

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten  
Zaak : Farmaceutische zorg, geneesmiddel, combinatiepreparaat Atozet® 10/40  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artf. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv  
Zaaknummer : 202101919  
Zittingsdatum : 20 april 2022

1. Partijen

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

tegen

ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, hierna te noemen: de zorgverzekeraar

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 16 november 2021 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 1 december 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 2 maart 2022 zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 4 maart 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 29 maart 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022009603) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 30 maart 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 maart 2022 een aanvullende reactie van zijn medische dienst aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 8 april 2022 aan verzoeker gezonden.
- 2.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 20 april 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Over deze samenstelling zijn zij voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter informatie aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en een afschrift van de reactie van de ziektekostenverzekeraar van 31 maart 2022 zijn op 4 mei 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 29 maart 2022 aanpassing behoeft. Op 10 mei 2022 heeft het Zorginstituut per brief de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoeker gebruikt sinds 17 januari 2018 het geneesmiddel Atozet® 10/40. Dit is een combinatiepreparaat dat de werkzame stoffen ezetimibe en atorvastatine bevat in één filmomhulde tablet.

3.3. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 6 november 2020 aan verzoeker meegedeeld dat met ingang van 1 januari 2021 de kosten van het geneesmiddel Atozet® 10/40 niet meer worden vergoed, omdat het geneesmiddel onnodig duur is. Als verzoeker Atozet® 10/40 blijft gebruiken, moet hij de kosten hiervan aan de apotheek voldoen. De nota kan hij vervolgens ter declaratie indienen bij de zorgverzekeraar. Deze zal dan een gedeeltelijke vergoeding verlenen op basis van de afzonderlijke geneesmiddelen atorvastatine en ezetimib. De meerkosten blijven hierbij voor rekening van verzoeker.

3.4. De behandelend cardioloog heeft bij e-mailbericht van 27 december 2020 over verzoeker verklaard:

*"In het verleden heeft pt pravastatine gebruikt, geen goede reductie van het cholesterol. Ook atorvastatine generiek en ezetrol samen brachten geen LDL reductie verder dan 2,42. In kader van secundaire preventie blijkt dus dat de streefwaardes vlg de richtlijnen niet gehaald worden.*

*Tevens krijgt pt hier huiduitslag van*

*Dit lukt dus wel mbv atozet 10/40.*

*Verzoek u deze aan pt te vergoeden."*

3.5. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar driemaal om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Op achtereenvolgens 12 januari 2021, 20 juli 2021 en 30 juli 2021 heeft de zorgverzekeraar per e-mail respectievelijk per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. Bij brief van 29 maart 2022 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie het volgende verklaard:

#### **Beoordeling**

*De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.*

*Zowel ezetimibe, atorvastatine, als het combinatiepreparaat Atozet® zijn opgenomen in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering en daarmee in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).*

*Daarnaast zijn ezetimibe en atorvastatine beiden opgenomen in de richtlijn cardiovasculair risicomangement (CVRM) van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), maar niet specifiek als combinatiepreparaat.*

*Het is niet bekend van welk merk verzoeker de generieke middelen ezetimibe en atorvastatine heeft gebruikt, waardoor de hulpstoffen hiervan niet met die van het combinatiepreparaat kunnen worden vergeleken. Over het algemeen hebben de twee generieke middelen dezelfde hulpstoffen en werkzame stoffen als het combinatiepreparaat. Huiduitslag is een bijwerking die voor kan komen bij zowel ezetimibe als atorvastatine. Deze bijwerking kan dus ook optreden bij het gebruik van het combinatiepreparaat en is niet direct gerelateerd aan het gebruik van de losse generieke producten.*

*Het blijft onwaarschijnlijk dat substitutie van het combinatiepreparaat naar de gelijkwaardige monopreparaten leidt tot een verandering in effectiviteit en het dossier bevat onvoldoende onderbouwing voor een causaal verband. Daarnaast ontbreekt er informatie over welke generieke middelen verzoeker heeft geprobeerd en hoe lang hij deze geprobeerd heeft.*

#### **Conclusie**

*Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat er sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van Atozet® 10/40. Verzoeker kan daarom 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 vergoeding van Atozet® 10/40 ten laste van de basisverzekering."*

#### 4. Het geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar de kosten van het geneesmiddel Atozet® 10/40 alsnog volledig moet vergoeden, en wel met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2021.

