen zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gelden aanvullende voorwaarden en mogelijk een toestemmingsvereiste. Dit is te vinden op: znformulieren.nl.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor sommige geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat er een limiet aan de vergoeding zit. Alles boven deze limiet, tot een bedrag van € 250,00 per jaar, komt hierdoor voor uw rekening. Deze bijbetaling telt niet mee voor het verplicht of vrijwillig eigen risico.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet gecontracteerde zorgverlener ga?

Ten aanzien van geneesmiddelen, geleverd door een niet-gecontracteerde apotheker, apotheekhoudend huisarts of medisch gespecialiseerde farmaceutische leverancier, vindt een kostenvergoeding plaats van 75% van de vergoedingsprijs van het geneesmiddel en het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 75% van het in de markt gebruikelijke tarief.

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners is in te zien op zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825.

19.3 Dieetpreparaten*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op dieetpreparaten (polymere, oligomere, monomere en modulaire) en het daarbij behorende advies en de begeleiding. Als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- een stofwisselingsstoornis, voedselallergie of resorptiestoornis hebt;
- een via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde ziekte gerelateerde ondervoeding of een risico daarop heeft;
- op het dieetpreparaat bent aangewezen volgens de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen in Nederland.

U heeft bij dieetvoeding voor medisch gebruik aanspraak op het volgende:

- de eerste levering (waaronder een smaakpakket) is voor maximaal 1 maand;
- eventuele (automatische) vervolgafliveringen zijn voor maximaal 1 maand;
- de levering van dieetvoeding vindt plaats per stuk of per kleinste handelsverpakking;
- de aflevering van dieetpreparaten en/of toedieningssysteem inclusief toebehoren vindt plaats op het huisadres van de verzekerde, binnen 24 uur na bestelling;

Wat zijn de voorwaarden?

- sondevoeding dient te worden geleverd door een medisch gespecialiseerde leverancier;
- de 'Verklaring dieetpreparaten Zorg en Zekerheid', dient in aanvulling op het landelijke ZN formulier voor dieetpreparaten znformulieren.nl te zijn ingevuld door een diëtist of medisch specialist en de leverancier van de voeding heeft vastgesteld dat aan de voorwaarden is voldaan;
- bij het eerste voorschrift bedraagt het gebruik van dieetpreparaten maximaal een periode van 1 maand;
- voor de vergoeding van aangepaste zuigelingenvoeding bij koemelkallergie dient de eliminatie-provocatietest uitgevoerd te worden;
- aangepaste zuigelingenvoeding wordt alleen vergoed wanneer de "Verklaring dieetpreparaten van Zorg en Zekerheid" is ingevuld en de leverancier van de voeding heeft vastgesteld dat aan de voorwaarden is voldaan.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- voor de vergoeding van dieetpreparaten na 1 maand, moet u vooraf schriftelijke toestemming hebben van Zorg en Zekerheid;
- voor de vergoeding van zuigelingenvoeding na 1 maand, moet u vooraf schriftelijke toestemming hebben van Zorg en Zekerheid.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet gecontracteerde zorgverlener ga?

Ten aanzien van dieetpreparaten, geleverd door een niet-gecontracteerde apotheker, apotheekhoudend huisarts of medisch gespecialiseerde farmaceutische leverancier, vindt een kostenvergoeding plaats van 75% van de vergoedingsprijs van het geneesmiddel en het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 75% van het in de markt gebruikelijke tarief.

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners is in te zien op zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825.

Artikel 20 Hulpmiddelen

De omvang van de aanspraak of vergoeding wordt bepaald door de verzekeringsovereenkomst en het door Zorg en Zekerheid nader vastgestelde Reglement Hulpmiddelen. Daar waar Zorg en Zekerheid dit heeft aangegeven in het Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld die zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen. Het Reglement Hulpmiddelen is te raadplegen via zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verstrekking van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden?

- het hulpmiddel moet noodzakelijk, doelmatig, niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn, één en ander ter beoordeling van Zorg en Zekerheid;
- aanspraak op verstrekking van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen;
- het hulpmiddel moet voorgeschreven zijn door de behandelend arts;
- voor verbandmiddelen moet samen met de eerste nota een medische noodzakelijkheidverklaring van de huisarts of medisch specialist worden ingediend.

Waar heb ik geen recht op?

- de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de ministeriële regeling en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen;
- hulpmiddelen en verbandmiddelen die voorgeschreven worden aan een verzekerde die behandeld wordt in een Wlz instelling waar hij verblijft en die worden geacht noodzakelijk te zijn voor de zorg die deze instelling verleent.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij aflevering van hulpmiddelen en verbandmiddelen door een niet-gecontracteerde leverancier vindt een kostenvergoeding plaats van 75% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Artikel 21 Ziekenvervoer

21.1 Algemene bepaling

Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden:

- vervoer per ambulance, hiervan is sprake bij medisch noodzakelijk vervoer per ambulance;
- zittend ziekenvervoer, hiervan is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of (eigen) auto.

21.2 Ambulancevervoer

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijk ambulancevervoer over een afstand van ten hoogste 200 kilometer tenzij Zorg en Zekerheid schriftelijke toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

Wat zijn de voorwaarden?

Het betreft ziekenvervoer:

- a. naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
- b. naar een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz zal gaan verblijven;
- c. naar een zorgverlener bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan achttien jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
- d. vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling:
 - waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz wordt verstrekt.
- e. naar uw eigen woning (of naar een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de verzorging kunt krijgen) als u komt van een zorgverlener/zorginstelling zoals bedoeld onder a t/m d.

Besluit zorgverzekering

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 op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet, of
 - 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 op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, 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;
 - 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;
 - e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, 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.