

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, en Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak	: Farmaceutische zorg, geneesmiddelen, preferentiebeleid, Crestor® (rosuvastatine tablet filmomhuld 10 mg), losartan kalium tablet fo 50 mg van Xiromed, pantoprazol tablet msr 20 mg van Teva
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022
Zaaknummer	: 202201598
Zittingsdatum	: 21 juni 2023

## 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief met dagtekening 31 januari 2023, door hem verzonden op 6 februari 2023, de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 13 februari 2023 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. Verzoeker heeft op 2, 3 en 4 april aanvullende stukken aan de commissie gezonden. Kopieën hiervan zijn op 3 respectievelijk 6 april 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Bij ongedateerde brief, door de commissie ontvangen op 13 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 18 april 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.4. Verzoeker heeft op 27 april 2023 aanvullende stukken aan de commissie gezonden. Kopieën hiervan zijn op 1 mei 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. Verzoeker heeft de commissie op 13 mei 2023 verzocht om extra spreektijd tijdens de hoorzitting, omdat hij tijdens de zitting een pleitnota wil voorlezen. De commissie heeft dit verzoek bij brief van 7 juni 2023 afgewezen, omdat het voorlezen van een pleitnota op zich geen reden is voor het toekennen van extra spreektijd.
- 2.6. Bij brief van 30 mei 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023016286) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 31 mei 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.7. 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 21 juni 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.
- 2.8. Verzoeker heeft zijn pleitnota op 19 juni 2023 aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is voorafgaand aan de hoorzitting aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn pleitnota na afloop van de hoorzitting aan de commissie gezonden. Hierbij heeft hij twee e-mailberichten van de apotheek gevoegd. Kopieën hiervan zijn

aan verzoeker gestuurd. Verzoeker heeft bij brief van 11 juli 2023 hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

- 2.9. De aantekeningen van de hoorzitting, kopieën van de nagekomen stukken en de pleitnota's van partijen zijn op 13 juli 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 30 mei 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 18 juli 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Daarnaast heeft het Zorginstituut inhoudelijk gereageerd op hetgeen partijen ter zitting hebben aangevoerd. Daarom heeft de commissie partijen de mogelijkheid geboden schriftelijk te reageren op het definitieve advies van het Zorginstituut. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 26 juli 2023 respectievelijk 25 juli 2023 schriftelijk gereageerd. Kopieën van deze reacties zijn s aan de respectieve wederpartij gezonden.

### 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 1 en TandVerzorgd 250 (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft van de apotheek een aantal geneesmiddelen ter hand gesteld gekregen. De kosten heeft verzoeker zelf aan de apotheek betaald. De nota's die hij hiervoor ontving heeft hij vervolgens gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Het betreft hierbij nota's voor de geneesmiddelen Crestor® (rosuvastatine tablet filmomhuld 10 mg), losartan kalium tablet fo 50 mg van Xiromed en pantoprazol tablet msr 20 mg van Teva. Bij ongedateerd schrijven heeft de ziektekostenverzekeraar de declaraties afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij klachtenformulier van 23 augustus 2022 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 19 september 2022 vond naar aanleiding hiervan een telefoongesprek plaats. Bij brief van die zelfde datum heeft de ziektekostenverzekeraar hetgeen werd besproken schriftelijk bevestigd, waarbij hij verzoeker heeft gewezen op de mogelijkheid de zaak voor te leggen aan de SKGZ.
- 3.4. Bij brief van 30 mei 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.5. Bij brief van 18 juli 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

### 4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de geneesmiddelen Crestor® (rosuvastatine tablet filmomhuld 10 mg), losartan kalium tablet fo 50 mg van Xiromed en pantoprazol tablet msr 20 mg van Teva te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. In dit verband heeft verzoeker aangevoerd dat het aan de voorschrijver is te bepalen of het medisch niet verantwoord is een preferent geneesmiddel te gebruiken. In zijn geval hebben de behandelend cardioloog en de huisarts bepaald dat verzoeker is aangewezen op genoemde geneesmiddelen. Dit blijkt uit de vermelding van 'medische noodzaak' op het recept. Voorts zijn door verzoeker twee documenten overgelegd, waaronder een verklaring van 8 oktober 2018. In dit stuk is sprake van een verminderde nierfunctie en is vermeld dat een medische noodzaak bestaat voor de geneesmiddelen, waarbij het destijds nog Losanox® in plaats van losartan van Xiromed betrof. Volgens verzoeker is hij allergisch voor bepaalde hulpstoffen in de preferente

geneesmiddelen en heeft het gebruik van een generiek geneesmiddel eerder geleid tot een ziekenhuisopname. Door de behandelend cardioloog is in verband hiermee een overzicht van lab waarden aangeleverd.

