

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en OWM CZ groep U.A. te Tilburg

Zaak : Farmaceutische zorg, geneesmiddelen, temazepam, apotheekbereiding, taperingstrips, indicatie, rationele farmacotherapie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artf. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021, art 150 Rv

Zaaknummer : 202200014

Zittingsdatum : 7 september 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 7 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 23 februari 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 10 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 16 mei 2022 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 13 juni 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022020047) in een voorlopig advies aan de commissie nader onderzoek geadviseerd. De commissie heeft dit advies overgenomen. Een kopie van het advies is op 13 juni 2022 aan beide partijen gestuurd en hierbij is aan verzoekster is gevraagd om de vragen van het Zorginstituut te beantwoorden.
- 2.4. Verzoekster heeft hierop bij brief van 1 juli 2022 gereageerd. Een kopie van deze brief is op 4 juli 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 juli 2022 gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 13 juli 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.5. De reacties van verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn bij brief van 14 juli 2022 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 19 juli 2022 heeft het Zorginstituut een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 september 2022 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.
- 2.7. Na de hoorzitting is verzoekster in de gelegenheid gesteld de medische noodzaak van de taperingstrips nader te onderbouwen en de vragen in de brief van het Zorginstituut van 13 juni 2022 opnieuw te beantwoorden. Verzoekster heeft dit gedaan met de verklaring van haar psychiater van 4 oktober 2022. Een kopie van deze reactie is naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft hier bij brief van 12 oktober 2022 op gereageerd. Een kopie van deze brief is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.

2.8. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de daarna gewisselde stukken zijn op 13 oktober 2022 aan het Zorginstituut gestuurd. De commissie heeft aan het Zorginstituut gevraagd om te adviseren alsof verzoekster wél een indicatie had voor het geneesmiddel conform bijlage 2 Rzv. Bij brief van 31 oktober 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld hierop binnen 10 dagen te reageren. Verzoekster heeft dit gedaan bij brief van 16 november 2022. Een kopie hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Aanvullend, OHRA Tandengaan500 en OHRA Gezond. (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor de vergoeding van zogenoemde taperingstrips met temazepam.
- 3.3. Bij brief van 15 juli 2021 heeft de behandelend psychiater over verzoekster verklaard: *"Hierbij verklaar ik dat [naam verzoekster, adres] in de periode van januari t/m juli 2021 met behulp van taperingstrips haar Temazepam heeft afgebouwd. Er was een medische noodzaak voor de afbouw omdat andere methoden onvoldoende gewerkt hebben."*
- 3.4. Bij brief van 10 augustus 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij de aanvraag afwijst.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 16 november 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 19 juli 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 farmacologisch en juridisch beoordeeld.

Het geschil betreft twee vragen:

- *Allereerst is de vraag of temazepam conform de bijlage 2 voorwaarden is voorgeschreven;*
- *Indien dat het geval is, dan is het de vraag of er sprake is van rationele farmacotherapie bij het afbouwen van temazepam in 6 tot 7 maanden tijd (januari 2021 - juli 2021).*

Indicatie

Om aanspraak te kunnen maken op vergoeding van temazepam, moet voldaan zijn aan de voorwaarden opgenomen in bijlage 2 van de Rzv. Verzoekster geeft aan dat ze vanaf 2005 temazepam kreeg voorgeschreven vanwege gestagneerde rouw en depressie en daardoor slaapproblemen. Deze indicatie wordt niet genoemd als voorwaarde. Derhalve is temazepam niet conform de bijlage 2 voorwaarden van de Rzv voorgeschreven en komt temazepam niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Rationele farmacotherapie Het voorgaande betekent ook dat de taperingstrips met temazepam niet voor vergoeding in aanmerking komen, ongeacht of sprake is van rationele farmacotherapie. Aan de beoordeling van die vraag wordt niet toegekomen. Of sprake is van rationele farmacotherapie is niet meer relevant voor de beoordeling van het geschil.