#### 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 79 van de Algemene regels van de voorwaarden van de zorgverzekering.

#### 6. Beoordeling

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

##### *Standpunt verzoeker*

- 6.2. Verzoeker heeft het geneesmiddel Atozet® 10/40 voorgeschreven gekregen van de behandelend cardioloog. Atozet® 10/40 is een combinatiepreparaat van de werkzame stoffen ezetimibe en atorvastatine. Het gebruik van de afzonderlijke werkzame stoffen gaf onvoldoende resultaat, en leidde tot bijwerkingen. Daarom is hij aangewezen op het gebruik van Atozet® 10/40. Dit wordt bevestigd door de behandelend cardioloog.

Atozet® 10/40 is opgenomen in bijlage 1 van de Rzv en vormt daarmee een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering.

De zorgverzekeraar voert naar eigen zeggen geen preferentiebeleid. Reeds om die reden kan het beroep van de zorgverzekeraar op het arrest van het Hof Arnhem-Leeuwarden van 18 juni 2019 (ECLI:NL:GHARL:2019:5121) niet slagen.

Volgens verzoeker voert de zorgverzekeraar - door Atozet® 10/40 uit te sluiten van vergoeding - een verkapt preferentiebeleid, zonder dat verzekerden hierover duidelijk en eerlijk worden geïnformeerd. Dit is volgens verzoeker aan te merken als een oneerlijke handelspraktijk. Ook vindt hij dat toepassing van de desbetreffende verzekeringsvoorwaarde leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.

Daarnaast heeft de zorgverzekeraar ten onrechte de door de cardioloog gestelde medische noodzaak in twijfel getrokken. Volgens verzoeker gaat de zorgverzekeraar hiermee op de stoel van de behandelend arts zitten.

Ter zitting heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat Atozet® 10/40 is aangewezen, omdat de ziektekostenverzekeraar geen preferentiebeleid voert voor dit middel.

##### *Standpunt zorgverzekeraar*

- 6.3. De zorgverzekeraar voert aan dat de middelen atorvastatine en ezetimibe twee generieke middelen zijn die dezelfde hulpstoffen en werkzame stoffen hebben als het combinatiepreparaat. Verzoeker is niet redelijkerwijs aangewezen op de fixed combination. Het combinatiepreparaat is niet doelmatig, omdat de kosten van de afzonderlijke bestanddelen atorvastatine en ezetimibe samen vele malen goedkoper zijn. De zorgverzekeraar verwijst hierbij naar de bepaling op pagina

122 van de Algemene regels en Vergoedingen van de voorwaarden van de zorgverzekering. Op grond van wet- en regelgeving mag de zorgverzekeraar uit doelmatigheidsoverwegingen het goedkoopste middel vergoeden.

Evenmin is sprake van een medische noodzaak op basis van de verklaring van de cardioloog. Zo zijn er geen gedocumenteerde ernstige bijwerkingen, en wordt niet vermeld welke hulpstof de gestelde bijwerking veroorzaakt. De zorgverzekeraar merkt op dat hij geen nadere onderbouwing heeft ontvangen van de behandelend cardioloog, waaruit blijkt dat sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van Atozet® 10/40.

De zorgverzekeraar verwijst tot slot naar het arrest van het Hof Arnhem-Leeuwarden van 18 juni 2019 (ECLI:NL:GHARL:2019:5121). Hierin is geoordeeld dat niet is komen vast te staan dat het gebruik van Atozet® 10/40 wezenlijke voordelen heeft voor het behandelingsresultaat.

Ter zitting heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat Atozet® 10/40 het twintigvoudige kosten van de kosten van de twee losse middelen atorvastatine en ezetemibe.