De huisarts heeft verzoeker verteld dat het oordeel van de voorschrijver leidend is. Door verzoeker wordt in dit kader verwezen naar een arrest van de Hoge Raad, met name r.o. 3.2.5.. Tevens heeft hij een tekst van de website [www.fk.cvz.nl](http://www.fk.cvz.nl) overgelegd en gerefereerd aan de Gedragscode Goed Verzekeraarschap. Volgens verzoeker blijkt ook uit informatie van de ziektekostenverzekeraar dat onder de gegeven omstandigheden aanspraak bestaat op genoemde merkgeneesmiddelen. Verzoeker stelt dat de apotheker over de medische noodzaak geen contact heeft opgenomen met de voorschrijvers.

Verzoeker concludeert dat het de ziektekostenverzekeraar alleen om het geld te doen is, en dat met dit beleid miljoenen winst wordt gemaakt. Hierbij is de patiënt een proefkonijn.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar steeds heel traag reageert. Hierdoor kon hij voor 2023 niet meer overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Ook tijdens de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen, en aansluitend bij de commissie, reageert de ziektekostenverzekeraar niet of vraagt hij om uitstel, waardoor de afhandeling van het geschil vertraging heeft opgelopen. Verder heeft verzoeker herhaald dat hij de merkgeneesmiddelen nodig heeft. Bij een wisseling van de geneesmiddelen komt zijn gezondheid in gevaar. Hij heeft eerder al nadelige effecten ondervonden na een wisseling, zoals aders die weer dichtslibben, het dichtslaan van zijn keel, en een longontsteking. Bij het gebruik van de merkgeneesmiddelen heeft hij hiervan geen last. Hij merkt hierbij op dat iedere patiënt uniek is en ook een unieke zorgvraag heeft voor geneesmiddelen.
- Daarnaast heeft verzoeker benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar dan wel de apotheek geen contact heeft opgenomen met de voorschrijvend artsen over de wisseling van de geneesmiddelen. De ziektekostenverzekeraar dient de voorschrijvend arts te volgen als deze 'medische noodzaak' op een recept vermeldt. Nu kijkt de ziektekostenverzekeraar alleen naar de goedkoopste oplossing.
- Verzoeker wil weten wie hij erop moet aanspreken als het fout gaat doordat hij van geneesmiddelen moest wisselen, en vraagt de commissie hierover een uitspraak te doen.
- 4.4. 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.
- 4.5. Verzoeker heeft bij brief van 11 juli 2023 gereageerd op de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde pleitnota en de twee e-mailberichten van de apotheek. Verzoeker maakt alsnog bezwaar tegen het via videobellen deelnemen aan de hoorzitting door de ziektekostenverzekeraar, het niet vooraf toesturen van de pleitnota door de ziektekostenverzekeraar, en het niet vooraf aankondigen dat een tweede medewerker van de ziektekostenverzekeraar aan de zitting zou deelnemen. Hij voelde zich hierdoor overvallen.
- Verder stelt verzoeker dat bij het wisselen van een geneesmiddel geen bericht naar de huisarts wordt gestuurd. Hij benadrukt dat er geen contact is geweest met de huisarts. Bovendien moeten vragen over Crestor® aan de cardioloog worden gesteld en niet aan de huisarts, omdat de cardioloog het recept heeft afgegeven. En met vragen over hoofdpijn of spierpijn, moet men bij de huisarts zijn.
- 4.6. Verzoeker heeft bij brief van 26 juli 2023 gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut. Verzoeker herhaalt dat er geen contact is geweest tussen de apotheek en de cardioloog over het geneesmiddel Crestor® en dat de generieke middelen bij hem niet (voldoende) werken.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op de aan hem ter hand gestelde geneesmiddelen, ten laste van de zorgverzekering. In dit verband heeft hij toegelicht dat de prijzen van geneesmiddelen soms kunstmatig hoog worden gehouden door de

fabrikanten. Dit leidt tot extra kosten en een hogere premie. De ziektekostenverzekeraar is een coöperatie zonder winstoogmerk, en eventuele besparingen vloeien toe aan zijn verzekerden. De als preferent aangewezen varianten zijn op kwaliteit, veiligheid en werkzaamheid beoordeeld door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen en goed bevonden. Deze geneesmiddelen zijn goedkoper dan de merkgeneesmiddelen. Afwijking van het preferentiebeleid is mogelijk als de behandeling met een geneesmiddel medisch niet verantwoord is. Dit moet blijken uit de vermelding 'medische noodzaak' op het recept en desgevraagd door de voorschrijver kunnen worden onderbouwd, zoals valt op te maken uit een eerder bindend advies van de commissie. In de situatie van verzoeker ontbreekt een dergelijke onderbouwing. De apotheker heeft in het verleden hierover contact gehad met de voorschrijver.