Conclusie

Temazepam komt alleen voor vergoeding in aanmerking als voldaan wordt aan de voorwaarden genoemd in bijlage 2 van de Rzv. Temazepam is echter niet conform deze voorwaarden voorgeschreven aan verzoekster. Derhalve kan verzoekster geen aanspraak maken op vergoeding van temazepam ten laste van de basisverzekering. Er wordt verder niet toegekomen aan het beoordelen van de rationaliteit van de taperingstrips met temazepam

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Temazepam komt bij de indicatie van verzoekster niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering."

- 3.7. Bij brief van 31 oktober 2022 heeft het Zorginstituut in zijn definitief advies, voor zover van belang verklaard:

"(...) U geeft aan dat verweerder geen beroep doet op de conclusie in het voorlopig advies dat verzoekster geen indicatie had voor het geneesmiddel omdat niet voldaan is aan de voorwaarden van bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering (Rzv). De commissie vraagt het Zorginstituut te adviseren alsof er wel een indicatie is voor het geneesmiddel conform bijlage 2 van de Rzv. Het Zorginstituut brengt geen ander advies uit. Temazepam komt alleen voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering wanneer wordt voldaan aan de voorwaarde van bijlage 2 van de Rzv. Temazepam is echter niet conform deze voorwaarden voorgeschreven aan verzoekster. Dit betekent dat de taperingstrips met temazepam (nagenoeg) gelijkwaardig zijn aan een niet aangewezen geneesmiddel en niet voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de basisverzekering. Er wordt verder niet toegekomen aan het beoordelen van de rationaliteit van de taperingstrips met temazepam."

4. Het geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de taperingstrips met temazepam, ten bedrage van € 1.056,24, dient te vergoeden.

5. Bevoegdheid van de commissie

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

6. Beoordeling

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

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster verwijst naar de verklaring van de behandelend psychiater van 15 juli 2021 en stelt dat in haar geval een medische noodzaak bestond voor de afbouw met behulp van taperingstrips. Uit een uitspraak van de rechtbank Gelderland uit december 2019 (ECLI:NL:RBGEL:2019:5935) volgt dat de ziektekostenverzekeraar om die reden is gehouden de hiermee gemoeide kosten, ten bedrage van € 1.056,24, te vergoeden. Door de ziektekostenverzekeraar wordt ten onrechte aan deze uitspraak voorbij gegaan.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat aanspraak bestaat op apotheekbereidingen - waaronder de taperingstrips met temazepam vallen - indien wordt voldaan aan de eis van rationele farmacotherapie, zoals opgenomen in artikel B.15.4. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dat is hier niet het geval omdat het magistraal bereide geneesmiddel niet het meest economisch is voor de zorgverzekering, vanwege de hieraan verbonden hoge kosten. Daarnaast blijkt de werkzaamheid en effectiviteit van taperingstrips met temazepam niet uit de wetenschappelijk literatuur. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat benzodiazepines kunnen worden afgebouwd met druppels. Door de behandelend psychiater is niet toegelicht waarom deze methode niet kon worden gevolgd in de situatie van verzoekster.

Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard geen beroep te doen op de conclusie van het Zorginstituut in het voorlopig advies van 19 juli 2022 dat er geen indicatie was voor het geneesmiddel temazepam, omdat het niet conform bijlage 2 Rzv is voorgeschreven. Het gaat de ziektekostenverzekeraar om de methode van de taperingstrips.

