



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen Onderlinge
Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden

Zaak : Farmaceutische zorg, magistrale bereiding, rationele farmacotherapie, Gabapentine 10%
crème

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en bijlage 1 en 2
Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 202000706

Zittingsdatum : 12 augustus 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,
tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 4 mei 2020 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn e-mail van 30 juni 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 1 juli 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 9 juli 2020 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) per brief het voorlopig advies (zaaknummer: 2020029781) uitgebracht. Een kopie is op 14 juli 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker heeft door middel van een ongedateerde brief - door de commissie ontvangen op 22 juli 2020 - op het voorlopig advies van het Zorginstituut gereageerd. Een kopie van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 augustus 2020 gehoord.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 13 augustus 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 17 augustus 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoekster is bekend met een ernstige vorm van neuropathie aan beide benen en voeten. Hiervoor is zij onder behandeling bij een neuroloog en de pijnpoli. De behandelend arts heeft aan haar GABAPENT 10% in SAW crème voorgeschreven. Dit middel is magistraal bereid door een apotheek in Woerden. De kosten van het middel zijn door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 november 2019 aan verzoekster meegedeeld dat de kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 5 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

- 3.5. Op 9 juli 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:
- "(...) Het geschil betreft de vergoeding van gabapentine 10% crème bij neuropathische pijn aan beide benen en voeten. Dit is geen geregistreerd geneesmiddel maar een apotheekbereiding. Op grond van het Besluit zorgverzekering (Bzv) komen apotheekbereidingen voor vergoeding in aanmerking indien er sprake is van rationele farmacotherapie en er geen geregistreerd (nagenoeg) gelijkwaardig geneesmiddel beschikbaar is. Rationele farmacotherapie is een behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering.*

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld. Het dossier bevat geen overzicht van de medicamenteuze historie van verzoekster. Daarnaast bevat het dossier ook geen informatie van een arts met betrekking tot de behandeling en doorverwijzingen. Deze informatie is afkomstig van de vertegenwoordiger van verzoekster. De behandelend pijnspecialist heeft enkel per brief bevestigd dat eenmalig gabapentine 10% crème bij neuropathische pijn bij sensibele klachten op basis van polyneuropathie is voorgeschreven.

In eerste instantie heeft de behandelend arts duloxetine voorgeschreven. Uit de beschikbare informatie in het dossier is niet op te maken of het gaat om een oraal preparaat, maar dit is wel aannemelijk. Duloxetine is geen eerste keus middel bij de behandeling van neuropathische pijn. Vervolgens heeft de behandelend arts eenmalig gabapentine 10% crème voorgeschreven in verband met neuropathische pijn bij sensibele klachten op basis van polyneuropathie. Verdere onderbouwing voor de keuze van een dermaticum bij verzoekster ontbreekt.

Een toelichting met betrekking tot de eventuele werkzaamheid of effectiviteit, het doel van de behandeling en waarom voor een dermaticum is gekozen, is niet door verzoekster of de behandelend arts gegeven. Er is daarom niet aannemelijk gemaakt dat sprake is van rationele farmacotherapie. Om te beoordelen of sprake is van rationale farmacotherapie heeft het Zorginstituut richtlijnen geraadpleegd en een literatuursearch uitgevoerd. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van GABAPENT 10% in SAW crème aan haar dient te vergoeden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 4.6 van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op 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.

Zorgverzekering

- 6.2. De vergoeding van geneesmiddelen is geregeld in artikel 2.8 van het Bzv. Artikel 19 van de zorgverzekering is hierop gebaseerd.