Volgens de ziektekostenverzekeraar blijkt de medische noodzaak niet uit de door verzoeker overgelegde documenten. In het eerste document wordt hierover niets vermeld onder 'intoleranties, contra-indicaties, allergieën en ernstige bijwerkingen', in het tweede document - van 8 oktober 2018 - wordt melding gemaakt van een verminderde nierfunctie en een medische noodzaak, maar de relatie tussen beide wordt niet toegelicht. Het valt de ziektekostenverzekeraar verder op dat verzoeker voor alle drie de geneesmiddelen de variant van een specifieke fabrikant zou moeten gebruiken vanwege een medische noodzaak.

De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de Leidraad Verantwoord Wisselen Medicijnen. De door verzoeker afgenomen geneesmiddelen komen niet voor in de categorieën oranje en rood. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar vast dat de apotheker heeft gehandeld overeenkomstig de leidraad.

- 5.2. In zijn ongedateerde brief aan de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij het vereiste van de motivering van de medische noodzaak door de voorschrijver bevestigd ziet in het arrest van de Hoge Raad van 9 juli 2021 (ECLI:NL:HR:2021.1111). Hierin staat dat de verzekerde op grond van artikel 2.8, vierde lid, Bzv aanspraak heeft op verstrekking van het aan hem voorgeschreven geneesmiddel zonder dat hij eerst nog het preferente geneesmiddel moet proberen. Daarbij is het aan degene die het recept afgeeft, de voorschrijvend arts, om gemotiveerd aan te geven dat de behandeling met het preferente geneesmiddel niet verantwoord is. De huisarts en de behandelend cardioloog hebben de medische noodzaak voor het gebruik van de merkgeneesmiddelen echter niet onderbouwd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdens de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen navraag gedaan bij de apotheker. De apotheker heeft in het verleden contact gehad met de huisarts. Destijds was de conclusie dat er geen medische noodzaak bestond voor de gevraagde merkgeneesmiddelen. De ziektekostenverzekeraar heeft zich op 23 en 28 maart 2023 opnieuw gewend tot de apotheker. De apotheker heeft geprobeerd contact op te nemen met de voorschrijver. Deze zou haar terugbellen, maar dat was op 28 maart 2023 nog niet gebeurd. Op 11 april 2023, de dag waarop de ziektekostenverzekeraar zijn reactie aan de commissie stuurde, had hij nog geen terugkoppeling ontvangen van de apotheker. Uit de door verzoeker toegezonden aanvullende informatie blijkt niet dat sprake is van intoleranties, allergieën en dergelijke. Er wordt ook geen relatie gelegd tussen de verminderde nierfunctie en het gebruik van bepaalde geneesmiddelen.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop verklaard dat hij de apotheker nogmaals heeft gevraagd contact op te nemen met de voorschrijvend arts, te weten de huisarts. De huisarts heeft de apotheker meegedeeld dat hij de medische noodzaak heeft overgenomen van de medisch specialist, maar zelf niet inziet waarom er een medische noodzaak is. Vervolgens is via de apotheek geprobeerd contact op te nemen met de initiële voorschrijver, de cardioloog. Uiteindelijk heeft de apotheek contact gehad met het secretariaat van de afdeling Cardiologie. Het secretariaat heeft meegedeeld dat bij de rosuvastatine is vastgelegd dat verzoeker last heeft van hoofdpijn. En bij de losartan is vermeld dat verzoeker aangaf spierpijn te hebben. De vermelding van deze twee klachten volstaat niet als onderbouwing voor een medische noodzaak voor het gebruik van drie merkgeneesmiddelen. Uit alle beschikbare informatie blijkt niet dat sprake is van intoleranties, contra-indicaties en/of allergieën voor het gebruik van bepaalde generieke geneesmiddelen. Er is dus niet gebleken dat het gebruik van de aangewezen middelen medisch niet verantwoord is.

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.

5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 juni 2023, samen met zijn pleitnota, de e-mailberichten van de apotheker van 11 mei 2023 en 19 juni 2023 aan de commissie gezonden.

In het e-mailbericht van 11 mei 2023 schrijft de apotheker:

*"Ik heb contact gehad met de huisarts. Zij hebben de MN overgenomen van de specialist, maar zien niet in waarom er een medische noodzaak is, vandaar de reden vanuit de specialist. Wij kunnen de medische noodzaak met deze reden dan ook niet honoreren."*

In het e-mailbericht van 19 juni 2023 schrijft de apotheker:

*"Ik heb eindelijk contact kunnen krijgen met het secretariaat van de cardiologie. De assistenten hebben alle overdrachtsbrieven doorgenomen. Meneer heeft een medische noodzaak voor rosuvastatine (en niet crestor) ivm met hoofdpijn (in plaats van de eerder gebruikte atorvastatine). Dat staat vastgelegd.*

*Over de losartan staat vastgelegd dat meneer aangaf spierpijn te hebben. Over de verdere andere medicatie staat niets vastgelegd."*

5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 25 juli 2023 gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat hij in zijn pleitnota inderdaad ten onrechte had vermeld dat door het secretariaat van de afdeling Cardiologie is gezegd dat verzoeker hoofdpijn kreeg van (de werkzame stof) rosuvastatine in plaats van de werkzame stof atorvastatine.