Overwegingen commissie

- 6.4. Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen die in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) zijn opgenomen en bepaalde niet-onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen die door de minister zijn aangewezen, komen voor verstrekking of vergoeding ten laste van de zorgverzekering 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 verstrekking of 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 volgt uit artikel 2.8, eerste lid, onder b, Bzv.
- 6.5. De aan verzoekster afgeleverde taperingstrips bevatten temazepam, een kortwerkende benzodiazepine agonist. Benzodiazepinereceptor-agonisten (met uitzondering van diazepam) zijn opgenomen in artikel 57a van bijlage 2 Rzv. Uit dit artikel blijkt dat deze middelen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking komen voor een verzekerde die dit geneesmiddel gebruikt als:
- onderhoudsbehandeling bij epilepsie of als behandeling bij epileptisch insult;
 - behandeling van angststoornissen, waarbij medicamenteuze therapie met ten minste twee antidepressiva overeenkomstig de geldende richtlijnen, heeft gefaald;
 - behandeling bij multipole psychiatrische problematiek, waarbij behandeling met hoge doses benzodiazepinen noodzakelijk is; of
 - palliatieve sedatie bij terminale zorg.
- 6.6. Het Zorginstituut stelt in het voorlopig advies van 19 juli 2022 dat uit de verklaring van verzoekster volgt dat het geneesmiddel temazepam initieel is voorgeschreven in verband met slaapproblemen die voortkwamen uit gestagneerde rouw en depressie. Verder wordt in het advies gesteld dat temazepam alleen voor vergoeding in aanmerking komt als wordt voldaan aan de voorwaarden die zijn genoemd in bijlage 2 Rzv (hiervoor aangehaald in overweging 6.5). De indicatie slaapproblemen komt in deze opsomming niet voor. Daarnaar ter zitting gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar echter expliciet verklaard dat het ontbreken van een verzekeringsindicatie verzoekster niet wordt tegengeworpen. De commissie

heeft dit aldus opgevat dat dit zowel geldt voor het initiële voorschrift als voor de later door de behandelend psychiater voorgeschreven taperingstrips. Door de ziektekostenverzekeraar is althans op dit punt geen voorbehoud gemaakt. Los van de bereidingswijze van het geneesmiddel, moet daarom als vaststaand worden aangenomen dat verzoekster op het gebruik van temazepam was aangewezen.

- 6.7. De volgende vraag is dan of de magistraal bereide taperingstrips met temazepam voldoen aan de eerder genoemde eis van rationele farmacotherapie. De commissie merkt hierbij op dat de definitie van dit begrip in twee delen uiteenvalt. In de eerste plaats gaat het om de aangetoonde werkzaamheid en effectiviteit. Geconcludeerd kan worden dat, waar het gaat om de werkzame stof temazepam, uit de aanwijzing door de minister en de opname op de bijlage 2 bij de Rzv volgt dat aan deze eis is voldaan, dat wil zeggen voor de op de bijlage vermelde generieke varianten met de sterktes 10 en 20 mg, tablet of capsule. Voor zover de taperingstrips een hiervan afwijkende sterkte kennen, moet worden vastgesteld dat werkzaamheid en effectiviteit niet kunnen worden beoordeeld, aangezien deze nauw samenhangen met de indicaties, genoemd onder 6.5., en deze indicaties bij verzoekster niet aan de orde zijn.

Omdat de ziektekostenverzekeraar zich - als gezegd - niet op het ontbreken van een dergelijke indicatie heeft beroepen, kan hij verzoekster niet tegenwerpen dat de afwijkende sterktes bij de specifieke indicatie van verzoekster mogelijk niet voldoen aan de eis van effectiviteit en werkzaamheid.

Het tweede onderdeel van de definitie betreft het kostenaspect. Een magistraal bereid geneesmiddel zal veelal duurder zijn dan de generieke variant en is daarmee niet het meest economisch voor de zorgverzekering. Deze vergelijking kan echter alleen worden gemaakt indien beide, naast dezelfde werkzame stof, een gelijke sterkte kennen. In de procedure heeft de ziektekostenverzekeraar zich er niet op beroepen dat de taperingstrips (deels) een gelijke sterkte kennen als de door de minister aangewezen, op bijlage 2 Rzv vermelde generieke varianten. Om die reden kan ook de beoordeling aan de hand van deze tweede eis niet leiden tot een andere uitkomst.