#### Overwegingen commissie

- 6.4. Verzoeker heeft op grond van de bepalingen op de pagina's 121 tot en met 123 van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen. Partijen verschillen niet erover van mening dat Atozet® 10/40, op grond van de hierin opgenomen werkzame stoffen, valt onder het GVS en daarmee een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Met het oog op zijn aandoening is verzoeker voorts redelijkerwijs aangewezen op het gebruik van de werkzame stoffen, afzonderlijk dan wel als onderdeel van het combinatiepreparaat. Wat partijen verdeeld houdt, is of het combinatiepreparaat voor vergoeding in aanmerking komt, gelet op de hogere kosten in vergelijking tot de kosten van de twee afzonderlijke geneesmiddelen met dezelfde werkzame stoffen.
- 6.5. De commissie overweegt dat in artikel 24, onder b, van de voorwaarden van de zorgverzekering in algemene zin is bepaald dat alleen zorg wordt vergoed die doelmatig is. Dit betekent dat zorg niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd mag zijn. Voorts is in de bepaling over de vergoeding van geneesmiddelen op pagina 122 van de voorwaarden van de zorgverzekering expliciet bepaald dat een geneesmiddel niet onnodig duur mag zijn.

De zorgverzekeraar heeft in dit verband aangevoerd dat de kosten van het gebruik van het geneesmiddel Atozet® 10/40 veel hoger, namelijk het twintigvoudige, zijn dan die van de twee afzonderlijke middelen atorvastatine en ezetemibe. Verzoeker heeft dit niet weersproken. Daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan.

Door verzoeker is erop gewezen dat de zorgverzekeraar geen preferentiebeleid voert. Dit is juist; door hem zijn immers geen geneesmiddelen als voorkeursgeneesmiddel aangewezen, hoewel hij hiertoe op grond van de wet de mogelijkheid heeft. Het ontbreken van een preferentiebeleid betekent echter niet dat daarmee de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen eis van doelmatigheid - dat een geneesmiddel niet onnodig duur mag zijn - niet zou mogen worden gehanteerd. Naar het oordeel van de commissie zou verzoeker niettemin aanspraak moeten kunnen maken op vergoeding van het duurdere middel indien hiertoe een medische noodzaak bestaat. Dit is dezelfde eis die wordt gehanteerd in het kader van de aanwijzing als voorkeursgeneesmiddel, en deze volgt uit artikel 2.8, vierde lid, Bzv. Zoals blijkt uit het advies van het Zorginstituut, is de door verzoeker ervaren bijwerking niet direct gerelateerd aan het gebruik van de afzonderlijke generieke middelen. Daarnaast is volgens het Zorginstituut onwaarschijnlijk dat de effectiviteit van het combinatiepreparaat verschilt van die van de afzonderlijke geneesmiddelen. Uit het dossier blijkt hiervan althans niet. Op basis van de verzekeringsvoorwaarden heeft verzoeker daarom geen aanspraak op de volledige vergoeding van Atozet® 10/40, maar op een vergoeding ter hoogte van de laagste prijs van de twee afzonderlijke geneesmiddelen tezamen.

- 6.6. Verzoeker heeft aangevoerd dat de zorgverzekeraar een verkapt preferentiebeleid voert, en dat verzekerden hierover duidelijk en eerlijk moeten worden geïnformeerd. Zoals hiervoor is uiteengezet, is van preferentiebeleid geen sprake, maar geldt de eis dat een geneesmiddel niet onnodig duur mag zijn. De desbetreffende eis was voor verzoeker kenbaar, aangezien deze is opgenomen op pagina 122 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het lag op de weg van verzoeker aannemelijk te maken dat het combinatiepreparaat in zijn geval niet 'onnodig' duur is, met name door te stellen en te onderbouwen dat het voor hem medisch niet verantwoord is de afzonderlijke generieke middelen te gebruiken. Zoals hiervoor is geconstateerd, is hij hierin niet geslaagd. Verzoeker heeft verder betoogd dat toepassing van de desbetreffende voorwaarde in de gegeven omstandigheden leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Hij heeft echter niet aannemelijk gemaakt waarom dit het geval is en de commissie ziet niet in dat hiervan sprake is.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. Bindend advies
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 juni 2022,

J.W. Heringa

# 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.

### 3. Ik ben verzekerd bij ONVZ

**U heeft een verzekering bij ONVZ. Dan heeft u recht op vergoeding van zorg en diensten volgens de regels van die verzekering. Hier leest u daar meer over.**

Stel: u heeft bij ons een verzekering en u heeft fysiotherapie nodig. Wordt dat vergoed? En is het eigen risico van toepassing, of geldt er een eigen bijdrage?

#### Ik heb zorg nodig

21. Heeft u zorg nodig? De volgende regels en de vergoedingen bepalen of wij de zorg of diensten vergoeden. Meestal gaat vergoeding vanzelf. De zorgverlener vraagt rechtstreeks vergoeding van ONVZ. En ONVZ betaalt rechtstreeks aan de zorgverlener.