## 6. Advies Zorginstituut

6.1. In het voorlopig advies van 30 mei 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

### **"Beoordeling**

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

*Rosuvastatine, losartan en pantoprazol zijn niet vermeld op bijlage B (rode categorie) of bijlage C (oranje categorie) van de leidraad 'Verantwoord Wisselen Medicijnen'. Dit betekent dat deze middelen in de groene categorie vallen. Bij medicijnen die in de groene categorie vallen is wisselen in principe mogelijk, tenzij een individuele patiëntgebonden factor een wisseling niet of slecht mogelijk maakt. Een voorbeeld van zo'n individueel patiëntgebonden factor is een allergie of intolerantie voor bepaalde hulpstoffen. Ook bij patiënten bij wie een eerdere wisseling heeft geleid tot een gedocumenteerde bijwerking of verminderde werking of bij wie een ander label heeft geleid tot verkeerd gebruik, kan wisselen ongewenst zijn.*

*Generieke alternatieven voor de geneesmiddelen Crestor® 10 mg, losartan 50 mg van Xiromed of pantoprazol 20 mg van Teva met dezelfde werkzame stof, hoeveelheid, toedieningsvorm en met eenzelfde mate en snelheid van absorptie zouden eenzelfde effect moeten hebben. Gebruikte hulpstoffen kunnen mogelijk afwijken tussen de geneesmiddelen onderling.*

*Het is onduidelijk of verzoeker de preferente middelen al een keer heeft geprobeerd en welke verschillende merken pantoprazol en losartan verzoeker in het verleden heeft gebruikt.*

*Verzoeker heeft tegenover de SKGZ aangegeven allergisch te zijn voor bepaalde hulpstoffen in de preferente geneesmiddelen en dat gebruik van een generiek middel eerder heeft geleid tot blauwe plekken, problemen met lopen en een ziekenhuisopname. Door een arts of apotheker wordt echter niet aangegeven dat verzoeker intolerant of allergisch is voor een bepaalde hulpstof. Ook worden er in het medicatieoverzicht van verzoeker geen intoleranties, contra-indicaties of allergieën benoemd. Verder bevat het dossier geen informatie over de relatie tussen de gebruikte*

geneesmiddelen en de ziekenhuisopname, blauwe plekken en loopproblemen. Het dossier bevat geen verklaring van een arts of apotheker waarin een medische noodzaak voor bovengenoemde geneesmiddelen is onderbouwd. Daarnaast is er geen verklaring van de voorschrijvend arts waarom de wisseling naar een ander merk medisch onverantwoord wordt geacht. Er staat wel in het dossier dat verweerder contact heeft opgenomen met de apotheker van verzoeker en dat de apotheker heeft aangegeven dat er geen gegronde medische noodzaak bestaat.

Op basis van de gegevens in het dossier is niet aangetoond dat de klachten die verzoeker in het verleden heeft gehad, daadwerkelijk zijn toe te schrijven aan het gebruik van bepaalde generieke geneesmiddelen.

### **Conclusie**

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat er een medische noodzaak is voor het gebruik van de geneesmiddelen Crestor® 10 mg, losartan 50 mg van Xiromed of pantoprazol 20 mg van Teva. Er is niet aangetoond dat het farmacologisch gezien niet verantwoord is voor verzoeker om de preferente varianten met rosuvastatine, losartan en pantoprazol te gebruiken.

### **Het advies**

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Er is niet aangetoond dat bij verzoeker sprake is van een medische noodzaak voor het gebruik van de geneesmiddelen Crestor® 10 mg, losartan 50 mg van Xiromed of pantoprazol 20 mg van Teva. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van deze geneesmiddelen ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 18 juli 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...)

Verzoeker geeft meer informatie over zijn medische historie en beschrijft dat hij goed reageert op Crestor. Het Zorginstituut wil benadrukken dat generieke geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, hoeveelheid, toedieningsvorm en met eenzelfde mate en snelheid van absorptie eenzelfde effect moeten hebben. Gebruikte hulpstoffen kunnen mogelijk wel afwijken tussen de geneesmiddelen onderling. De klachten die verzoeker benoemt (o.a. dichtslibben van aderen) zijn echter gerelateerd aan de medische aandoeningen en niet aan een intolerantie of allergie voor een hulpstof.