Slotsom

- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar de kosten van de taperingstrips van € 1.056,24 aan verzoekster moet vergoeden;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden

Zeist, 16 januari 2023,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Bijlage 2. horende bij artikel 2.5, tweede en derde lid, van de Regeling zorgverzekering

57a. Benzodiazepinereceptor-agonist, met uitzondering van diazepam

Voorwaarde:

uitsluitend voor een verzekerde die dit geneesmiddel gebruikt als:

- a. onderhoudsbehandeling bij epilepsie of als behandeling bij epileptisch insult,
- b. behandeling van angststoornissen, waarbij medicamenteuze therapie met ten minste twee antidepressiva overeenkomstig de geldende richtlijnen, heeft gefaald,
- c. behandeling bij multipale psychiatrische problematiek, waarbij behandeling met hoge doses benzodiazepinen noodzakelijk is, of
- d. palliatieve sedatie bij terminale zorg.

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

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

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

Tarieven

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

B.15. Medicijnen

B.15.1. Medicijnen algemeen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

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

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

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

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

B.15.1.a. Medicijnen

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

Regeling zorgverzekering.

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

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

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

Let op!

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

Voorbeeld:

Uw medicijn kost € 100,- waarvan € 25,- een eigen bijdrage is. De overige € 75,- wordt verrekend met uw eigen risico. U hebt (als u geen andere medicijnen met een eigen bijdrage gebruikt), 10x een eigen bijdrage: 10x € 25,- = € 250,-. Na 10x worden de volledige kosten van het medicijn (€ 100,-) verrekend met een eventueel nog openstaand eigen risico.

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

Voorbeeld van herberekening:

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

- 2021 heeft 365 dagen. 1 Januari tot en met

- o 1 maart 2021 heeft 60 dagen
 - o € 250,- : 365 = € 0,6849 eigen bijdrage per dag
 - o € 0,6849 x 60 dagen = € 41,09. Dit bedrag ronden wij af. Uw eigen bijdrage van 1 januari tot en met 1 maart is dus € 41,-.
 - o U hebt al € 50,- betaald. € 50,- minus € 41,- = € 9,-. U krijgt dus van ons € 9,- terug.
- De zorg omvat niet:
 1. alternatieve (homeopathische en antroposofische) medicijnen;
 2. medicijnen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland;
 3. medicijnen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd medicijn dat niet in het GVS is opgenomen, behalve als bij ministeriële regeling anders is bepaald. Zie artikel B.15.4.;
 4. zelfzorggeneesmiddelen en intramurale geneesmiddelen, voor zover zij volgens de Regeling zorgverzekering niet onder uw zorgverzekering vallen;
 5. medicijnen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
 6. medicijnen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onder f van de Geneesmiddelenwet;
 7. medicijnen die op een andere manier gefinancierd worden, bijvoorbeeld vanuit een volksverzekering of overheidsfinanciering of die onder een subsidie(regeling) vallen;
 8. medicijnen waarvoor wij geen voorkeur hebben. Zie de toelichting op voorkeursgeneesmiddelen in het Reglement Farmacie en onze "Lijst voorkeursgeneesmiddelen";
 9. medicijnen die voor andere indicaties gebruikt worden dan vermeld in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Dit geldt ook als niet aan de extra voorwaarden wordt voldaan. Zie de toelichting in dit artikel onder Voorwaarden, Akkoordverklaring: Nader voorwaarden;
 10. verzorgingsproducten en cosmetische producten zoals tandpasta's, zepen, desinfectiemiddelen, shampoos, badoliën, balsems, lotions, haargroeimiddelen en Vichy producten;
 11. bijkomende kosten zoals administratie-, import- en/of verzendkosten;
 12. vitamines en voedingssupplementen;
 13. medicijnen waarbij na falen van de (aan hulp- of verbruiksartikel gerelateerde) toedieningsvorm een beroep gedaan kan worden op fabrieksgarantie of andere tegemoetkomingregelingen;
 14. niet-geregistreerde medicijnen waaronder

niet-geregistreerde allergenen. Een apothekerbereiding of een geneesmiddel dat wel geregistreerd is in het buitenland kan onder bepaalde voorwaarden wel voor vergoeding in aanmerking komen;

- 15. medicijnen die zijn voorgeschreven door een alternatief arts, of andere zorgverleners die niet in dit artikel worden genoemd.