U mag het recht op vergoeding van zorgkosten niet aan iemand anders overdragen zonder onze toestemming (cessie). En niet gebruiken om iemand anders zekerheid te geven dat u een rekening van die ander gaat betalen (pandrecht).

**Wij betalen altijd in euro's.** Bij rekeningen in een andere muntsoort rekenen wij het bedrag om naar euro's. Met de wisselkoers op de laatste werkdag van de maand vóór de maand waarin u de zorg ontvangt.

22. **Uw verzekering vergoedt de zorg en geeft recht op de diensten die in de vergoedingen staan. Als aan de voorwaarden is voldaan.** Dat zijn de voorwaarden in de algemene regels die u nu leest. En de voorwaarden die bij de vergoedingen op de site staan.

In deze algemene regels staat bijvoorbeeld dat wij alleen zorg vergoeden die u in redelijkheid nodig heeft. Dit geldt dan altijd. Ook al wordt dit niet steeds herhaald.

Bij de vergoeding kan staan dat u van ons vooraf toestemming moet hebben voor u voor behandeling naar de zorgverlener gaat.

23. **De verzekering vergoedt de zorg en diensten zolang u bij ons verzekerd bent.**

Op de datum van behandeling of de datum van aflevering (bij bijvoorbeeld een geneesmiddel) moet u dus bij ons verzekerd zijn. Brengt uw zorgverlener de hele behandeling met 1 tarief in rekening, zoals bij een dbc? Dan moet u op de datum van het openen van de dbc bij ons verzekerd zijn.

24. **Wij vergoeden alleen de zorg:**

**a. die naar inhoud en omvang effectief en veilig is**

Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond dat de zorg goed werkt. En dit in de praktijk is gebleken. Is dat niet zo dan geldt wat het betrokken vakgebied goede zorg vindt. Dat is de zorg die de groep van zorgverleners normaal gesproken verleent.

**b. en waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen**

Dit is het geval als de zorg voor u doelmatig is. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn. Dit geldt ook voor diensten.

**U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen redelijke afstand van uw woonadres.**

Wat redelijk is, hangt af van de soort zorg en hoe dringend de zorg nodig is.

25. **Soms moet u kijken of de zorgverlener een contract met ons heeft.** Dat is zo bij de vergoedingen Verpleging en verzorging thuis, Generalistische basis-ggz en Gespecialiseerde ggz. Voor die vergoedingen geldt dat de basisverzekering de zorg van gecontracteerde zorgverleners volledig vergoedt. Kiest u voor een zorgverlener die geen contract met ons heeft? Dan geldt een maximale vergoeding. Als uw zorgverlener meer rekent dan die maximale vergoeding, moet u een deel van de rekening zelf betalen.

Of een zorgverlener een contract met ons heeft, ziet u in de Zorgzoeker<sup>1</sup> op onze site.

Bent u in behandeling als het contract met de zorgverlener wordt beëindigd na 1 januari 2021? Dan heeft dat voor u geen gevolgen. U kunt de behandeling gewoon afmaken bij die zorgverlener.

Heeft u een Zvw-pgb? Dan gelden de maximumbedragen van het reglement Zvw-pgb<sup>2</sup>.

Krijgt u een vergoeding voor ggz uit de aanvullende verzekering? Dan geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. Het maakt dan niet uit of uw zorgverlener een contract met ons heeft of niet.

<sup>1</sup> Zie hiervoor: [zorgzoeker.onvz.nl](http://zorgzoeker.onvz.nl)

<sup>2</sup> Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl) - 030 639 62 22

# Geneesmiddelen basisverzekering

Krijg ik mijn medicijnen vergoed?

## Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	100%, soms betaalt u een wettelijke eigen bijdrage
<b>Startfit</b>	Geen vergoeding
<b>Benfit</b>	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
<b>Optifit</b>	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
<b>Topfit</b>	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering
<b>Superfit</b>	De eigen bijdrage, uit vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering

## Wat u vergoed krijgt

De basisverzekering vergoedt op recept geleverde geneesmiddelen en de diensten van de apotheek die daarbij horen. Soms betaalt u een eigen bijdrage. Hieronder zetten we alles op een rij.