In de e-mails van de apotheker, die verweerder heeft meegestuurd met de pleitnotitie, wordt het een en ander opgemerkt over de medische noodzaak en de werkzame stoffen rosuvastatine en losartan. Volgens de apotheker heeft de huisarts aan de apotheker meegedeeld de vermelding van 'medische noodzaak' te hebben overgenomen van de specialist en zelf niet in te zien waarom sprake is van een medische noodzaak. De apotheker heeft daarna contact opgenomen met het secretariaat van de afdeling Cardiologie dat heeft aangegeven dat is vastgelegd dat verzoeker een medische noodzaak heeft voor rosuvastatine in verband met hoofdpijn, in plaats van de eerder gebruikte atorvastatine (wat een andere werkzame stof is). Verder is volgens de apotheker bij het secretariaat vastgelegd dat verzoeker bij (de werkzame stof) losartan heeft aangegeven spierpijn te hebben. Uit deze e-mails blijkt niet dat het gebruik van een ander rosuvastatine- of losartan-bevattend geneesmiddel dan de merkgeneesmiddelen onverantwoord is voor verzoeker. De aanvullende stukken bevatten geen onderbouwing van een medische noodzaak voor het gebruik van de geneesmiddelen Crestor® 10 mg, losartan 50 mg van Xiromed of pantoprazol 20 mg van Teva."

## **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 A17 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 en het preferentiebeleid 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.

### Zorgverzekering

- 8.2. Een verzekeraar mag op grond van artikel 2.8, eerste lid, onder a, in verband met artikel 2.8, derde lid, Bzv een zogeheten preferentiebeleid voeren. Voert de verzekeraar een dergelijk beleid, dan vormt dit een wezenlijk onderdeel van de overeenkomst van zorgverzekering. In het kader van de transparantie moet daarom, bij het aangaan of de verlenging van deze overeenkomst, het bestaan van een dergelijk beleid via de verzekeringsvoorwaarden kenbaar worden gemaakt. Tevens moeten kenbaar worden gemaakt de consequenties van dit beleid voor de verzekerde, met name door publicatie van een lijst met door de verzekeraar als preferent aangewezen geneesmiddelen. Elke wijziging hierin lopende een verzekeringsjaar moet tijdig aan de verzekeringnemer worden medegedeeld, een en ander overeenkomstig artikel 19 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-022) van de Nederlandse Zorgautoriteit.
- 8.3. Een verzekeraar kan het preferentiebeleid, mede tegen de achtergrond van de Nota van Toelichting bij artikel 2.8 Bzv, op geen andere wijze vormgeven dan zoals nader uitgewerkt in artikel 2.8 Bzv. In dit verband moet de verzekeraar een bewuste keuze maken, waarbij hij door de minister aangewezen geregistreerde onderling vervangbare geneesmiddelen mag uitsluiten van verstrekking of vergoeding, mits hij van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste één geneesmiddel aanwijst (het 'preferente geneesmiddel') dat voor de verzekerde beschikbaar is. Bij het maken van zijn keuze moet de verzekeraar zorgvuldig te werk gaan en rekening houden met de belangen van al zijn verzekerden (zie ook gerechtshof Arnhem-Leeuwarden van 26 april 2022 (ECLI:NL:GHARL:2022:3265)). In dat verband kan het nodig zijn binnen een groep geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof meer dan één preferent geneesmiddel aan te wijzen om te voorkomen dat een substantiële groep verzekerden buiten de boot valt. Een verzekeraar kan daartoe echter ook om andere redenen besluiten. Eventuele afspraken tussen een verzekeraar en een apotheek over de terhandstelling van de goedkoopste variant van een geneesmiddel vallen buiten het preferentiebeleid, zoals hiervoor beschreven. Dergelijke afspraken kunnen een verzekerde dan ook niet worden tegengeworpen, zelfs niet als hiernaar wordt verwezen in de verzekeringsvoorwaarden. Zodanige afspraken vormen immers een feitelijke beperking van de uit het Bzv en de Rzv voortvloeiende aanspraak op geneesmiddelen.
- 8.4. Indien de verzekeraar een preferent geneesmiddel heeft aangewezen, dan geldt - als hoofdregel - dat de apotheek dit middel aan de verzekerde ter hand stelt. Hierop wordt alleen een uitzondering gemaakt als de behandeling met het preferente geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is. In dat geval, zo blijkt ook uit het arrest van de Hoge Raad van 9 juli 2021 (ECLI:NL:HR:2021:1111), heeft de verzekerde op grond van art. 2.8, vierde lid, Bzv aanspraak op verstrekking van het aan hem voorgeschreven geneesmiddel zonder dat hij eerst nog het preferente geneesmiddel moet proberen. De commissie merkt in dit verband op dat genoemd arrest het stuk is waarnaar verzoeker, onder aanhaling van r.o. 3.2.5., verwijst.
- 8.5. Indien de verzekeraar voor een bepaalde werkzame stof meer dan één geneesmiddel als preferent heeft aangewezen, dan kan hij van de verzekerde in redelijkheid vergen dat deze, in geval van een allergie of overgevoeligheid voor een bepaalde vul- of hulpstof, eerst één of meer andere



preferente geneesmiddelen probeert die de desbetreffende stof niet bevatten, alvorens aanspraak te kunnen maken op het voorgeschreven geneesmiddel.