Let op!

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

B.15.1.b. Leveren van medicijnen en advisering

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

Voor de levering van medicijnen gelden de volgende regels:

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

De bijbehorende advisering omvat ten minste:

- het begeleidingsgesprek bij een nieuw medicijn (1^e uitgifte) of - als u een medicijn langer dan 12 maanden niet gebruikt hebt - een extra begeleiding bij een 2^e uitgifte van een medicijn;
- uitleg als u een medicijn gebruikt waarvoor ook een hulpmiddel nodig is;
- farmaceutische begeleiding bij poliklinisch bezoek, ziekenhuisopname of -ontslag;

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

Let op!

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

Onder deze zorg valt niet:

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

Voorwaarden

Voorkeursgeneesmiddelen

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

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

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

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

Zorgverlener

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

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

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

Medicijnen uit het buitenland

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

Behandelvoorstel

Algemeen

De medicijnen zijn voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, arts gespecialiseerd in infectieziekten verbonden aan een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD), medisch specialist, tandarts, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundig specialist of verloskundige (rekening houdend met hun voorschrijfbevoegdheid en hun deskundigheidsgebied). De volledige informatie hierover staat in artikel 36 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze vindt u via wetten.overheid.nl op de titel 'beroepen individuele gezondheidszorg' en artikel 36.

Voor de aanvullende voorwaarden ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid van de physician assistant en de verpleegkundig specialist verwijzen wij u naar de Handreiking voorschrijfbevoegdheid verpleegkundig specialisten en physician assistants van de NVZA en de KNMP. Zie ook de omschrijving in artikel A.1.

Voor welke periode mag een medicijn worden geleverd?

De zorg omvat uitsluitend de levering van medicijnen op voorschrift (behandelvoorstel) of recept. Een recept geldt voor een bepaalde periode. Hoe lang die periode is, kan per medicijn anders zijn. De leveringsperiodes die per voorschrift (behandelvoorstel) of recept gelden, zijn:

- 15 dagen of de kleinste handverpakking voor een medicijn dat nieuw voor u is;
- 15 dagen voor een medicijn ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie;
- 30 dagen voor slaapmiddelen (hypnotica) en voor medicijnen die angst en onrust verminderen (anxiolytica);
- maximaal 30 dagen voor medicijnen die zijn opgenomen in de Opiumwet met uitzondering van de ADHD middelen. Hiervoor geldt een maximale aflevertermijn van 3 maanden;
- 3 maanden voor medicijnen voor de behandeling van een chronische ziekte, of tot 12 maanden als wij hierover afspraken hebben gemaakt met de apotheek;
- 12 maanden voor "de pil" (orale anticonceptiemiddelen);

- 1 maand voor medicijnen die per maand meer dan € 1.000,- kosten. Als u na een aaneengesloten periode van 6 maanden goed ingesteld bent, mogen deze dure medicijnen per 3 maanden geleverd worden.

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

Geen herhaalrecept

Voor:

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

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

Akkoordverklaring

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

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

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

Uit het buitenland ingevoerde, niet in Nederland geregistreerde medicijnen

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

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

- de werkzaamheid en effectiviteit bewezen moeten zijn in wetenschappelijke literatuur; en
- de behandeling het meest economisch is voor u en de zorgverzekering.

Tarieven

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

B.15.2. Medicatiebeoordeling bij chronisch medicijngebruik

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

Let op!

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

Voorwaarden

Algemeen

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

Zorgverlener

De zorg wordt uitsluitend geleverd door een apotheker of apothekhoudend huisarts die een door ons als voldoende beoordeelde, aanvullende opleiding met goed gevolg heeft afgerond voor het uitvoeren van een medicatiebeoordeling.