-  6.3. Geregistreerde geneesmiddelen die in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) zijn opgenomen, komen voor vergoeding in aanmerking. Dit volgt uit artikel 2.8, eerste lid, onder a, Bzv. Deze geneesmiddelen zijn vermeld op bijlage 1 en bijlage 2 Rzv. Niet geregistreerde geneesmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als het gaat om (i) geneesmiddelen die zijn bereid door een apotheek of (ii) geneesmiddelen die op verzoek van een arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm van de Geneesmiddelenwet of (iii) geneesmiddelen die in de handel zijn in een ander land en bestemd zijn voor een patiënt die lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Verder geldt de eis dat sprake moet zijn van rationele farmacotherapie. Dit houdt in de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënte geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering. Dit volgt uit artikel 2.8, eerste lid, onder b, Bzv.
-  6.4. De commissie overweegt dat het aan verzoekster voorgeschreven middel GABAPENT 10% in SAW crème de werkzame stof gabatentinum bevat. In het GVS zijn verschillende tabletten en capsules opgenomen die gabatentinum bevatten, maar hierin is geen crème opgenomen. Dit betekent dat niet is voldaan aan de voorwaarden die artikel 2.8, eerste lid, onder a, Bzv stelt.
-  6.5. Het aan verzoekster voorgeschreven middel is magistraal bereid. Een magistraal bereid middel kan onder de dekking van de zorgverzekering vallen als sprake is van rationele farmacotherapie als bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onder b, Rzv. Hiervoor moet onder andere vast komen te staan dat het voorgeschreven middel werkzaam en effectief is bij de behandeling van de aandoening waar verzoekster aan lijdt. De werkzaamheid en effectiviteit moeten zijn onderbouwd in wetenschappelijke literatuur.
-  6.6. Verzoekster heeft aangevoerd dat van de behandelend arts mag worden verwacht dat hij slechts een geneesmiddel voorschrijft als de effectiviteit hiervan vaststaat. Daarbij moet ook worden meegewogen dat reeds een ander middel is geprobeerd, maar dat dit bijwerkingen gaf. Tevens mag worden aangenomen dat de behandelend arts positieve ervaringen heeft met het middel bij de behandeling van de aandoening van verzoekster. Mocht daarentegen worden getwijfeld aan de handelwijze van de behandelend arts dan mag verzoekster hiervan niet de dupe worden. Verder heeft verzoekster aangevoerd dat moet worden getwijfeld aan de betrouwbaarheid van het oordeel van de medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar. Zij zijn niet onafhankelijk, maar in dienst van de ziektekostenverzekeraar. Als zij de beslissing van de ziektekostenverzekeraar moeten beoordelen, keurt de slager feitelijk zijn eigen vlees. Daarnaast heeft verzoekster aangevoerd dat zij ermee bekend is dat het geneesmiddel in bijzondere situatie wél wordt vergoed. In die situaties vindt overleg plaats tussen de behandelend arts en de ziektekostenverzekeraar. Ten onrechte weigert de ziektekostenverzekeraar dit in haar situatie te doen. Dit is in strijd met het gelijkheidsbeginsel.
-  6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de werkzaamheid en effectiviteit van gabapentine bij de behandeling van pijnklachten niet wetenschappelijk is onderbouwd. Evenmin is dit middel in de vorm van een crème opgenomen in de richtlijnen over de behandeling van (chronische) pijnklachten. Volgens de ziektekostenverzekeraar is om die reden geen sprake van rationele farmacotherapie.
-         

- 6.8. De commissie overweegt dat het op de weg van verzoekster ligt aan te tonen dat het aan haar voorgeschreven middel voldoet aan de eisen van rationele farmacotherapie. In deze opzet is zij niet geslaagd. Het enkele feit dat een bepaald middel door een arts wordt voorgeschreven, of dat deze arts hiermee positieve ervaringen heeft, betekent niet dat de werkzaamheid en effectiviteit hiervan ook wetenschappelijk is aangetoond. Dat dit niet het geval is, wordt bevestigd in het advies dat het Zorginstituut op 9 juli 2020 aan de commissie heeft uitgebracht. Dit betekent dat niet is voldaan aan de voorwaarden die artikel 2.8, eerste lid, onder b, Bzv stelt.
- 6.9. De commissie overweegt verder dat als verzoekster twijfelt aan de handelwijze van haar behandelend arts zij de mogelijkheid heeft haar arts hierop aan te spreken of een second opinion te vragen. Het is niet aan de ziektekostenverzekeraar hierover een oordeel te geven. Zijn rol is in deze beperkt tot het beoordelen of aanspraak bestaat op de onderhavige zorg. Bij het vervullen van deze rol kan een ziektekostenverzekeraar zich laten bijstaan door een of meerdere medisch adviseurs. Mocht verzoekster twijfelen aan het oordeel van de ziektekostenverzekeraar, dan heeft zij de mogelijkheid dit te laten toetsen door de commissie of de rechter.
- 6.10. De commissie overweegt tot slot dat pas sprake kan zijn van handelen in strijd is met het gelijkheidsbeginsel als vast komt te staan dat gelijke gevallen ongelijk worden behandeld. Verzoekster heeft weliswaar gesteld dat dit in haar situatie aan de orde is, maar heeft dit standpunt niet met feiten onderbouwd. De commissie kan niet op basis van deze enkele stelling bepalen dat sprake is van handelen in strijd met het gelijkheidsbeginsel. Voor de volledigheid tekent de commissie daarbij aan dat de ziektekostenverzekeraar niet verplicht is contact op te nemen met de behandelend arts van verzoekster. Hiervoor zou eventueel wel aanleiding kunnen bestaan als onduidelijkheid bestaat over de gestelde (medische) indicatie, het voorgeschreven middel of de ingediende factuur. Dat is in de onderhavige kwestie echter niet aan de orde.
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 augustus 2020



G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
 - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
 - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
 - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die 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;
 - 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.