- 8.6. Behandeling met het preferente geneesmiddel kan medisch niet verantwoord zijn, indien een allergie of overgevoeligheid voor een bepaalde vul- of hulpstof is vastgesteld dan wel als het wisselen van geneesmiddel voor betrokkene een risico oplevert, vanwege onder meer therapietrouw. De Leidraad Verantwoord Wisselen Medicijnen biedt hiervoor handvatten. Het is aan degene die het recept afgeeft (de 'voorschrijver') om gemotiveerd aan te geven dat de behandeling met het preferente geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is. Is de apotheek hiervan niet overtuigd, dan dient deze contact te zoeken met de voorschrijver. Indien dit niet tot overeenstemming leidt, dan ligt het op de weg van de apotheker om farmacologisch te onderbouwen waarom het gebruik van het preferente geneesmiddel door de verzekerde volgens hem niet medisch onverantwoord is.
- 8.7. Het voorgaande brengt de commissie in het aan haar voorgelegde geval tot het volgende. Op bladzijde 27 van de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering is ter zake van het preferentiebeleid bepaald:

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

*(....)*

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

- 8.8. In het Verzekeringsreglement Menzis Basis 2022 is bepaald:

*"4.1 Preferente geneesmiddelen*

*Op [Menzis.nl](http://Menzis.nl) vindt u een actueel overzicht van de werkzame stoffen waarvoor Menzis preferente geneesmiddelen heeft aangewezen en welke geneesmiddelen dat zijn. U kunt het overzicht ook opvragen door contact op te nemen met Menzis. U hebt alleen recht op vergoeding van het door ons aangewezen preferente geneesmiddel.*

*Tussentijdse uitbreiding*

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

### Medische noodzaak

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

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

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

- 8.9. Bij raadpleging van de website van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat in 2022 voor de werkzame stof rosuvastatine tablet 10 mg het geneesmiddel van Sun Pharmaceuticals was aangewezen. Voor de werkzame stof losartan tablet 50 mg was dit het geneesmiddel van KRKA, en voor pantoprazol 20 mg het geneesmiddel van Aurobindo. De commissie constateert dat genoemde werkzame stoffen niet zijn vermeld op Bijlage B ('Rode categorie') dan wel Bijlage C ('Oranje categorie') van de Leidraad Verantwoord Wisselen Medicijnen. Dit betekent dat verzoeker moet worden geacht gebruik te kunnen maken van de preferente geneesmiddelen, tenzij individueel patiëntgebonden factoren het wisselen niet of slecht mogelijk maken. In dit verband heeft verzoeker verwezen naar de behandelend cardioloog en de huisarts. De commissie stelt vast dat door deze behandelaars niet is onderbouwd waarom het gebruik van de door de ziektekostenverzekeraar aangewezen geneesmiddelen voor verzoeker medisch niet verantwoord zou zijn. De enkele stelling van verzoeker dat hij een allergie heeft voor hulpstoffen volstaat niet, waarbij nog kan worden aangetekend dat het niet erg waarschijnlijk is dat die zelfde hulpstoffen in alle preferente geneesmiddelen voorkomen, zodat hij alleen de merkgeneesmiddelen kan gebruiken. Dat hij hierop zou zijn aangewezen valt ook niet op te maken uit de beide, door hem overgelegde documenten. Verzoeker heeft weliswaar gesteld dat hij eerder, door het wisselen van een geneesmiddel, in een ziekenhuis moest worden opgenomen, maar enige onderbouwing van die stelling heeft hij niet geleverd. Ook de verwijzing, door verzoeker, naar stukken van onder andere de ziektekostenverzekeraar, een website en de Gedragscode Goed Verzekeraarschap mist een inhoudelijke onderbouwing en kan daarom niet leiden tot een andere uitkomst. Zoals onder 8.6. is overwogen, is het in geval van twijfel over de medische noodzaak aan de apotheker contact te zoeken met de voorschrijver. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat dit in het verleden ook is gebeurd. Hiervan zijn echter geen bewijsstukken overgelegd. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 juni 2023 wel de e-mailberichten van de apotheker van 11 mei 2023 en 19 juni 2023 overgelegd, waarin de apotheker bericht over zijn contacten met de huisarts respectievelijk het secretariaat van de afdeling Cardiologie. Uit deze berichten volgt geen reden waarom verzoeker op medische gronden geen gebruik kan maken van de preferente geneesmiddelen. Verzoeker stelt evenwel dat er geen contact heeft plaatsgevonden tussen de ziektekostenverzekeraar dan wel de apotheker en de behandelend arts(en). Gezien voornoemde e-mailberichten van de apotheker, en het ontbreken van een schriftelijke verklaring van de behandelend arts(en) die het standpunt van verzoeker op dit punt onderbouwen, gaat de commissie uit van de verklaringen van de apotheker. Dit alles leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker terecht vergoeding heeft onthouden van de niet-preferente geneesmiddelen Crestor® (rosuvastatine tablet filmomhuld 10 mg), losartan kalium tablet fo 50 mg van Xiromed en pantoprazol tablet msr 20 mg van Teva.
- 8.10. Verzoeker heeft in zijn reactie op de pleitnota van de ziektekostenverzekeraar alsnog bezwaar gemaakt tegen de gang van zaken rond de hoorzitting. De commissie merkt hierover op dat in de uitnodiging voor de hoorzitting van 31 mei 2023 reeds was vermeld dat de ziektekostenverzekeraar via videobellen aan de zitting zou deelnemen. Verder geldt de verplichting tot het vooraf aanmelden van derden alleen voor een deskundige, getuige of tolk, en dus niet voor een tweede medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Tot slot heeft de commissie