Behandelvoorstel

Een apotheker, (apothekhoudend) huisarts, arts verstandelijk gehandicapt, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist heeft vastgesteld dat de medicatiebeoordeling medisch en farmaceutisch noodzakelijk is.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is alleen nodig als u om andere medische of farmaceutische redenen behoefte hebt aan een medicatiebeoordeling, maar er niet wordt voldaan aan bovenstaande algemene voorwaarden.

Tarieven

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

B.15.3. Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat onderstaande medicijnen bij chronisch gebruik. Verschillende van deze medicijnen zijn ook zonder recept verkrijgbaar.

Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers

Dit zijn medicijnen die behoren tot één van de volgende groepen:

- laxeermiddelen;
- medicijnen bij allergie;
- medicijnen tegen diarree;
- medicijnen om de maag leeg te maken;
- kunststranen.
- maagzuurremmers inclusief medicijnen waarin een maagzuurremmer is verwerkt.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze vergoeding wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet de (zelfzorg)geneesmiddelen en maagzuurremmers die u tijdens de eerste 15 dagen gebruikt.

Voorwaarden

Algemeen

- Bij (zelfzorg)geneesmiddelen gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.15.1.;
- Het (zelfzorg)geneesmiddel en de maagzuurremmer is opgenomen in bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering en in de G-standaard van de Z-index (het landelijke geneesmiddelenbestand);
- De voorschrijver verwacht dat u het (zelfzorg)geneesmiddel langer dan 6 maanden gaat gebruiken om een chronische ziekte te behandelen. De voorschrijver geeft op het recept aan dat hij het middel voorschrijft voor chronisch gebruik.

Behandelaarsvoorstel

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant heeft vastgesteld dat de (zelfzorg)geneesmiddelen medisch noodzakelijk zijn voor chronisch gebruik.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring kan nodig zijn omdat zelfzorg)geneesmiddelen en maagzuurremmers middelen zijn waarvoor extra voorwaarden gelden. Zie artikel B.15.1. onder Akkoordverklaring.

Tarieven

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

B.15.4. medicijnen die de apotheek zelf maakt

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat medicijnen die door of in opdracht van een apotheker op individueel recept zijn gemaakt (magistrale bereidingen).

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze vergoeding wordt verrekend met het eigen risico.
- Een magistrale bereiding die (bijna) gelijk is aan een geregistreerd medicijn dat niet is opgenomen in het GVS wordt alleen vergoed als dat bij ministeriële regeling is bepaald. De minister kan een geneesmiddel aanwijzen als het gaat om:
 - een bereiding in de overbruggingstijd. Het medicijn is dan wel aangemeld maar er is nog geen besluit genomen over opname in het GVS;
 - een medicijn dat niet in het GVS wordt opgenomen omdat het te duur is terwijl de bereiding wel een acceptabele prijs heeft.
- Een magistrale bereiding die (bijna) gelijk is aan een niet-geregistreerd medicijn én niet is opgenomen in het GVS, wordt niet vergoed.
- Een wettelijke eigen bijdrage is van toepassing als de magistrale bereiding een medicijn bevat met een wettelijke eigen bijdrage.

Voorwaarden

Algemeen

- Bij medicijnen gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.15.1.
- Het gaat om rationele farmacotherapie. Zie artikel B.15.1.a. "Medicijnen".
- Voor sommige bereidingen hebben wij aanvullende informatie nodig om te beoordelen of het gaat om rationele farmacotherapie. Meer hierover kunt u lezen in artikel 4 "Vergoeding van niet-geregistreerde medicijnen" van het Reglement Farmacie.
- De bereiding komt niet overeen met warenwetproducten.

Tarieven

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

Besluit zorgverzekering

Geldig van 01-01-2021 t/m heden

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 vergoedinglimiet kan worden herberekend of buiten werking kan worden gesteld.