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

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

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

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

18.5 Medisch noodzakelijk verblijf

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

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

18.6 Tandheelkundige implantaten jonger dan 23 jaar

Waar heb ik recht op?

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

- ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die in het geheel niet zijn aangelegd;

Of;

- als direct gevolg van een ongeval ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

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

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de behandeling is geen eigen bijdrage verschuldigd.

Artikel 19 Farmaceutische zorg

19.1 Farmaceutische zorg

Waar heb ik recht op?

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

- de terhandstelling van een geneesmiddel waar een recept voor vereist is;
- de terhandstelling en een begeleidingsgesprek voor een geneesmiddel dat voor u nieuw is en waar een recept voor vereist is;
- instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een geneesmiddel waar een recept voor vereist is. Maximaal 1 instructie per hulpmiddel, met uitzondering van geconstateerd foutief gebruik;
- beoordeling van medicatie van chronisch recept plichtig geneesmiddelengebruik. Maximaal 1 beoordeling per jaar;
- uitgifte in een week doseerverpakking indien er een geldige medische indicatie is van de huisarts. De apotheker toetst in dit kader of er sprake is van noodzakelijke en doelmatige zorg;
- farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek;
- farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname en in verband met ontslag uit het ziekenhuis. Beide maximaal 1 keer.

Wat zijn de voorwaarden?

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

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

Ten aanzien van farmaceutische zorg geleverd door een niet-gecontracteerde apotheker, apothekhoudend huisarts of medisch gespecialiseerde farmaceutische leverancier, vindt een kostenvergoeding plaats van 80% van de vergoedingsprijs van het geneesmiddel en het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 80% van het in de markt gebruikelijke tarief.

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

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

19.2 Geneesmiddelen

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

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

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

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

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

- b. op recept bereide geneesmiddelen als er nagenoeg geen gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel is zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub a van de Geneesmiddelenwet, voor zover het rationele farmacotherapie is. Voor een aantal apotheekbereidingen gelden specifieke voorwaarden. Deze kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/geneesmiddelen en bij de apothek opvragen;
- c. doorgeleverde apotheekbereidingen met de laagste prijs zoals vermeld in de openbare prijslijst, of een doorgeleverde bereiding die niet meer afwijkt dan 3% van die laagste prijs;
- d. niet-geregistreerde geneesmiddelen, voor zover het rationele farmacotherapie is. Het bereide geneesmiddel komt alleen voor vergoeding in aanmerking als er geen gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel vergoed wordt vanuit de basisverzekering. Op de landelijke vergoedingenlijst staat vermeld welke geneesmiddelen voldoen aan bovenstaande voorwaarden. Deze landelijke vergoedingenlijst kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/geneesmiddelen onder de doorverwijzing naar de website van de KNMP;
- e. een geneesmiddel zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, en bereid in Nederland bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning, voor zover het rationele farmacotherapie is;
- f. geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, voor zover het rationele farmacotherapie is, die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar zijn ingevoerd binnen Nederland en bestemd zijn voor de verzekerde die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners;
- g. een geneesmiddel, zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in

een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;

- h. een geneesmiddel, zoals bedoeld in artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet.

Wat zijn de voorwaarden?

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

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

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

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

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

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor sommige geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)

van toepassing. Dit betekent dat er een limiet aan de vergoeding zit. Alles boven deze limiet, tot een bedrag van € 250,00 per jaar, komt hierdoor voor uw rekening. Deze bijbetaling telt niet mee voor het verplicht of vrijwillig eigen risico.

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

Ten aanzien van geneesmiddelen, geleverd door een niet-gecontracteerde apotheker, apotheekhoudend huisarts of medisch gespecialiseerde farmaceutische leverancier, vindt een kostenvergoeding plaats van 80% van de vergoedingsprijs van het geneesmiddel en het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 80% van het in de markt gebruikelijke tarief.

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

19.3 Dieetpreparaten

Waar heb ik recht op?

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

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

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

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

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

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

Ten aanzien van dieetpreparaten, geleverd door een niet-gecontracteerde apotheker, apotheekhoudend huisarts of medisch gespecialiseerde farmaceutische leverancier, vindt een kostenvergoeding plaats van 80% van de vergoedingsprijs van het geneesmiddel en het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 80% van het in de markt gebruikelijke tarief.

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

Artikel 20 Hulpmiddelen

De omvang van de aanspraak op vergoeding wordt bepaald door de verzekeringsovereenkomst en het door Zorg en Zekerheid nader vastgestelde Reglement Hulpmiddelen. Daar waar Zorg en Zekerheid dit heeft aangegeven in het Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld die zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen. Het Reglement Hulpmiddelen is te raadplegen via