verzoeker niet verplicht om zijn pleitnota voorafgaand aan de zitting toe te sturen, maar dit als tip meegegeven bij het afwijzen van het verzoek om extra spreektijd. Een zodanige verplichting bestond dus evenmin voor de ziektekostenverzekeraar.

- 8.11. Verzoeker heeft ter zitting aan de commissie gevraagd wie hij moet aanspreken als het fout gaat doordat hij moet wisselen van geneesmiddel(en) en hierover een uitspraak te doen. De commissie kan hierover echter geen uitspraak doen, omdat dit buiten haar bevoegdheid ligt.

*Slotsom*

- 8.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 september 2023,

J.W. Heringa

**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](http://www.rechtspraak.nl).*

**BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

**geneesmiddelen op de markt. Om een geneesmiddel op de markt te mogen brengen, heeft de producent een handelsvergunning nodig. Die vergunning wordt alleen verleend als het (merk- of merkloze) geneesmiddel voldoet aan strenge kwaliteitseisen.**

## **Welke zorg**

### **Geregistreerde geneesmiddelen**

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

### **Niet geregistreerde geneesmiddelen**

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

### **Advies en begeleiding**

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

#### **Let op**

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

### **Preferentiebeleid**

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

### **Preferente geneesmiddelen**

Als behandeling met een preferent geneesmiddel niet medisch verantwoord is en u dus een ander, niet-preferent, geneesmiddel wilt gebruiken, heeft u voorafgaande toestemming nodig. Als u naar een apotheker gaat waarmee Menzis een overeenkomst heeft gesloten, geeft deze apotheek u het geneesmiddel mee als u een door een arts ondertekend recept inlevert waarop de arts 'medisch noodzakelijk' of MN heeft geschreven.

Of als u samen met het recept een door uw huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts, ingevulde verklaring inlevert. Gaat u naar een apotheker waarmee Menzis geen overeenkomst heeft gesloten dan vraagt u met het Aanvraagformulier farmaceutische zorg toestemming aan Menzis. Bij dit formulier moet u een gemotiveerde toelichting van uw arts sturen. Als het gaat om medicatie die u voor het eerst gebruikt, heeft u de 1<sup>e</sup> 15 dagen ook zonder toestemming van Menzis recht op het geneesmiddel. U moet dan wel binnen die 15 dagen een aanvraag voor toestemming bij Menzis indienen. Als u de aanvraag niet tijdig indient heeft u na de 15<sup>e</sup> dag geen recht meer op het niet-preferente geneesmiddel.

### **Indicatie**

Op sommige geneesmiddelen heeft u alleen recht als u een indicatie heeft die in de wettelijke regeling is omschreven. U vindt deze geneesmiddelen en indicaties in Bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op [overheid.nl](https://overheid.nl). Voor sommige geneesmiddelen die op Bijlage 2 staan gelden ook andere voorwaarden, die u vindt in het Verzekeringsreglement. U kunt het Verzekeringsreglement vinden op [menzis.nl](https://menzis.nl).

### **Plaats van toediening**

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

### **Minimale- en maximale afleverperiode voor geneesmiddelen**

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

- Een nieuw voorgeschreven geneesmiddel krijgt u voor 15 dagen mee. Of u krijgt de kleinste geneesmiddelenverpakking. Als het gaat om een geneesmiddel waarvoor het preferentiebeleid geldt, krijgt u de kleinste verpakking van dat preferente geneesmiddel mee.
- Voor de anticonceptiepil geldt een aflevertermijn van 3 maanden voor een nieuw voorgeschreven geneesmiddel. Daarna geldt een termijn van 6 of 12 maanden naar keuze van de verzekerde in overleg met de apotheker of apothekersassistente.
- Bij geneesmiddelen die duurder zijn dan € 1.000 per maand wordt na de 1<sup>e</sup> uitgifte maximaal voor een periode van 1 maand afgeleverd. Bij hiv-medicatie geldt dat na een instelperiode van 3 maanden voor een periode van maximaal 3 maanden mag worden afgeleverd.
- Tenminste 3 maanden en ten hoogste 6 maanden voor alle geneesmiddelen, die u langdurig moet gebruiken (voor chronisch gebruik). Tenminste 3 maanden en ten hoogste 12 maanden voor merkloze geneesmiddelen en geneesmiddelen die in het Menzis preferentiebeleid zijn opgenomen (voor chronisch gebruik).
- 1 maand voor slaapmiddelen en kalmeringsmiddelen.
- Bij geneesmiddelengebruik tijdens intensieve zorg thuis (farmaceutische zorg tijdens de palliatieve en terminale fase), geldt in principe een periode van 15 dagen. Er kan ook in overleg tussen verzekerde, (huis)arts, wijkverpleegkundige en apotheker een maatwerkafpraak worden gemaakt.
- Minimaal 1 maand voor alle andere gevallen.