De basisverzekering vergoedt de volgende geneesmiddelen:

1. De door de overheid aangewezen geneesmiddelen die in bijlage 1<sup>1</sup> van de Regeling zorgverzekering staan. Bijna alle in Nederland gangbare geneesmiddelen vallen hieronder.
2. Geneesmiddelen die de apotheek op kleine schaal zelf maakt ('magistrale bereidingen') of bij een andere apotheek laat maken ('doorgeleverde bereidingen'<sup>2</sup>). Het mag niet gaan om een geneesmiddel dat (bijna) hetzelfde is als een geneesmiddel dat volgens 1 niet wordt vergoed. Behalve als in de Regeling zorgverzekering staat dat het wel mag.
3. Geneesmiddelen zonder handelsvergunning in Nederland, die met toestemming van de overheid in Nederland worden gemaakt of uit het buitenland worden gehaald. Uw arts vraagt dit speciaal voor u aan als u een zeldzame ziekte heeft.
4. Bij een tijdelijk tekort aan een geneesmiddel van nummer 1: een vervangend geneesmiddel uit het buitenland.

De vergoedingen bij 2, 3 en 4 gelden alleen voor rationele farmacotherapie. Dat betekent dat we uit onderzoek weten dat het geneesmiddel goed werkt en dat de vorm (bijvoorbeeld pil, injectie of zalf) voor u geschikt is. Ook mag het middel niet onnodig duur zijn.

Sommige geneesmiddelen vergoedt de basisverzekering alleen als u aan bepaalde voorwaarden voldoet. Bijvoorbeeld dat u een bepaalde aandoening heeft. Die geneesmiddelen en de voorwaarden staan in bijlage 2<sup>1</sup> van de Regeling zorgverzekering.

### Hoe zit het met mijn geneesmiddel?

Weet u de werkzame stof of de merknaam van uw geneesmiddel? Op [medicijnkosten.nl](http://medicijnkosten.nl) ziet u snel of de basisverzekering het geneesmiddel vergoedt en met welke voorwaarden. Ook staat daar wat de maximale vergoeding is en of er een eigen bijdrage geldt.

<sup>1</sup> Deze vindt u op [wetten.overheid.nl](http://wetten.overheid.nl)

<sup>2</sup> Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl) - 030 639 62 22

### En de eigen bijdrage?

De overheid bepaalt per groep van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, hoeveel wij maximaal mogen vergoeden. Als u een duurder middel kiest, moet u bijbetalen. Dit is de wettelijke eigen bijdrage. U betaalt nooit meer dan € 250 per jaar aan wettelijke eigen bijdragen voor geneesmiddelen. De aanvullende verzekeringen Benfit en Hoger vergoeden de wettelijke eigen bijdragen tot een maximaal bedrag per kalenderjaar. Daarvoor geldt de vergoeding Geneesmiddelen aanvullende verzekering.

### Mag ik mijn geneesmiddel zelf kiezen?

Uw geneesmiddel mag niet onnodig duur zijn. Daarom geeft de apotheker u meestal een merkloos geneesmiddel mee. Een merkgeneesmiddel vergoeden wij als er geen merkloze variant bestaat of als het merkgeneesmiddel medisch gezien voor u nodig is. Is die medische noodzaak er niet, maar wilt u toch een merkgeneesmiddel? Dan vergoeden wij de laagste prijs van het merkloze geneesmiddel. De rest moet u zelf betalen.

### Hier kunt u terecht

- apothek
- apothekhoudende huisarts

Voor sommige geneesmiddelen gelden ook andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld:

- dieetpreparaten
- voorwaardelijk toegelaten geneesmiddelen
- middelen voor anticonceptie

### Dit vergoedt de basisverzekering niet

- geneesmiddelen bij wetenschappelijk onderzoek
- geneesmiddelen die volgens de wet beschikbaar zijn voor bepaalde schrijvende gevallen
- zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers, als u deze niet chronisch moet gebruiken

### Andere vergoedingen

De basisverzekering vergoedt de volgende middelen niet. Uw aanvullende verzekering soms wel:

- vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor uw (vakantie)reis
- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen<sup>1</sup>

## Wat u zelf betaalt

### Het eigen risico

Voor geneesmiddelen uit de basisverzekering geldt het eigen risico. Het eigen risico geldt ook als de basisverzekering uw wettelijke eigen bijdragen boven € 250 vergoedt.

### De eigen bijdrage

Voor sommige geneesmiddelen betaalt u een wettelijke eigen bijdrage. Maar totaal nooit meer dan € 250 per kalenderjaar. Daarboven vergoedt de basisverzekering de wettelijke eigen bijdragen.

## Dit moet u zelf doen

### U moet een voorschrift (recept) hebben voor het geneesmiddel

Wij vergoeden geneesmiddelen alleen als ze zijn voorgeschreven door de behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist (kaakchirurg, orthodontist), verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant<sup>2</sup>.

### Voor sommige geneesmiddelen moet u vooraf toestemming vragen

Sommige geneesmiddelen vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming<sup>3</sup> hebben gegeven.

## Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

### Soms krijgt u uw geneesmiddel van het ziekenhuis

Geneesmiddelen die u krijgt als onderdeel van zorg door de medisch specialist of tijdens een ziekenhuisopname betaalt u niet apart. Ze zitten in de rekening van het ziekenhuis.

<sup>1</sup> Zie hiervoor de vergoeding Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg

<sup>2</sup> De physician assistant mag zelfstandig sommige onderzoeken uitvoeren, injecties geven en geneesmiddelen voorschrijven.

Hij kan ook werken onder leiding van een medisch specialist

<sup>3</sup> Zie hiervoor: [www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen](http://www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen)

### Woont u in een Wlz-instelling? Dan regelt die vaak uw geneesmiddelen

Als u ook behandeling krijgt van de Wlz-instelling, dan horen geneesmiddelen daarbij.

### U krijgt een vaste 'afleverhoeveelheid' mee

Per recept vergoeden wij de kosten van een geneesmiddel voor:

- 15 dagen of de kleinste afleververpakking, bij een voor u nieuw geneesmiddel
- 15 dagen, bij antibiotica voor een acute aandoening of bij middelen voor chemotherapie (cytostatica)
- maximaal 1 maand, bij slaapmiddelen (hypnotica) en middelen tegen angst (anxiolytica)
- maximaal 3 maanden, bij een geneesmiddel voor een chronische ziekte
- maximaal 1 jaar, bij de anticonceptiepil
- maximaal 1 maand, bij geneesmiddelen duurder dan € 1.000 per maand tijdens de instelperiode van 6 maanden
- maximaal 1 maand in andere gevallen

Valt een geneesmiddel onder meer categorieën? Dan geldt de kortste periode.

## Geneesmiddelen aanvullende verzekering

Een aanvulling op de vergoedingen van de basisverzekering.

### Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	Geen vergoeding
<b>Startfit</b>	Geen vergoeding
<b>Benfit</b>	€ 150 voor eigen bijdragen, geregistreerde geneesmiddelen en verbandmiddelen Max. per kalenderjaar
<b>Optifit</b>	€ 300 voor geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen, melatonine, waarvan max. € 250 voor eigen bijdragen Max. per kalenderjaar
<b>Topfit</b>	€ 1.500 voor geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen, melatonine, waarvan max. € 250 voor eigen bijdragen Max. per kalenderjaar
<b>Superfit</b>	100% geregistreerde geneesmiddelen, verbandmiddelen, melatonine, waaronder max. € 250 voor eigen bijdragen Max. per kalenderjaar

### Wat u vergoed krijgt

De **basisverzekering** vergoedt de meeste geneesmiddelen waarvoor u een recept heeft. Daarvoor geldt de vergoeding Geneesmiddelen basisverzekering. Soms betaalt u een eigen bijdrage.

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden:

- de wettelijke eigen bijdragen
- geregistreerde geneesmiddelen die de basisverzekering niet vergoedt
- de terhandstelling en het begeleidingsgesprek van de apotheek<sup>1</sup> van deze geneesmiddelen
- verbandmiddelen als u bij een arts onder behandeling bent voor een huidaandoening of wond, als ze niet onder de vergoeding Verbandmiddelen vallen

Optifit en hoger vergoeden ook nog:

- melatonine van 0,3 mg of meer per eenheid

<sup>1</sup> Meer informatie leest u op: [www.onvz.nl/vergoedingen/kosten-apotheekzorg](http://www.onvz.nl/vergoedingen/kosten-apotheekzorg)