## Eigen bijdrage

Het kan zijn dat u een eigen bijdrage moet betalen. In bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering staan alle geneesmiddelen waar u recht op heeft. Deze bijlage heeft een onderdeel A en een onderdeel B. In onderdeel A staan alle geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet is vastgesteld. Als u een geneesmiddel gebruikt dat meer kost dan de vergoedingslimiet, moet u het gedeelte dat hoger is dan de limiet zelf betalen. Dit geldt ook als het geneesmiddel dat u gebruikt is bereid uit een geneesmiddel dat meer kost dan de vergoedingslimiet. U hoeft niet meer dan € 250 aan eigen bijdragen voor geneesmiddelen per kalenderjaar te betalen. Als het geneesmiddel dat u gebruikt in onderdeel B staat, is er geen vergoedingslimiet.

### Let op

De eigen bijdrage is niet hetzelfde als het eigen risico. U betaalt beide.

## Uitsluitingen

U heeft geen recht op geneesmiddelen:

- in gevallen die zijn aangegeven in de Regeling zorgverzekering,
- in geval van ziekterisico bij reizen,
- voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, 3<sup>e</sup> lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet,
- die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij het een apotheekbereiding is van een geneesmiddel opgenomen in Bijlage 3, onderdeel A, van de Regeling zorgverzekering, of het een apotheekbereiding van een geneesmiddel betreft waarover de Minister blijkens bijlage 1 en 3 van de Regeling zorgverzekering nog geen besluit tot opname in het verzekerde pakket heeft genomen,
- die opgenomen zijn op Bijlage 3, onderdeel B, van de Regeling zorgverzekering,
- als bedoeld in artikel 40, 3<sup>e</sup> lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.

## Welke zorgaanbieder

U kunt voor geneesmiddelen naar een apotheek of een apotheekhoudend huisarts. Menzis heeft apotheken en apotheekhoudende huisartsen gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op [menzis.nl/zorgvinder](https://menzis.nl/zorgvinder) vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

## Recept

U heeft een recept nodig van een huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts. Of van een specialist ouderengeneeskunde als u gebruikmaakt van eerstelijnsverblijf (ELV).

## Toestemming

Voor sommige geneesmiddelen heeft u voorafgaande toestemming nodig. Welke geneesmiddelen dat zijn, vindt u in het Verzekeringsreglement in tabel 1. Uw arts kan een bij dit geneesmiddel horende artsenverklaring invullen. Hiervoor zijn speciale formulieren, die u kunt vinden op [znformulieren.nl](https://znformulieren.nl). Als u met deze artsenverklaring naar een apotheek gaat waarmee Menzis een overeenkomst heeft gesloten, beoordeelt de apotheker of u recht heeft op het geneesmiddel. U hoeft dan niet eerst aan Menzis toestemming te vragen. Gaat u voor het geneesmiddel naar een apotheek waarmee Menzis geen overeenkomst heeft gesloten, dan



- b. dat behandeling met het geneesmiddel in een 'ziekenhuis' niet mogelijk is binnen een straal van 30 kilometer van de woonplaats van de verzekerde.

U kunt Tabel 2 vinden op [menzis.nl](https://www.menzis.nl).

### **Welke voorwaarden gelden er voor de geneesmiddelen in tabel 3?**

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

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

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

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

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

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

Tabel 3 kan gedurende het jaar wijzigen. U kunt het meest recente overzicht vinden op [menzis.nl](https://www.menzis.nl).

### **Welke voorwaarden gelden er voor geneesmiddelen in tabel 4?**

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

Tabel 4 kan gedurende het jaar wijzigen. U kunt het meest recente overzicht vinden op [menzis.nl](https://www.menzis.nl).

## **4.1 Preferente geneesmiddelen**

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

### **Tussentijdse uitbreiding**

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

### **Medische noodzaak**

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

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

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

### **4.2 Dieetpreparaten voor medisch gebruik**

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

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

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

---

# 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 geregistreeerde 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 geregistreeerde geneesmiddelen die als gevolg van een beslissing als bedoeld in artikel 2.50, vijfde lid, niet zijn aangewezen, geregistreeerde geneesmiddelen ten aanzien waarvan het voornemen tot aanwijzing als bedoeld in artikel 2.50, achtste lid, niet is uitgevoerd en geregistreeerde 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 geregistreeerd 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, geregistreeerd geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet, mits aan daarbij vermelde criteria wordt voldaan.